



ULPGC
Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria

Escuela de
Doctorado

TESIS DOCTORAL

Fenómeno de segundas víctimas en
obstetricia: adaptación transcultural del
cuestionario SVEST al contexto español y
evaluación de sus propiedades psicométricas.

IRENE SANTANA DOMÍNGUEZ

PROGRAMA DE DOCTORADO

INVESTIGACIÓN APLICADA A LAS CIENCIAS SANITARIAS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS CLÍNICAS

Directora: Dra. Alicia Martín Martínez
Codirector: Dr. Héctor González de la Torre

Las Palmas de Gran Canaria

Julio 2023

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ESCUELA DE DOCTORADO DE LA ULPGC

Departamento de Ciencias Clínicas

PROGRAMA DE DOCTORADO

INVESTIGACIÓN APLICADA A LAS CIENCIAS SANITARIAS POR LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, UNIVERSIDAD DE LEÓN Y UNIVERSIDADE TRAS-OS-MONTES E ALTO DOURO (PORTUGAL)

Título de la Tesis

Fenómeno de segundas víctimas en obstetricia: Adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español y evaluación de sus propiedades psicométricas

Tesis Doctoral presentada por
D^a Irene Santana Domínguez

Dirigida por el Dra. D^a. Alicia Martín Martínez

Codirigida por el Dr. D. Héctor González de la Torre

La Directora,

El Codirector

La Doctoranda,

Las Palmas de Gran Canaria, a 13 julio de 2023

D^a. Alicia Martín Martínez, Jefa de Servicio del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

INFORMA:

Que el trabajo de investigación titulado **“Fenómeno de segundas víctimas en obstetricia: Adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español y evaluación de sus propiedades psicométricas”**, ha sido realizado por **Dña. Irene Santana Domínguez**, en el Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, bajo su dirección y asesoramiento técnico y científico, y que una vez revisada la presente Memoria, la encuentra apta para su defensa ante tribunal.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, extiende el presente certificado en Las Palmas de Gran Canaria a 13 de julio de 2023

La Directora

"La ciencia no está hecha para ensanchar el campo del conocimiento, sino para estrechar el camino del error."

Galileo

AGRADECIMIENTOS

Todo proyecto en la vida lleva consigo un trabajo y esfuerzo importante.

A lo largo de esta investigación he contado con la ayuda de muchas personas, que han hecho más fácil este duro camino y a las que les debo un eterno agradecimiento.

A mis directores de Tesis, la Dra. Alicia Martín Martínez y al Dr. Héctor González de la Torre, que han sido un pilar fundamental en todo este proceso, por su dedicación máxima y apoyo brindado; por guiarme y enseñarme las claves de la investigación científica y sembrar en mí el amor por la misma.

Al Dr. José Verdú Soriano y al Dr. Andreu Nolasco, del departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, por asesorarme en el análisis estadístico.

A todos aquellos profesionales, que han participado de forma desinteresada y con total predisposición, para mejorar la situación de las segundas víctimas en nuestro país.

A todos los expertos y compañeros que ayudaron en la fase de validación.

A las asociaciones y hospitales que pusieron su granito de arena en la difusión del cuestionario SVEST-E: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Canaria de obstetricia y Ginecología (SOGC), Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Sindicato de Matronas (SIMAES), la Asociación Española de Matrona.

A todos los tocólogos y matronas que cumplimentaron el cuestionario SVEST-E, sin su participación este trabajo no hubiera sido posible.

A toda mi familia, especialmente a mis padres que siempre en cada etapa de mi vida me han apoyado y han creído en mí, impulsándome a mejorar y superarme como persona y como profesional.

A mi pareja por su dedicación, paciencia, generosidad, y por ser el mejor compañero de vida.

A mi hija Elena por llegar y mostrarme el significado del amor verdadero.

CONTRIBUCIONES CIENTÍFICAS POR FASES

La Fase I culmina con:

- Artículos científicos publicados:
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021 Mar 1:S1130-8621(21)00030-9. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.042. Epub ahead of print. PMID: 33663996.
- Póster científico:
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Qué son las segundas víctimas y sus repercusiones. Póster. En: Sesión clínica -píldoras para matronas. Complejo Hospitalario universitario Insular – Materno Infantil. Gran Canaria. Diciembre. 2021.

La Fase II culmina con:

- Artículos científicos publicados:
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Verdú-Soriano J, Nolasco A, Martín-Martínez A. Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Second Victim Experience and Support Tool Questionnaire. *J Patient Saf*. 2022 Oct 1;18(7):692-701. doi: 10.1097/PTS.0000000000000989. Epub 2022 Feb 18. PMID: 35175235.
- Comunicación elevada a la categoría de ponencia:
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Fenómeno de segundas víctimas en obstetricia: Adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español y evaluación de sus propiedades psicométricas. Comunicación elevada a la categoría de ponencia. En: 36 edición nacional formación SEGO. Murcia. Octubre 2021.

La Fase III culmina con:

- Artículos publicados:
 - 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 Sep;9(5):2356-2369. doi: 10.1002/nop2.1249. Epub 2022 May 28. PMID: 35633515; PMCID: PMC9374404.

- Pósters Científicos:
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Sentimientos de segundas víctimas entre matronas y médicos obstetras españoles. Póster. En: V Jornadas Nacionales de Proyección Enfermera: 'Ahora las enfermeras'. Granada. Noviembre. 2021.
 - Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Seguridad del paciente. Póster. En: Jornadas para matronas. Gerencia de atención primaria. Gran Canaria. Marzo. 2023.

ÍNDICE

Índice de contenido

RESUMEN	I
ABSTRACT	V
1 INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1
1.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE	5
1.2.1 Seguridad a nivel internacional	5
1.2.2 Seguridad a nivel nacional	8
1.3 TAXONOMÍA Y TERMINOLOGÍA	13
1.3.1 Taxonomía para la seguridad de los pacientes	13
1.4 MODELO DE ERROR HUMANO.....	15
1.4.1 Charles Perrow y el error normal.....	16
1.4.2 James Reason y el enfoque sistémico del error	17
1.4.3 Otros modelos sobre los errores en salud	20
1.5 CONSECUENCIAS EVENTOS ADVERSOS	21
1.5.1 Primeras víctimas y comunicación de errores a pacientes y familiares	21
1.5.2 Terceras víctimas y repercusiones económicas	26
1.5.3 Segundas víctimas.....	28
1.5.4 Cuestionarios específicos para las segundas víctimas.....	50
1.5.5 Cuestionario the Second Victim Experience and Support Tool	52
2 JUSTIFICACIÓN.....	77
3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	81
3.1 HIPÓTESIS	81
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	81
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	81
4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	85
5 FASE I - ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL SVEST Y EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ LÓGICA Y DE CONTENIDO DEL SVEST-E89	
5.1 ANTECEDENTES – CONSIDERACIONES SOBRE LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	89
5.2 METODOLOGÍA	95
5.2.1 Tipo de estudio.....	95
5.3 RESULTADOS FASE I.....	106
6 FASE II - VALIDACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL SVEST-E	129
6.1 ANTECEDENTES –EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	129

6.2	TIPO DE ESTUDIO	135
6.3	ÁMBITO DE APLICACIÓN	135
6.4	POBLACIÓN DE ESTUDIO	135
6.4.1	Sujetos de estudio y tipo de muestreo	135
6.5	MUESTREO Y CAPTACIÓN DE LA MUESTRA	135
6.6	TAMAÑO MUESTRAL	136
6.7	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	136
6.8	CREACIÓN SVEST-E ONLINE	139
6.8.1	Herramientas de administración de formulario	139
6.8.2	Herramientas de analítica web	140
6.8.3	Recogida datos online	141
6.8.4	Difusión y métodos de control para cumplimentación del SVEST-E	144
6.9	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	147
6.10	RESULTADOS FASE II	149
6.10.1	Resultados de la recogida y manejo de datos	149
6.10.2	Análisis descriptivo de la muestra y diferencias entre grupos	151
6.10.3	Validez de constructo	156
7	FASE III –FENÓMENO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS EN MÉDICOS- OBSTETRAS Y MATRONAS ESPAÑOLAS.....	171
7.1	MATERIAL Y MÉTODO	171
7.1.1	Diseño	171
7.1.2	Población a estudio.....	171
7.1.3	Muestreo y recogida de datos.....	171
7.1.4	Constitución de la muestra	171
7.1.5	Variables e instrumento para la recogida de datos	172
7.1.6	Análisis de los datos	172
	RESULTADOS FASE III.....	174
7.1.1	Variables sociodemográficas y diferencias entre las categorías en el total de la muestra N=719	174
7.1.2	Variables sociodemográficas y diferencias entre las categorías en los profesionales que han sentido ser segundas víctimas n = 450	176
7.2	PUNTUACIONES BRUTAS EN EL CUESTIONARIO SVEST-E Y MODELO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL	181
7.2.1	Puntuaciones obtenidas en el SVEST-E para las segundas víctimas n=450	181
7.2.2	Puntuaciones obtenidas en el modelo de 5 dimensiones del SVEST-E y comparativa con las 7 dimensiones y 2 variables resultado del modelo del instrumento original para las segundas víctimas	186
7.3	INFERENCIA ENTRE CATEGORÍAS PROFESIONALES SVEST-E Y MODELO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL.....	187
7.3.1	Puntuaciones obtenidas en el total de ítems del SVEST-E para las segundas víctimas según categoría profesional.....	187

7.3.2	Puntuaciones obtenidas en las dimensiones del SVEST-E versus dimensiones del modelo del instrumento original para las segundas víctimas según categoría profesional.	190
8	DISCUSIÓN	199
8.1	FASE I	199
8.2	FASE II	207
8.3	FASE III.....	212
8.4	SESGOS Y LIMITACIONES.....	220
8.4.1	Sesgos.....	220
8.4.2	Limitaciones	224
8.5	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	227
8.5.1	Implicaciones para la práctica	227
8.6	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	228
9	CONCLUSIONES.....	231
10	BIBLIOGRAFÍA.....	235
11	ANEXOS.....	267
12	ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	341

Índice de anexos

Anexo I Estrategia Segunda y Tercera Víctima "XI Reunión de la asociación Canaria de Calidad Asistencial – ACCA- CHUIMI"	267
Anexo II Protocolo Primera Víctima CHUIMI.....	268
Anexo III Protocolo Segundas Víctimas CHUIMI.....	268
Anexo IV Solicitud Comité Ética 02/02/2020.....	270
Anexo V Aceptación Comité Ética 02/05/2020	283
Anexo VI SVEST original Burlison.....	287
Anexo VII Comunicación con Dr. Burlison.....	290
Anexo VIII Documento de petición colaboración como experto.....	291
Anexo IX SVEST Español Preliminar 1.....	294
Anexo X Cuestionario SVEST adaptado utilizado en investigación de Argentina	297
Anexo XI Comunicación Brunelli.....	299
Anexo XII Autorización Burlison uso de cuestionario original SVEST.....	300
Anexo XIII Traducción 1 del SVEST (17/10/2019).....	301
Anexo XIV Traducción 2 del SVEST (29/10/2019).....	305
Anexo XV Retrotraducción 1 SVEST Español Preliminar 1	309
Anexo XVI Retrotraducción 2 SVEST Español Preliminar 1	312
Anexo XVII Respuesta Burlison a las retrotraducciones.....	315
Anexo XVIII SVEST final versión preliminar 1.....	316
Anexo XIX SVEST Español Preliminar 2.....	319
Anexo XX SVEST-E final fase I	322
Anexo XXI Recomendaciones STROBE	326
Anexo XXII Formato del consentimiento informado del cuestionario de SVEST- E online.....	328
Anexo XXIII Característica variables cuestionario	329
Anexo XXIV Boletín oficial Asociación Española de matronas	334
Anexo XXV SVEST español propuesto (modelo 5 factores).....	335

Índice de tablas

Tabla 1 Frecuencias de eventos adversos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional.....	12
Tabla 2 Certificaciones para la calidad y seguridad.....	26
Tabla 3 Características resumidas cuestionario SVEST original.....	52
Tabla 4 Adaptaciones transculturales del SVEST a diferentes idiomas y validaciones de propiedades psicométricas.....	55
Tabla 5 Estudios realizados con las diferentes versiones adaptadas del SVEST.....	64
Tabla 6 Estudios que emplean como herramienta el SVEST en conjunto con otros instrumentos.	67
Tabla 7 Estudios de las segundas víctimas en obstetricia y ginecología con la herramienta SVEST.....	73
Tabla 8 Directrices de la Comisión Internacional de Tests.....	92
Tabla 9 Escenarios donde se necesita adaptación transcultural del instrumento.....	94
Tabla 10 Perfiles del panel de experto (Ocupación, años de experiencia, ámbito y nivel académico).....	107
Tabla 11 Tabla comparativa entre TR1-TR2 e ítems revisados por equipo investigador.....	108
Tabla 12 Comparación SVEST-E preliminar 1 y la versión argentina del SVEST.....	114
Tabla 13 Aportaciones ofrecidas en el pilotaje de Matronas / Tocólogos.....	117
Tabla 14 Puntuaciones de los expertos para cada ítem.....	121
Tabla 15 Análisis de la validez de contenido por ítem.....	122
Tabla 16 Índice de validez de contenido para cada experto.....	123
Tabla 17 valores Kaiser-Meyer-Olkin para el Análisis factorial.....	130
Tabla 18 Propiedades psicométricas a evaluar en un instrumento de medida.....	133
Tabla 19 Resultados Google Analytics®.....	150
Tabla 20 Resultados Google Tag Manager®.....	150
Tabla 21 Características demográficas del total de la muestra n = 689.....	152
Tabla 22 Puntuaciones del SVEST-E y dimensiones con el total de la muestra n = 689.....	153

Tabla 23 Características sociodemográficas de la muestra, variables y puntuaciones del SVEST-E	155
Tabla 24 Cargas factoriales (tras rotación) del modelo obtenido (cinco factores F1 a F5) sobre la primera muestra (n=360).	157
Tabla 25 Correlaciones (e intervalos de confianza al 95%) entre los factores del modelo obtenido por AFE.....	158
Tabla 26 Cargas factoriales (tras rotación) del modelo obtenido (cinco factores F1 a F5) sobre la segunda muestra (n=329).....	159
Tabla 27 Índices de congruencia de los datos con el modelo factorial de 5 factores semiespecificado a partir de los resultados del AFE de la primera submuestra	161
Tabla 28 Resultados Test- retest.....	162
Tabla 29 Comparativa modelo propuesto SVEST-E y modelo instrumento original (SVEST) .	164
Tabla 30 Resumen de las medidas de resultado	172
Tabla 31 Participación de los profesionales en cada comunidad autónoma	174
Tabla 32 Características sociodemográficas de la muestra total (N = 719).....	175
Tabla 33 Características sociodemográficas y variables de las segundas víctimas n=450.....	180
Tabla 34 puntuaciones brutas de los ítems del SVEST-E n = 450	181
Tabla 35. Puntuaciones del SVEST -E con porcentaje suelo, techo, media y desviación estándar	184
Tabla 36 Análisis Modelo de 5 dimensiones SVEST-E	186
Tabla 37 Análisis 7 dimensiones y dos variables resultado del modelo del instrumento original de Burlison	187
Tabla 38 Puntuaciones de los ítems del SVEST-E por grupos Matronas/ Obstetras (n=450)..	188
Tabla 39 Puntuaciones dimensiones SVEST-E versus dimensiones modelo del instrumento original.....	190
Tabla 40 Segundas víctimas en los últimos 12 meses.....	191
Tabla 41 Formas de apoyo deseadas (n=450)	195
Tabla 42 Formas de apoyo deseadas entre las segundas víctimas recientes.....	196
Tabla 43 Variable demográfica: Sexo	329
Tabla 44 Variable demográfica: Año de nacimiento.....	329

Tabla 45 Variable demográfica: Estado civil.....	329
Tabla 46 Variable demográfica: Categoría profesional.....	330
Tabla 47 Variable demográfica: Nivel de estudios máximos alcanzados.....	330
Tabla 48 Variable demográfica: Años de experiencia.....	330
Tabla 49 Variable demográfica: Centro de trabajo.....	330
Tabla 50 Variable demográfica: Unidad - Departamento.....	330
Tabla 51 Variable demográfica: Comunidad autónoma.....	331
Tabla 52 Variable demográfica: Término de segunda víctima.....	332
Tabla 53 Variable demográfica: Programas de apoyo.....	332
Tabla 54 Variable demográfica: Segunda víctima.....	332
Tabla 55 Variable demográfica: Tiempo transcurrido EA.....	332
Tabla 56 Variable demográfica: Registro de EA.....	332

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Incidente relacionado con la seguridad del paciente.....	15
Ilustración 2 Modelo de Reason del queso suizo	19
Ilustración 3 Niveles de actuación ante un EA.....	31
Ilustración 4 Pasos para alcanzar un instrumento de medida fiable y válido	91
Ilustración 5 Jerarquía de índices para el cálculo de la validez de contenido	103
Ilustración 6 Diagrama de los pasos seguidos en Fase.....	126
Ilustración 7 Tipos de validez instrumento de medida.....	132
Ilustración 8 Diagrama de las herramientas del SVEST- E online.....	141
Ilustración 9 Sección de variables demográficas	142
Ilustración 10 Leyenda sección Dimensiones	143
Ilustración 11 Leyenda sección formas de apoyo	144
Ilustración 12 Flyer informativo para la captación de profesionales	149
Ilustración 13 Gráfico de Bland-Altman para la estabilidad del instrumento.....	162
Ilustración 14 Análisis realizados fase II.....	168
Ilustración 15 Sexo y categoría profesional en las segundas víctimas.....	177
Ilustración 16 Nivel de conocimiento según categoría profesional	178
Ilustración 17 Nivel de conocimiento según experiencia profesional en años.....	178
Ilustración 18 Notificación del evento adverso según categoría profesional	179
Ilustración 19 Notificación del evento adverso según años de experiencia profesional	180
Ilustración 20 Forma de apoyo más deseada "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido" porcentaje según categoría profesional	192
Ilustración 21 Forma de apoyo más deseada "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido" porcentaje según rango de edad.....	193
Ilustración 22 Forma de apoyo menos deseada "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo" según categoría profesional.....	194
Ilustración 23 Forma de apoyo menos deseada "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo" según rango de edad.....	194

Índice de abreviaturas y acrónimos

AAOS	American Academy of Orthopaedic Surgeon
ACP	Análisis de Componentes Principales
AEM	Asociación Española de Matrona
AF	Análisis Factorial
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMBEAS	Estudio de los eventos adversos en servicios de atención primaria en la región de Latinoamérica
AP	Atención Primaria
APEAS	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud
BMJ	British Journal Medicine
CAES	Centros Asistencia Especializada Sanitaria
CFI	Índice de ajuste comparativo
CHUIMI	Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil de Gran Canaria
CI	Consentimiento Informado
CISP	Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
COPSOQII	Copenhagen psychosocial questionnaire
COSMIN	Consensus based standards for the selection of health status measurement instruments
CSP	Cultura de Seguridad del Paciente
CVI-e	Índice de validez de contenido individual para cada experto
CVI-i	Índice de validez de contenido para cada ítem del instrumento
CVI-total	Índice de validez de contenido total del instrumento
DE	Desviación Estándar
DEPOSE	Design limitations, Equipment failures, Procedural errors, Operator errors, problems in Supplies and materials, and unknown variables in the Environment
EA	Evento Adverso
EARCAS	Estudio eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio sanitarios
EE. UU.	Estados Unidos
EFQM	Modelo de la European Foundation for Quality Management
EIR	Enfermero Interno Residente
EMPRO	Measurement of Patient-Reported Outcomes

ENEAS	Estudio sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización
EUNetPaS	European Union Network for Patient Safety
EVADUR	Estudio eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
GFI	Índice de bondad de ajuste
GR	Gestión de Riesgos
HADS	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HSPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IBEAS	Estudio ibero americano de eventos adversos
IHI	Institute for Health Improvement
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITC	International Test Commission
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCR	Joint Commission Resources
K*	Índice de Kappa modificado
KMO	Kaise-Meyer-Olkin
MaPSaF	El Manchester Patient Safety Framework
MIR	Médico Interno Residente
MITSS	Trauma médicamente inducido
MOSPS	Cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NFI	Índice de ajuste normalizado
NNFI	Índice de ajuste no normalizado
NQF	National Quality Forum
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORION	Overall Reliability of fully Informative prior Oblique N-EAP scores
Pa	Probabilidad de acuerdo por azar entre expertos
PaSQ	European Union Network for Patient Safety and Quality of CARE
PSAF	Manchester Patient Safety Assessment Framework
PSET	Patient Safety Event Taxonomy
QAHCS	Quality Australian Health Care Study
RISE	Programa resilience in stressful events
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación
S- CVIUA	Escala de validez de contenido por ítem por acuerdo universal
SAQ	Safety Attitudes Questionary

SCCM	Society of Critical Care Medicine
S-CVIAve	Puntuaciones medias de los ítems CVI-i
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIMAES	Sindicato de matronas
SINAPS	Sistema de notificación de incidentes
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOGC	Sociedad Canaria de obstetricia y Ginecología
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
SV	Segundas Víctimas
SVEST	Second Victim Experience Support Tool
SVEST-E	Versión Española del Second Victim Experience Support Tool
SYREC	Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva
TSQ	Cuestionario de detección de traumatismos
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
ULS	Unweigthed Least Squares
UTCOS	Estudio de Utah - Colorado
WHO	World Health Organization

RESUMEN / ABSTRACT

Resumen

La asistencia sanitaria conlleva, en mayor o menor medida, cierto grado de riesgo, diferentes factores como el humano, el tecnológico, la vulnerabilidad de los pacientes, juegan una parte importante del mismo.

Los usuarios o pacientes cuando acceden a las instituciones sanitarias buscan mejorar o restablecer su salud, lo que no esperan en ninguno de los casos, es sufrir lesiones o daños; sin embargo, los eventos adversos ocurren de forma inesperada y son una realidad.

Los eventos adversos, pueden provocar consecuencias más o menos graves para el usuario o paciente, al que a priori procurábamos devolver su salud, sin embargo, esta situación puede afectar además a los profesionales sanitarios.

En el año 2000 el Dr. Wu, definió el término de segunda víctima como "profesional que participa en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación" quedando por primera vez una reseña de forma pública y clara de este término y de las consecuencias que ocasionan en los profesionales sanitarios.

Objetivo

General

El objetivo general de esta tesis fue estudiar el fenómeno de segundas víctimas entre los profesionales que ofrecen asistencia obstétrica en nuestro país, mediante el uso de la versión española del cuestionario SVEST.

Específicos

- Realizar una adaptación transcultural al español del SVEST (SVEST-E).
- Estudiar la validez de contenido mediante un panel de expertos, calculando el índice de validez de contenido para cada ítem, validez de contenido por cada experto, validez de contenido total del instrumento, índice de kappa modificado y probabilidad de acuerdo por azar.
- Analizar la validez de constructo a través de un análisis factorial (exploratorio y confirmatorio).
- Determinar la fiabilidad (consistencia interna) con los valores de ORION y alfa de crombach.
- Analizar la estabilidad temporal del instrumento a través de la prueba test-retest y el cálculo del coeficiente de correlación intraclase.

- Hacer un análisis inferencial entre obstetras y matronas, con las doce variables sociodemográficas estudiadas y las puntuaciones obtenidas con el cuestionario SVEST-E.

Material

El cuestionario SVEST (The second victim experience and support tool) fue desarrollado por Burlison et al. en Estados Unidos en 2013 y validado en 281 profesionales sanitarios involucrados en la atención directa al paciente, siendo éste el cuestionario seleccionado para llevar a cabo nuestra investigación.

Método

FASE I - Traducción y adaptación transcultural del SVEST, mediante el método de la traducción y retrotraducción y pilotaje con la participación de 20 profesionales sanitarios; la validación de contenido se realizó con un panel de diez expertos, se calculó la validez de contenido de cada ítem (CVI-I), índice de validez de contenido por experto (CVI-E) y la validez de contenido total (CVI-T) para el cuestionario; se realizó corrección del probable acuerdo al azar y el cálculo estadístico del Kappa modificado para cada ítem del instrumento.

FASE II - Estudio observacional transversal dirigido a matronas y médicos obstetras en España. Se realizó una encuesta online que constaba de dos partes: en la primera parte se recogieron diferentes variables sociodemográficas y la segunda incluía el SVEST-E. Se evaluó la estabilidad temporal del instrumento mediante una prueba test-retest, para la validez de constructo y fiabilidad se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) mediante el programa FACTOR v.10 con matriz de correlaciones policóricas. El periodo de recogida de datos fue del 15 de mayo al 9 de septiembre del 2020.

FASE III - Estudio observacional descriptivo analítico de corte transversal Se aplicó el SVEST-E a la población española, a la que se adjuntó un cuestionario ad hoc con doce variables sociodemográficas. Para la valoración del fenómeno de segundas víctimas entre obstetras y matronas, se usó el Second Victim Experience and Support Tool, en su versión española (SVEST-E). El periodo de recogida de datos fue del 15 de mayo al 31 de diciembre del 2020.

Resultados

FASE I - El instrumento final obtenido (SVEST-E) posee un CVI-Total de 0,87 y consta de 36 ítems totales, subdivididos en siete dimensiones, dos variables resultado y

una sección de formas de apoyo deseadas, manteniendo la misma estructura del cuestionario original. Treinta ítems mostraron una CVI-I con valores $\geq 0,79$.

FASE II – El instrumento SVEST-E fue aplicado a N = 689 profesionales (n = 323 médicos; n = 366 matronas) con puntuación media 3,09 (DE = 0,50).

El análisis paralelo del EFA sugirió una solución de 5 factores, con variabilidad explicada total de 61,8%. Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron RMSEA = 0,038 (IC 95%: 0,031-0,042), NNFI = 0,985 (IC 95%: 0,984-0,989) y CFI = 0,989 (IC 95%: 0,988-0,992). El modelo factorial obtenido se confirmó mediante AFC, obteniendo los valores de RMSEA = 0,038 (IC 95%: 0,026-0,053), NNFI = 0,985 (IC 95%: 0,957-1,000) y CFI = 0,989 (IC 95%: 0,969-1,000). El Coeficiente de correlación intraclase para el SVEST-E fue de 0,97 (IC 95%: 0,94-0,99).

FASE III - Una muestra total de 719 profesionales (689 profesionales de la fase II más 30 profesionales obtenidos de septiembre a diciembre del 2020) pertenecientes a 19 regiones españolas fue estudiada, 330 eran médicos obstetras y 389 matronas. La edad media de los participantes fue de $43,11 \pm 10,54$ años con una experiencia profesional media de $14,57 \pm 10,46$ años. Se obtuvo una puntuación total media con el cuestionario SVEST para el total de la muestra de $3,07 \pm 0,51$. La puntuación media total para los médicos obstetras fue de $3,01 \pm 0,52$ y $3,13 \pm 0,49$ para las matronas ($p = 0,003$). Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a siete de las nueve dimensiones: mayor sentimiento de segunda víctima en los médicos obstetras en las dimensiones sufrimiento físico / $p \leq 0,001$, Apoyo no relacionado con el trabajo / $p \leq 0,001$ y absentismo / $p \leq 0,001$ y mayor sentimiento de segunda víctima en las matronas en las dimensiones sufrimiento psicológico / $p \leq 0,001$, apoyo del supervisor / $p = 0,011$, autoeficacia profesional / $p \leq 0,001$ e intención de cambio de trabajo/ $p \leq 0,001$. La opción de apoyo más deseada para ambos grupos fue "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido." (Obstetras = $4,27 \pm 0,88$ / Matronas = $4,50 \pm 0,66$).

conclusiones

FASE I - El cuestionario SVEST-E es un instrumento que ha sido adaptado transculturalmente al español de forma apropiada, preservando la equivalencia con el original y es un instrumento con una adecuada validez de contenido para medir la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios en España.

FASE II - El instrumento SVEST-E mantiene los mismos ítems del cuestionario original, pero introduce cambios en la organización de sus dimensiones, se agrupa en 4 dimensiones y las respuestas de apoyo deseado. La versión española del instrumento mantiene una adecuada validez de contenido, validez de constructo, fiabilidad y

estabilidad temporal, por lo que el SVEST-E es una herramienta válida para evaluar la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios españoles.

FASE III - Un gran porcentaje de los obstetras y matronas españolas ha tenido sentimientos de segundas víctimas, obteniendo puntuaciones elevadas en el cuestionario SVEST-E. Este sentimiento es mayor en las matronas respecto a los médicos obstetras, existiendo diferencias entre las áreas afectadas según el tipo de profesional. Además de los efectos psicológicos frecuentemente señalados en las segundas víctimas, este fenómeno afecta a otras áreas importantes como la autoeficacia profesional.

Los profesionales dedicados al ámbito de la obstetricia son especialmente susceptibles al fenómeno de segundas víctimas, lo que puede afectar a aspectos importantes como el absentismo y el abandono de la profesión. Se requiere el diseño y creación de sistemas de apoyo específicos, como pueden ser los "programas clínicos de apoyo entre iguales".

Palabras claves

Errores médicos; Estudios de validación; Seguridad del paciente.

Abstract

Healthcare involves, to a greater or lesser extent, a certain degree of risk, and different factors such as human, technological and patient vulnerability play an important part in this.

Users or patients when they access healthcare institutions seek to improve or restore their health, what they do not expect in any of the cases, is to suffer injuries or damages; however, adverse events occur unexpectedly and are a reality.

Adverse events can have more or less serious consequences for the user or patient, whose health we are trying to restore, but this situation can also affect healthcare professionals.

In 2000, Dr. Wu defined the term second victim as "a professional who participates in an unavoidable adverse event and who is traumatised by this experience or who is unable to cope emotionally with the situation", providing for the first time a public and clear description of this term and the consequences it has for healthcare professionals.

Objective

General Objective

The general objective of this thesis was to study the phenomenon of second victims among professionals providing obstetric care in our country, using the Spanish version of the SVEST questionnaire.

Specific

- To carry out a cross-cultural adaptation of the SVEST (SVEST-E) to Spanish.
- To study the content validity by means of a panel of experts, calculating the content validity index for each item, content validity for each expert, total content validity of the instrument, modified kappa index and probability of agreement by chance.
- Analyse construct validity through factor analysis (exploratory and confirmatory).
- Determine the reliability (internal consistency) with ORION and Cronbach's alpha values.
- To analyse the temporal stability of the instrument through the test-retest and the calculation of the intraclass correlation coefficient.

- To perform an inferential analysis between obstetricians and midwives, with the twelve socio-demographic variables studied and the scores obtained with the SVEST-E questionnaire.

Material

The SVEST (The second victim experience and support tool) questionnaire was developed by Burlison et al. in the United States in 2013 and validated in 281 healthcare professionals involved in direct patient care, being this the questionnaire selected to carry out our research.

Method

PHASE I - Translation and cross-cultural adaptation of the SVEST, using the translation and back-translation method and piloting with the participation of 20 health professionals; content validation was carried out with a panel of ten experts, content validity was calculated for each item (CVI-I), content validity index per expert (CVI-E) and total content validity (CVI-T) for the questionnaire; correction of probable agreement at random and statistical calculation of the modified Kappa for each item of the instrument was carried out.

PHASE II - Cross-sectional observational study aimed at midwives and obstetricians in Spain. An online survey consisting of two parts was conducted: the first part collected different socio-demographic variables and the second part included the SVEST-E. The temporal stability of the instrument was evaluated by means of a test-retest. For construct validity and reliability, an exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were carried out using the FACTOR v.10 programme with a polychoric correlation matrix. The data collection period was from May 15 to September 9, 2020.

PHASE III - Cross-sectional descriptive analytical observational study the SVEST-E was applied to the Spanish population, to which an ad hoc questionnaire with twelve sociodemographic variables was attached. For the assessment of the phenomenon of second victims among obstetricians and midwives, the Second Victim Experience and Support Tool, in its Spanish version (SVEST-E) was used. The data collection period was from 15 May to 31 December 2020.

Results

PHASE I - The final instrument obtained (SVEST-E) has a CVI-Total of 0.87 and consists of 36 total items, subdivided into seven dimensions, two outcome variables and

a section on desired forms of support, maintaining the same structure as the original questionnaire. Thirty items showed a CVI-I with values above ≥ 0.79 .

PHASE II - The SVEST-E instrument was administered to $N = 689$ professionals ($n = 323$ physicians; $n = 366$ midwives) with mean score 3.09 (SD = 0.50).

Parallel analysis of the EFA suggested a 5-factor solution, with total explained variability of 61.8%. The goodness-of-fit indices of the model were RMSEA = 0.038 (95% CI: 0.031-0.042), NNFI = 0.985 (95% CI: 0.984-0.989) and CFI = 0.989 (95% CI: 0.988-0.992). The factorial model obtained was confirmed by CFA, obtaining the values of RMSEA = 0.038 (95% CI: 0.026-0.053), NNFI = 0.985 (95% CI: 0.957-1.000) and CFI = 0.989 (95% CI: 0.969-1.000). The intraclass correlation coefficient for the SVEST-E was 0.97 (95% CI: 0.94-0.99).

PHASE III - A total sample of 719 professionals (689 professionals from phase II + 30 professionals obtained from September to December) belonging to 19 Spanish regions was studied, 330 were obstetricians and 389 midwives. The mean age of the participants was 43.11 ± 10.54 years with a mean professional experience of 14.57 ± 10.46 years. A mean total score with the SVEST questionnaire was obtained for the total sample of 3.07 ± 0.51 . The mean total score for obstetricians was 3.01 ± 0.52 and 3.13 ± 0.49 for midwives ($p = 0.003$). There were statistically significant differences between the two groups on seven of the nine dimensions: greater feelings of second victim for obstetricians on the dimensions physical distress / $p \leq 0.001$, non-work-related support / $p \leq 0.001$ and absenteeism / $p \leq 0.001$ and greater feelings of second victim for midwives on the dimensions psychological distress / $p \leq 0.001$, supervisor support / $p = 0.011$, professional self-efficacy / $p \leq 0.001$ and intention to change jobs / $p \leq 0.001$. The most desired support option for both groups was "A respected colleague to discuss the details of what happened." (Obstetras = 4.27 ± 0.88 / Matronas = 4.50 ± 0.66).

Conclusions

PHASE I - The SVEST-E questionnaire is an instrument that has been transculturally adapted to Spanish in an appropriate way, preserving the equivalence with the original and is an instrument with adequate content validity to measure the experience of second victims in health professionals in Spain.

PHASE II - The SVEST-E instrument maintains the same items of the original questionnaire, but introduces changes in the organisation of its dimensions, grouped into 4 dimensions and the desired support responses. The Spanish version of the instrument maintains adequate content validity, construct validity, reliability and

temporal stability, making the SVEST-E a valid tool to assess the experience of second victims in Spanish health professionals.

PHASE III - A large percentage of Spanish obstetricians and midwives have experienced feelings of second victims, obtaining high scores on the SVEST-E questionnaire. This feeling is greater in midwives than in obstetricians, and there are differences between the areas affected according to the type of professional. In addition to the psychological effects frequently reported in second victims, this phenomenon affects other important areas such as professional self-efficacy.

Midwifery professionals are particularly susceptible to the phenomenon of second victims, which can affect important aspects such as absenteeism and leaving the profession. The design and creation of specific support systems, such as a "clinical peer support".

Key words

Medical errors; Validation studies; Patient safety.

INTRODUCCIÓN

1 Introducción

1.1 Antecedentes de seguridad del paciente

La preocupación por la seguridad del paciente, ha estado presente a lo largo de toda la historia de la práctica clínica y ha sido definida como la prevención de los errores y efectos adversos ocasionados por la asistencia sanitaria¹ o según la Organización Mundial de la Salud (OMS)² como: "La estrategia que emplea el ser humano para reducir los daños ocasionados por la atención sanitaria a los pacientes, hasta límites aceptables, abarcando no sólo el daño que ha tenido lugar en el paciente, sino aquel que podría haber tenido lugar y que no sucedió, gracias a un conjunto de medidas que lo evitaron".

La seguridad del paciente se encuentra dentro de las metas en política sanitaria a nivel nacional e internacional, sin embargo, esta preocupación por la calidad y seguridad de los cuidados no es algo nuevo³.

Si nos trasladamos al pasado, desde la civilización mesopotámica con el código Hammurabi, que fue la primera gran recopilación de leyes escritas de la historia del ser humano, podemos observar las sanciones que eran impuestas a aquellos médicos que hubieran cometido errores durante la asistencia a sus pacientes. El código Hammurabi constaba de un total de 282 leyes, once de ellas recogían las sanciones que se impondrían a los médicos que se hubieran visto involucrados en un evento adverso, un ejemplo lo tenemos en la ley 218.

"Ley 218. Si un médico realiza una incisión profunda en un hombre (notable) con bisturí de bronce y le provoca la muerte, o si le abre la nube de un ojo a un hombre (notable) con bisturí de bronce y deja tuerto al hombre, que le corten la mano⁴".

En el siglo V a.C. en la antigua Grecia, afortunadamente ya se abandonan las sanciones recogidas en el código Hammurabi, y la seguridad del paciente se centra en la máxima "Primum, Non Nocere", (en primer lugar, no hacer daño), del juramento hipocrático, el conocido principio de no maleficencia, que ha acompañado a la profesión sanitaria desde hace siglos, es el reflejo del deber ético deliberado que tenía el personal sanitario⁵.

Posteriormente, en la etapa post-hipocrática, podemos resaltar grandes figuras como la de Ambroise Paré, Pierre Charles Alexandre Louis, Ignaz Phillipp Semmelweis, Florence Nightingale, Ernest Codman entre otros, cuyas obras se centraron en la búsqueda de la seguridad del paciente, reconociendo muchos de ellos, que habían errado en sus actuaciones como profesionales sanitarios⁶.

Ambroise Paré (1509-1590)⁷, nombrado el padre de la cirugía, en la batalla de Vilaine, tomó consciencia de sus fallos y los mostró mediante una publicación al resto de la sociedad médica.

Ambroise Paré, tuvo que cambiar su método habitual de cauterización de heridas con aceite de saúco, debido al desabastecimiento del mismo, durante la batalla de Vilaine, por un remedio casero que creó a base de rosas, trementina y yema de huevo, sin albergar esperanza en que los enfermeros se recuperaran con ello. Sin embargo, se quedó sorprendido cuando al día siguiente, los heridos, de forma imprevista se encontraban sin la sintomatología clásica de la cauterización; no presentaban fiebre ni dolor, sólo leve inflamación, en contraposición con los que se les había empleado el método del aceite de saúco, que mostraron inflamación moderada, dolor importante y tumor⁷.

Paré ante tales hallazgos, desestimó para siempre el método de la cauterización de las heridas a base de aceite de saúco y determinó que había provocado daños innecesarios a la población durante su uso.

En 1825, se implantó el método analítico, por Pierre Charles Alexandre Louis, médico francés que se situó como el predecesor de la medicina basada en la evidencia; con este método se comenzó a cuantificar la dimensión de los síntomas, su evolución, la extensión que tenían en el tiempo, el rango de gravedad y su frecuencia.

Todo ello tenía como meta a su vez verificar la validez y efectividad de los tratamientos empleados, y descartar estadísticamente, aquellos que no tenían rigor real, como el uso terapéutico de la sangría en los procesos inflamatorios, tratamiento empleado por el Dr Pierre, y que fue descartado por el mismo años más tarde, gracias a este sistema¹³.

Otro gran personaje de la historia, que se basó en la búsqueda de la seguridad del paciente, fue Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865)⁸, médico húngaro que logró reducir la tasa de muertes por sepsis puerperal en las maternidades de Viena en el siglo XIX.

Muchas de estas mujeres debutaban con infecciones dentro del hospital, Semmelweis, tras numerosas observaciones, determinó que coexistían junto con la flora habitual de la piel, una "materia putrefacta", que era transmitida por las manos de los estudiantes y médicos a las gestantes y púerperas a las que asistían, constituyendo la causa principal del fallecimiento de un gran número de ellas.

Este hallazgo hizo, que se implantara el hábito del uso de cloro en solución para el lavado de las manos de los profesionales, debiendo ser usado antes y después de explorar y atender a cada una de las mujeres. Este protocolo logró disminuir el porcentaje de fallecimientos a tan sólo un 1,3%. En la actualidad, se considera que las reflexiones y razonamientos que llevaron a Semmelweis a este hallazgo asentaron las bases de la seguridad clínica en la especialidad de la obstetricia.

A pesar de ello, las afirmaciones y acciones llevadas a cabo por el médico húngaro fueron muy discutidas y suscitaron muchas reticencias por parte de sus compañeros de categoría profesional, que no le ofrecieron su apoyo, por lo que Semmelweis tuvo que recurrir al reparto de octavillas entre las gestantes con mensajes que decían⁹:

"Jóvenes: ¡estáis en peligro de muerte! La fiebre puerperal amenaza vuestras vidas. Desconfiad de los médicos porque os matarán".

"Mujeres que vais de parto: acordaos de que moriréis y vuestro hijo morirá también, a menos que cualquier cosa que entre en contacto con vosotras sea lavada con agua y jabón y aclarada con una solución de cloro."

Florence Nightingale (1820-1910)¹⁰, precursora de la enfermería moderna y estadística, también registró el peligro que se derivaba de la asistencia sanitaria. Sus aportaciones incluyeron técnicas de higiene básicas, que usó para atender a los soldados de la Guerra de Crimea, por lo que la ha llegado a ser considerada como la pionera teórica en las prácticas enfermeras. La higiene de manos durante la Guerra de Crimea logró disminuir la mortalidad del 32% al 2% entre los soldados.

Su tributo quedó plasmado en su famosa obra "Notes on Nursing", publicada en el año 1860, y en su lema "parece sorprendente que lo primero que haya que pedirle al hospital es que no cause ningún daño"¹¹.

En el siglo XIX, Ernest Codman¹² destacó como un reputado cirujano de Boston y fue apreciado y considerado como el precursor de la calidad asistencial (también conocido como el padre de la calidad asistencial). Recopiló sus errores a lo largo de los años y realizó escritos que hacía llegar a los hospitales de Estados Unidos, para informar de los errores que había detectado, para potenciar así el aprendizaje. Entre los errores que detectó e informó, destacó uno en el que Codman describe haber ligado el conducto hepático común de un paciente, lo que tuvo como consecuencia la muerte de este:

"He cometido un error de habilidad del más grueso calibre e incluso (durante la operación) he fallado en reconocerlo"¹².

Asimismo, durante este siglo cabe destacar la famosa frase de: "Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar", perteneciente a Arthur Bloomfield, profesor y jefe del Departamento de Medicina Interna, Universidad de Stanford entre 1926 y 1954 ¹³.

Continuando en esta misma línea de pensamiento, no podemos dejar de nombrar, que el marco de la calidad asistencial nació gracias a los pensamientos de Avedis Donabedian, en Norte América (EEUU) en la década de los sesenta¹⁴.

Por tanto, han tenido que pasar muchos siglos, desde la civilización mesopotámica hasta nuestros días, para que el evento adverso considerado un error médico derivado

de una mala praxis, con responsabilidad única del facultativo, llegue al pensamiento actual, donde se asume que el evento adverso es inherente a la asistencia sanitaria y por ende a la ciencia médica, que se debe a consecuencias de etiología multicausal, normalmente con fallos múltiples del sistema, que hay que saber identificar, ser capaz de comunicar y extraer el aprendizaje de los mismos para evitar futuras repeticiones.

El libro "El paciente y el médico", de Worthington Hooker, es una de las primeras obras, que refleja las ideas actuales de pensamiento; "Toda intervención sanitaria puede provocar un daño que hay que prevenir, evaluar y evitar en lo posible"¹⁵.

Mostrando esta misma premisa tenemos los estudios Harvard Medical Practice Study I¹⁶ y II¹⁷.

Estos estudios, determinaron que la frecuencia de eventos adversos acaecidos en las instituciones sanitarias de Nueva York tenía lugar en un 4% de las admisiones hospitalarias¹⁷. Incluyeron, además, la clasificación de los eventos adversos según resultados obtenidos, del total de los eventos adversos identificados, el 13,6% había provocado el fallecimiento del paciente, 3% derivó en una discapacidad grave o permanente y el 70% en incapacidad transitoria o leve. Como dato más revelador se obtuvo que el 58% de estos incidentes pudieran haberse evitado.

En 1992, un año más tarde de haberse publicado el Harvard Medical Practice Study I¹⁶ y II¹⁷, salió a la luz el estudio de Utah-Colorado (UTCOS)¹⁸, que corroboró los datos obtenidos en los estudios previos, disminuyendo en este caso la cifra de evento adverso del 4% al 2,9%.

En los años posteriores, entre 1993 y 1995, prosiguieron las publicaciones de estudios sobre la incidencia de los eventos adversos en los hospitales.

Sin embargo, no es hasta principios del siglo XXI, cuando el mundo sanitario experimentó un verdadero aumento de estudios médicos relacionados con la seguridad del paciente; marcando como fecha clave, noviembre de 1999, con la publicación por el Institute of Medicine de la National Academy of Sciences de los Estados Unidos de América de la obra titulada *To err is human*¹⁹: *Building a safer care system* y *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, donde quedó de manifiesto la magnitud y riesgo de los errores en la atención sanitaria, así como de las consecuencias de morbi-mortalidad y económicas que de ellos se derivaba, visualizándose que entre el 6% y el 11% de los pacientes atendidos en hospitales fallecían a consecuencia de un error en la asistencia sanitaria¹⁹.

Por tanto, este informe dejó al descubierto de manera clara, la inmensa repercusión que producían los eventos adversos, situándolos como la octava causa de muerte en

pacientes hospitalizados, por encima de las derivadas de los accidentes de tráfico, cáncer de mama o del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Estos errores suponían importantes costes económicos para las instituciones, además de debilitar la confianza puesta por los pacientes y familiares en las mismas, dañando su imagen, y sin duda la de los profesionales, que se convertían en segundas víctimas²⁰.

To err is human: Building a safer care system, supuso un potente impacto en las sociedades más avanzadas de la época, con grandes repercusiones mediáticas y políticas, siendo esta obra decisiva para la implantación de políticas en mejora de seguridad y calidad en Estado Unidos. Además, recalcó la necesidad de realizar cambios en los sistemas sanitarios, en las actitudes que se tenía hacia los eventos adversos, visualizándolos no como signos de falta de pericia en los profesionales, sino que debían enfocarse como manera de aprendizaje²⁶.

Al mismo tiempo, *To err is human*¹⁹ consiguió una sensibilización y concienciación por parte de los altos cargos de las instituciones, de los profesionales sanitarios, así como de la población en general .

Se concluye que los resultados de este estudio impulsaron un espectacular cambio en la forma de concebir la calidad en las instituciones sanitarias. El estudio de los eventos adversos, su frecuencia, causas y consecuencias ha tenido un marcado auge en las últimas dos décadas. Los sistemas sanitarios mundiales, han realizado enormes esfuerzos y puesto en marcha iniciativas para reducir la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria e incrementar la seguridad de los pacientes^{15,21}.

1.2 Seguridad del paciente

1.2.1 Seguridad a nivel internacional

A nivel internacional una de las primeras instituciones que intentaron promover una cultura de seguridad para los pacientes fue el National Quality Forum (NQF)²² en 2003, con su protocolo de "30 prácticas seguras" para disminuir los eventos adversos.

La OMS²³ también evaluó el riesgo que sufrían los pacientes en las instituciones sanitarias, cifrando anualmente discapacidades graves y muertes ocasionadas por los errores sanitarios, por lo que encaminó sus esfuerzos en la misma dirección que lo había hecho el NQF²² en 2003, estableciendo herramientas que se orientaban en la prevención o disminución de estos incidentes, incluyendo la implementación de registros y sistemas de notificación.

El 27 de octubre de 2004, la OMS fue más allá, y mostró como resultado de su 57^a Asamblea, el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²⁴, actualmente conocida como Programa de Seguridad del Paciente, que se enfocó en la

importancia de la investigación como pilar fundamental para mejorar la seguridad del paciente dentro de las organizaciones sanitarias, para el estudio de la notificación de eventos adversos, y la búsqueda de alternativas de prevención y estrategias específicas de evolución, cuya máxima era "Lo primero, no dañar".

El objetivo fundamental de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, era coordinar, difundir, acelerar y facilitar la colaboración internacional y acción de los Estados Miembros²⁵. Estas acciones entrañaron un gran impacto en la praxis asistencial en múltiples países.

Un año más tarde en marzo de 2005, fue fundada la Joint Commission International Center for Patient Safety²⁶, como resultado del proyecto en conjunto de dos instituciones, la Joint Commission Resources (JCR), creada en 1951, y la Joint Commission, sirviendo como ampliación para las actividades regidas para la mejora de la salud pública. Cinco meses después de su implantación, la Joint Commission International Center for Patient Safety fue nombrada por la OMS, como el primer centro mundial dedicado 100% a la seguridad pública de los pacientes²⁷.

El mismo año en el que se fundó la JCR, Portugal, celebró su primera Conferencia Internacional sobre seguridad del paciente. A la misma acudieron representantes de un total de 61 países, aportando datos sobre las investigaciones dentro del campo de la seguridad del paciente. La puesta en común de sus trabajos facilitó ciertas conclusiones recogidas en la conferencia, que indicaban que era necesario financiar y colaborar en la investigación en salud pública pero no sólo en el ámbito hospitalario sino con igual importancia en el comunitario^{28,29}.

Por su parte, el sistema nacional de salud del Reino Unido no quiso quedarse atrás y sacó a la luz el documento "La seguridad del paciente en siete pasos", una guía de buenas prácticas que servía a las organizaciones del National Health Service³⁰, como método eficaz para certificar la seguridad en sus servicios sanitarios, que se basaba en gestión sanitaria clínica, riesgos asociados y análisis causa-raíz.

Otra aportación importante en mayo del 2007, vino de parte del The Joint Commission International Center for Patient Safety²³, primer centro del mundo en colaborador con la OMS consagrado al 100% a la salud y seguridad del paciente, que presentó su documento "Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente"²³.

Siguiendo las recomendaciones mundiales propuestas por la OMS, se lleva a cabo el primer estudio en hospitales latinoamericanos con el estudio "Ibero Americano de Eventos Adversos (IBEAS)", que fue posible gracias a la colaboración conjunta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) español. El estudio IBEAS marcó a España como un país de referencia en seguridad del paciente en el ámbito hispanohablante³¹.

Como se ha visto, hasta el momento, los estudios que se ofrecieron a nivel internacional mayormente estaban enmarcados en los ámbitos hospitalarios. Por ello, la OMS, en febrero de 2012 en Ginebra, incentivó una reunión para el análisis de datos disponibles sobre la frecuencia, características, posibilidades de prevención y gravedad de los eventos adversos y valorar los retos ante una situación de crisis económica y la posibilidad de establecer estudios comunes entre países en el sector de la Atención Primaria (AP)^{32,33}.

Otras organizaciones importantes dentro de la seguridad del paciente, que merecen mención son las siguientes:

❖ Organización Panamericana de la Salud (OPS)³⁴.

Es el organismo Internacional especializado en salud más antiguo del mundo con más de 100 años de experiencia, cuya misión se encuadra en la mejora de la sanidad del sistema interamericano.

❖ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)³⁵.

La OCDE, organismo de cooperación internacional fundado en 1961 y cuya sede central se encuentra ubicada en París, está formada por un total de 38 estados, cuyo fin es la coordinación de políticas sociales y económicas. Esta entidad se fundó en el año 2007. En el contexto español, se ejecutó un estudio de análisis de la calidad de los proveedores sanitarios para determinar la eficiencia de los indicadores hospitalarios, que tenían naturaleza prevenible.

❖ Grupo de trabajo en calidad y seguridad del paciente³⁶.

Fue constituido en 2004, en el mes de abril, pertenece al subgrupo de alto nivel de los servicios sanitarios y es considerado uno de los pilares básicos en las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre seguridad del paciente e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Funciona como centro de intercambio de datos de acciones de desarrollo, soluciones novedosas y prioridades frente a los desafíos de Comisión Europea, los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud, Organización para la cooperación y el desarrollo Económico y otras partes interesadas.

❖ European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS)³⁷.

Creado entre 2008 y 2010 con la meta de originar redes de subvención en seguridad del paciente para el traspaso de datos y prácticas dentro del ámbito nacional y de la Unión Europea.

❖ European Union Network for Patient Safety and Quality of CARE (PaSQ)³⁸.

Herramienta llevada a cabo en conjunto por las dos corporaciones, la Comisión Europea y los países de la Unión Europea, con el fin de suscitar la ejecución de las directrices

aportadas por el Consejo de la Unión Europea, permitiendo un intercambio de datos y acciones en el campo de la seguridad del paciente y la calidad asistencial y beneficiar así el desarrollo de una red de colaboración sostenible en la Unión Europea en torno a la calidad y la seguridad del paciente³⁸.

1.2.2 Seguridad a nivel nacional.

La Ley General de Sanidad Española de 1986 desde su instauración ha reflejado en sus artículos la importancia de la calidad asistencial en las instituciones sanitarias. Continúa vigente hoy en día y sigue siendo el marco de referencia en la calidad de los servicios sanitarios³⁹.

Desde 2005 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), ha puesto en marcha diferentes estrategias en el marco de la seguridad del paciente. A estas iniciativas se han añadido las diferentes Comunidades Autónomas, organismos académicos, así como centros sanitarios, manifestando todos en su conjunto su interés por la seguridad del paciente⁴⁰.

La Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente del período 2005-2013, se encuentra dentro de las estrategias más importantes llevadas a cabo por el MSSSI. En ella colaboraron las comunidades autónomas, los profesionales sanitarios y los pacientes con la integración de las aportaciones cedidas por los mismos. Los objetivos se dirigieron principalmente a la promoción y mejora de la cultura de seguridad en las instituciones, capacitación de los profesionales en aspectos básicos de seguridad, implementación en prácticas responsables y seguras e importancia de la investigación sobre los eventos adversos. Esta estrategia necesitó de un soporte económico y político de los servicios de las Comunidades Autónomas (CCAA). La última actualización de la estrategia fue emitida en 2015 y en vigor hasta 2020 ⁴¹.

Otros estudios que han tenido gran importancia en el ámbito español, financiados por el Ministerio de Sanidad Español han sido: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)⁴², Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS)⁴³, Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio sanitarios (EARCAS)⁴⁴ y Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva (SYREC)⁴⁵.

- Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS) 2005 ⁴²:

Se encuadra dentro de un estudio observacional de cohorte retrospectivo. La población diana contó con 5624 pacientes ingresados, distribuidos en 24 hospitales públicos, cuyas estancias se extendieron durante más de 24 horas y cuyas altas se produjeron entre el 4 y el 10 de junio de 2005.

Una suma total de 42714 días de estancia en el hospital fue monitorizada; un 9% de los pacientes sufrieron al menos un evento adverso, siendo el 50% de estos eventos adversos prevenibles. La densidad de incidencia fue de 1,2 eventos adversos por 100 pacientes / día.

Se distribuyeron los eventos adversos según la etiología: el 37,4% pertenecían a eventos adversos asociados con error en la administración de los fármacos, el 25,3% se atribuían a infecciones nosocomiales, y el otro 25% con problemas durante el procedimiento al que era sometido el paciente. Además, se estudiaron los eventos adversos según consecuencias (leves, moderadas y graves).

Además, el estudio ENEAS plasmó tres grandes realidades, que las personas mayores de 65 años con patologías previas tienen 3 veces mayor riesgo de ser primeras víctimas que el resto de población, que una hospitalización de más de una semana de duración incrementa el riesgo de eventos adversos en 3,5 veces más que hospitalización de menos de tres días y que los pacientes que son atendidos en hospitales pequeños tienen también un riesgo añadido de ser primeras víctimas.

El Estudio ENEAS puso por tanto sobre la mesa, la necesidad imprescindible de aplicar los conocimientos y la evidencia científica en la seguridad del paciente así como transmitir buenas prácticas⁴¹.

- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS) 2008 ⁴³.

Estudio de prevalencia, en el que participaron un total 452 profesionales pertenecientes a 48 centros de atención primaria de 16 comunidades autónomas. Este estudio fue promovido gracias a los esfuerzos de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y puesto en marcha a través de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Universidad Miguel Hernández⁴⁶.

Los datos obtenidos revelaron una prevalencia de 10,11‰ de EA en las consultas de AP⁶¹.

Se distribuyeron los EA según la causa relacionada; 47,8% estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con infecciones nosocomiales, 10,6% con procedimientos y el 6,5% restante con cuidados a nivel general. Este estudio remarcó que una de las causas prevenibles y que más desemboca en evento adverso era la inadecuada comunicación entre médico-paciente, suponiendo este factor el 82,8% de los casos.

El estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria fue de gran valor para visualizar que, aunque la prevalencia de eventos adversos en el primer nivel asistencial era baja y de escasa gravedad, su etiología multicausal, la elevada

probabilidad de prevención y frecuencia, ponía en evidencia la importancia de promover acciones dirigidas a optimizar la seguridad del paciente en este nivel asistencial.

- Estudio Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC)⁴⁴.

El "Estudio Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico", realizado en 2007, encuadrado dentro de un estudio observacional, de cohortes, prospectivo, metacéntrico tuvo como propósito último poner en conocimiento las características de la epidemiología de los EA en los servicios de medicina intensiva en el contexto español. Fue llevado a cabo por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Se contó con la colaboración de 79 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de 76 hospitales del territorio español. La muestra total incluyó a 1017 pacientes notificándose que el 58,1% había padecido un incidente; de ellos, el 66,2% se encuadraban en incidente sin daño y el 33,7% como evento adverso.

Se estimó que el riesgo inherente a sufrir un incidente sin daño por el hecho de ingresar suponía un 73% y para evento adverso el porcentaje descendía al 40%; dentro de la categoría de incidente sin daño, un 90% se relacionaron con los de medicación, vía aérea y ventilación mecánica, accesos vasculares, sondas y drenajes, aparatos y pruebas diagnósticas. Dentro de estos incidentes fueron comunicados a las primeras víctimas, es decir, pacientes o familiares solamente en un 6,8% de los casos.

Prescindiendo de los factores de complejidad y gravedad de los pacientes que se encontraban ingresados en unidad de cuidados intensivos, los factores individuales más registrados se relacionaron con las personas: estrés, falta de atención, distracciones, falta de experiencia, poca supervisión, y en relación al entorno de trabajo excesivas cargas de trabajo, funcionamiento incorrecto de aparatos y no adhesión a protocolos^{45,47}.

- Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios⁴⁴.

Estudio exploratorio que evaluó la cultura de seguridad y la magnitud de los efectos adversos en el ámbito sociosanitario, desarrollado por expertos nacionales en seguridad del paciente. Entre sus objetivos se encontró: conocer los rasgos de la cultura de la seguridad en los centros que prestan la atención sociosanitaria en España, explorar retrospectivamente, a partir de encuestas a profesionales del sector, los efectos adversos más comunes relacionados con la atención sociosanitaria, determinar los riesgos más relevantes relacionados con la atención sanitaria y priorizar las actuaciones orientadas a lograr una atención sociosanitaria más segura.

El estudio determinó que los eventos adversos más prevalentes en el contexto sociosanitario están asociados al incumplimiento de las prescripciones médicas, con los

cuidados generales y las infecciones del tracto urinario. Para reducir dichos EA se propone: el desarrollo de planes de cuidados individualizados, un plan de formación basado en la evidencia científica y la sensibilización de los profesionales ante los procedimientos para que realicen unas prácticas seguras.

En definitiva, se apuesta por afrontar diversos cambios organizativos y políticos, actualizando los estándares de calidad y seguridad en el contexto asistencial y social, así como la puesta en práctica de protocolos asistenciales y listados para verificar la medicación⁴⁴.

- Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles (Estudio EVADUR)⁴⁸.

Se encuentra enmarcado dentro de un estudio longitudinal, transversal, prospectivo, y multicéntrico. La muestra total estuvo constituida por 3854 pacientes. Se detectó que 1,1% de los incidentes fueron frenados y no llegaron al paciente, el 4,8% lograron filtrar las barreras y alcanzaron al paciente, pero sin ocasionarle perjuicios y el 7,2% llegó al paciente, ocasionando un daño grave. El 70% se clasificó como incidentes o eventos adversos prevenibles.

Los estudios españoles citados previamente, muestran que tanto la incidencia como distribución de los eventos adversos, se asemeja a los datos recopilados en estudios realizados con similares características en países europeos y americanos⁵⁶. Aunque la mayor parte de los daños derivados de estos eventos adversos tienen consecuencias leves, un porcentaje variable según los estudios pueden llegar a permanentes o graves, incluso derivar en la muerte del paciente⁴⁸.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional.

Tabla 1 Frecuencias de eventos adversos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional.

Estudio (Año)	Instituciones	Metodología	EA total % pacientes	Tipo de EA más frecuente	EA	
					% EA frecuente	Prevenibles %
ENEAS (2005)	Hospitales	Cohortes	9,30%	Medicación	37,40%	50%
APEAS (2007)	Centros de salud	Transversal	10,11‰	Medicación	47,80%	70%
SYREC (2007)	Unidades críticas	Cohortes	33,10%	Cuidados	26%	58,90%
EVADUR (2007)	Urgencias	Cohortes	7,20%	Cuidados	46,20%	70%
ECARCAS (2011)	Servicios sociosanitarios	Cualitativo	Estudio Cualitativo	Cuidados (cualitativo)	Cualitativo	-

ENEAS: Estudio Nacional de eventos Adversos relacionados con la hospitalización.⁴⁹
APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.⁴³
ECARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.⁴⁴
SYREC: Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.⁴⁵
EA: Evento adverso.
IAAS: Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Nota : Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, adaptada de Agra-Varela (⁴⁸)

El Ministerio de Sanidad de España, tomó nota de las cifras obtenidas en los estudios españoles y en su responsabilidad por mejorar la calidad del sistema, desarrolla en 2005, en colaboración con las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (organismo que adjunta las opiniones e indicaciones de profesionales sanitarios y pacientes), la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS³⁹.

El propósito inicial de esta estrategia fue promover e incrementar la cultura de seguridad de las instituciones sanitarias, su cohesión y mejorar la calidad de la atención en todos los ciudadanos, incluyendo la gestión de riesgo sanitario, realizando una tarea de educación a profesionales y pacientes en aspectos vitales de seguridad. Para ello se usó una amplia red de trabajo, con la creación de programas y alianzas⁴¹.

El Ministerio de Sanidad de España en 2006, puso a cargo un presupuesto de 50 millones de euros para hacer realidad la estrategia. Todo el esfuerzo efectuado se plasmó, en la consecución de una herramienta que prevenía y controlaba los errores en el ámbito sanitario; en la misma se concretaban 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción^{14,50}.

Dentro de las 12 estrategias, la estrategia número 8, "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS", es una de las más nombradas y trabajadas⁶⁸. Esta estrategia ha sido utilizada como instrumento y marco de referencia para la expansión de programas y acciones que se han desarrollado en España sobre seguridad del paciente⁴¹.

En 2015, el Ministerio de Sanidad notificó que se iba a llevar a cabo una actualización sobre la estrategia del 2005, que incluiría actualizaciones relacionadas con el progreso de la evidencia científica³². Tras 10 años de desarrollo se logra la estrategia 2015-2020, que se emplaza principalmente en dos grandes secciones: el cambio cultural de los profesionales y la ejecución de prácticas seguras⁴⁰.

Nos queda aún mucho camino por recorrer, sin embargo, se ha dado el primer paso, que es reconocer que estamos ante un problema de salud pública de gran magnitud, pero que es posible tratar y prevenir. Hoy en día, se ha alcanzado el establecimiento de una cultura de seguridad, que evoluciona hacia la excelencia. Los objetivos están fijados y la implicación de todos los agentes es fuerte para seguir avanzando en este fenómeno⁴¹.

1.3 Taxonomía y terminología

1.3.1 Taxonomía para la seguridad de los pacientes

El ser humano dentro de sus necesidades básicas precisa sentirse protegido y seguro en situaciones de riesgo para su desarrollo personal. Este es uno de los conocimientos que nos aporta la teoría de motivación de Maslow en su pirámide de la jerarquía de las necesidades humanas, en la que se sitúa la seguridad en el segundo eslabón tras las necesidades fisiológicas⁵¹.

Es por esta razón que los modelos y teorías Enfermeras presentan como meta alcanzar la seguridad de los pacientes. Para ello se emplean protocolos e intervenciones seguras para el cuidado de los mismos, ya que la seguridad es un principio fundamental del cuidado en todas las instituciones sanitarias⁵¹.

Para comenzar a tratar el tema de la seguridad del paciente es importante saber que el término "seguridad" proviene del latín y habitualmente es usado para señalar la "Falta de riesgo". La OMS define la seguridad del paciente como: "Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria⁵²".

El estudio de la seguridad del paciente resulta complicado debido al amplio manejo de conceptos que conlleva. Por esta razón desde diferentes ámbitos se instó a tener una terminología común a nivel internacional.

Esta necesidad fue reconocida en 2003 por la OMS llevando a cabo ese mismo año, un proyecto a nivel internacional, que permitió homogenizar la terminología relacionada con la seguridad del paciente en todos los países.

En 2005, la Alianza para la Seguridad del Paciente, reunió a un grupo de expertos en seguridad del paciente, para diseñar una estructura conceptual; la "Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)^{25,53,54}".

La CISP es una clasificación flexible y en constante actualización, que consta de diez categorías principales: Tipo de Incidente (1), Consecuencias para el Paciente (2), Características del Paciente (3), Características del Incidente (4), Factores que Contribuyen a los Riesgos (5), Consecuencias para la Organización (6), Detección (7), Factores para Mitigación (8), Acciones de Mejora (9) y Acciones para la Reducción del Riesgo (10)^{53,54}.

En 2009, siguiendo los mismos propósitos que en 2003, la OMS, impulsa una nueva clasificación, conocida como la Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), participó en otro proyecto, de similares características al anterior, desarrollando la Patient Safety Event Taxonomy (PSET)⁵⁵.

En definitiva, una taxonomía internacional permite, el registro de los eventos adversos, su monitorización continua, una mejor comprensión, obtener de los análisis datos de frecuencia, tipo, etiologías, consecuencias; con la ventaja de permitir realizar comparaciones entre los países tanto nacional como internacionalmente, ayudando así a la construcción de una cultura institucional en Seguridad que genere en los profesionales sanitarios, la adopción de prácticas seguras.

Dentro de la seguridad del paciente, son 48 los conceptos más relevantes que define la OMS, siendo los más destacados los siguientes^{46,54,56}:

Paciente: Individuo o colectivo de personas, sanas o enfermas, que reciben la atención sanitaria por parte de los profesionales sanitarios.

Seguridad del paciente: Reducción de las lesiones o daños inherentes de la asistencia sanitaria que se ocasionan a los pacientes, hasta los márgenes mínimos aceptables, ponderado siempre el riesgo de no dispensar el tratamiento o de dispensar otro.

Circunstancia: situación o factor que puede influir en un evento, en un agente o en una o varias personas.

Peligro: circunstancia, agente o acción que puede producir daño.

Error: Fallo que se produce por no llevar a cabo una acción prevista o desviarse de la pauta.

Reacción adversa: Lesión que se produce o daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado o que superaba los riesgos.

Incidente relacionado con la Salud Pública: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente⁸¹. Este concepto incluye a su vez varias categorías:

- Circunstancia notificable: es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.
- Cuasi incidente: es un incidente que se ha producido, pero por suerte no ha alcanzado al paciente.
- Incidente sin daños: es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. No aparecen síntomas, ni signos. No precisa tratamiento.
- Incidente con daños (evento adverso): es un incidente que causa daño o sufrimiento al paciente. Puede producir alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella^{54,57}.

En la Ilustración 1, se visualiza un resumen de los tipos de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

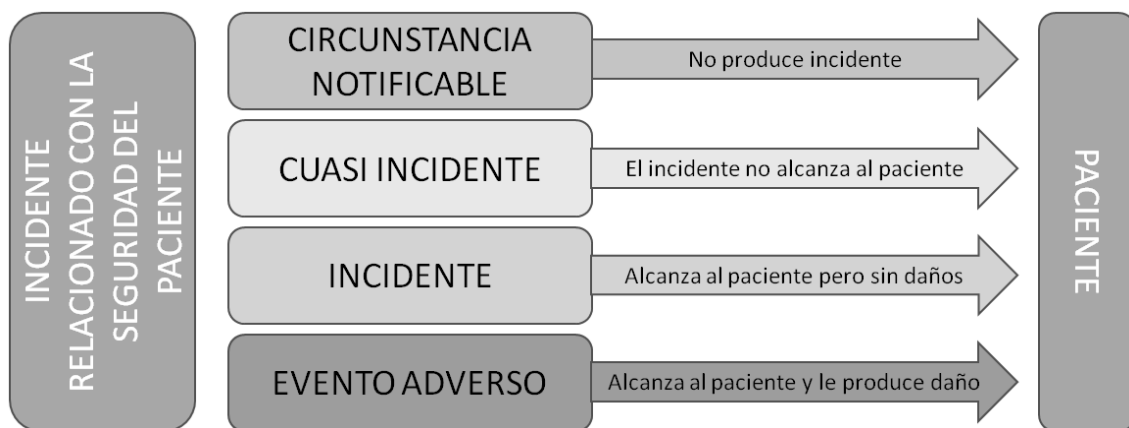


Ilustración 1 Incidente relacionado con la seguridad del paciente ⁽⁵⁷⁾

Además es importante tener en cuenta que dentro de los eventos adversos podemos encontrarlos, según grados de intensidad o de severidad⁵⁷:

- Efecto Adverso Grave: el que provoca la muerte o incapacidad crónica al alta hospitalaria o que el mismo requirió de una intervención quirúrgica.
- Efecto Adverso Moderado: El que provoca una prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Efecto Adverso Leve: Aquel que provoca una lesión o complicación, pero que no precisa, prolongación de la estancia hospitalaria.

1.4 Modelo de error humano

La medicina ha pasado por diferentes épocas históricas y con ello el concepto de error o daño médico. El enfoque actual tiende a clasificarlo de dos formas: según las

consecuencias que produce (circunstancia notificable, un cuasi incidente, un incidente o un evento adverso) o por la etiología que lo provoca.

Charles Perrow y James Reason son dos autores que han facilitado la comprensión de la génesis del error.

1.4.1 Charles Perrow y el error normal

Charles Perrow fue un sociólogo de la Universidad de Yale, sus contribuciones permiten entender por qué se originan los errores⁵⁸.

Aportó a la medicina el término accidente normal, es decir aquellos eventos adversos que no pueden ser previsibles, los que se consideran inherentes a la atención sanitaria.

Este autor no relaciona la etiología de los errores con los sistemas sanitarios en sí, pero si propone la existencia de una estrecha línea entre los errores y el funcionamiento complejo de los sistemas tecnológicos, los equipos y materiales con los que se trabaja ampliamente en los hospitales utilizan procedimiento de funcionamiento complicados y están integrados por tantos elementos que es casi utópico prever cualquier fallo en ellos. En la asistencia sanitaria se interrelacionan estos recursos con los humanos. La complejidad entre la interacción de ambos deriva en mayor o menor medida en errores, que a pesar de ser mínimos si no se solventan pueden originar eventos catastróficos.

Para identificar las fuentes potenciales de error Perrow utiliza el acrónimo DEPOSE, del inglés Design limitations, Equipment failures, Procedural errors, Operator errors, problems in Supplies and materials, and unknown variables in the Environment (limitantes de diseño, fallas de equipo, errores de procedimiento, errores de operador, problemas de suministro y materiales y variables desconocidas en el medio ambiente)⁵⁸.

Para entender mejor este acrónimo se propone el siguiente ejemplo: en una sala de partos la cual debe cumplir requerimientos específicos en su construcción (diseño): Necesita equipo especializado dentro de paritorio y quirófano (equipo); cuenta con una serie de procesos desde la antisepsia del área de quirófano para las cesáreas, de los paritorios y la lista de verificación (procedimientos); requiere de profesionales y técnicos que manejen diferentes máquinas como incubadoras, las bombas de infusión, monitores, aspiradores, etc. (operadores de equipos); debe tener una gran cantidad de material e insumos como gasa estéril, pinzas, separadores, sondas, anestésicos, paños estériles, camas articuladas (suministros y materiales); y cuenta con un medio ambiente que abarca los factores ergonómicos de trabajo y el clima organizacional.

El sistema sanitario, es por tanto un conjunto complejo donde conviven múltiples factores: decisiones desde las administrativas hasta las operativas, factores humanos que engloban distintas categorías profesionales, materiales desde los más simples como las gasas a equipos sofisticados con tecnología punta, uso de protocolos diferentes,

flexibles que se van actualizando y que son propios de cada unidad por sus requerimientos específicos.

Así, las percepciones de Charles Perrow en su modelo determinan la complejidad del sistema sanitario en su conjunto y visualizan la alta posibilidad que en este ambiente se pueda germinar, en cualquier punto o momento, algún fallo inherente a la dinámica del propio sistema, errores que aparecen de forma no controlada de diferentes fuentes; factor humano, del funcionamiento de una máquina o de la continuidad del propio proceso⁵⁹.

1.4.2 James Reason y el enfoque sistémico del error

James Reason⁶⁰, Catedrático emérito en Psicología de la universidad de Leicester y Manchester, basó su carrera en el estudio de la etiología de los errores humanos, favoreciendo su identificación.

Definió el fallo humano como "el resultado de la consecución de un procedimiento incorrecto que se ha llevado a cabo de forma inconsciente y que termina en un daño o lesión al paciente". Afirma además que la mayor parte de los errores derivan de accidentes que se pueden encuadrar en cuatro áreas principales; la organización de la institución, la supervisión de las unidades, las condiciones en las que se desenvuelven los trabajadores y los actos específicos⁶¹.

Así Reason propuso tres maneras de explicar el error:

El error es producto único del fallo humano: Esta teoría se centra en el castigo, en la culpa, en el pensamiento de que el profesional ha errado de forma consciente por falta de voluntad, distracciones, descuidos etc. y debe ser castigado. En definitiva, promueve una cultura punitiva; quienes están a favor de este enfoque tienden a visualizarlo desde una perspectiva moral, es decir, suponiendo que las cosas malas le pasan a la gente mala, lo que los psicólogos han llamado hipótesis del mundo justo⁸⁸. Sin embargo, este autor determina que esta manera de proceder no sólo no solucionaría los problemas, sino que no promovería el aprendizaje ni prevención de futuros errores similares. "Podemos cambiar el entorno de trabajo y las condiciones, pero no la esencia humana de errar".

El error como modelo legal: Los errores se presentan de manera aislada, pero son suficientes para producir eventos adversos. Los errores con malas consecuencias son considerados como negligencia o como imprudencias. Los errores vistos de esta manera son frecuentes pero la mayoría sin malas repercusiones para el paciente.

El modelo sistémico: Errar va impreso en la condición humana y los incidentes o eventos adversos, son el resultado de condiciones latentes que se encuentran en los sistemas sanitarios. La persona que se ve involucrada directamente en el evento adverso

relacionado con el paciente, no es más que el eslabón final de una sucesión desafortunada de errores previos, y es sólo heredera, más que la responsable real del suceso⁶². Esta última forma de explicar el error es la considerada idónea por Reason, ya que toma en consideración todas las situaciones potenciales que facilitan y componen la génesis del error.

Modelo del queso suizo en el enfoque sistémico del error

Los errores como ya citaba Reason, tienen su origen en múltiples causas. Para su mejor comprensión, Reason hace alusión a rebanadas de queso para explicar estos conceptos.

Las rebanadas de queso suizo representan las barreras contra el fracaso, clave en el enfoque de sistemas. Las organizaciones e instituciones con alto nivel en la calidad de seguridad del paciente poseen muchas y complejas capas de defensa. Algunas son de diseño (alarmas, barreras físicas, cierres automáticos, etc.), otras dependen de las personas (cirujanos, anestesiólogos, pilotos, operadores de sala de control, etc.) y otras dependen de los procedimientos y controles administrativos, todas ellas con la función de proteger a los pacientes de los peligros. Los agujeros (con diversos tamaños, formas, etc.) representan las debilidades, que emanan esencialmente de dos elementos bien diferenciados: las fallas activas y condiciones latentes⁶³.

Las fallas activas, son difíciles de prever y pueden denominarse los actos inseguros (olvidos, confusiones, distracciones etc.) cometidos por los profesionales a cargo de un paciente o por aquellos encargados de la supervisión, tienen una incidencia directa y de corta duración en la integridad de las defensas, el resultado negativo es casi inmediato; las condiciones latentes, por su parte son aquellas que incluyen las condiciones de trabajo de los profesionales, el estado de las instalaciones sanitarias, la cantidad de personal y materiales adecuados para llevar a cabo los cuidados, estos elementos pueden coexistir durante muchos años en las instituciones sanitarias hasta que son revelados por las reglamentaciones, a diferencia de las fallas activas las condiciones latentes pueden ser identificadas y solventadas antes de que se produzca el incidente o evento adverso. Comprender esta diferencia a una institución proactiva de la reactiva. Prácticamente todos los incidentes muestran la unión de fallas activas y condiciones latentes⁶⁴.

Lo habitual es que las debilidades representadas en el modelo de Reason por agujeros no causen en sí misma un daño o consecuencia importante. Esto último se visualiza cuando muchas capas con muchos agujeros se alinean de forma fortuita y crean la denominada "Trayectoria de oportunidad del accidente⁵⁹". Esta trayectoria se plasma en la ilustración 2.

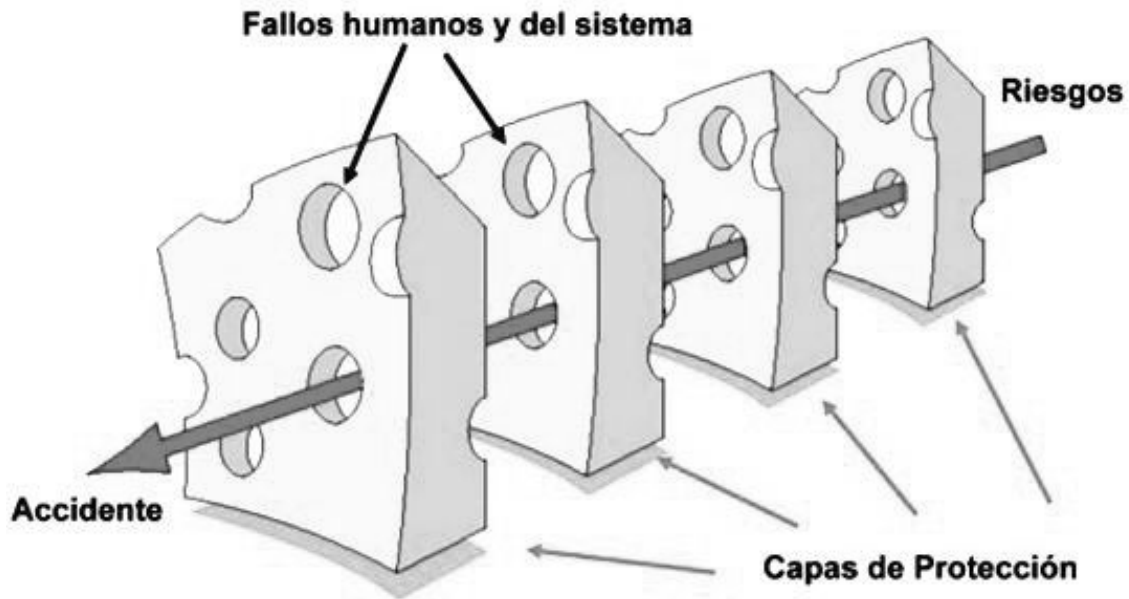


Ilustración 2 Modelo de Reason del queso suizo ^(59,60)

Es por ello, que un análisis en profundidad de los sistemas sanitarios nos llevaría a ser conscientes de las condiciones latentes que existen en los mismos, aprender cómo los errores rebasan las barreras de defensa y mejorar así las mismas, culminando con un mejor conocimiento en materia de seguridad del paciente, para evitar la cultura punitiva que en etapas anteriores estaba instaurada.

Reason afirma que centrarse en el cambio de las condiciones e infraestructuras del sistema y no en modificar la condición humana es la clave para conseguir la disminución de las consecuencias de los eventos adverso⁶⁴.

Utilizando los conocimientos del Modelo del queso suizo de Reason, la meta consistiría en fomentar y poner en práctica una cultura no punitiva con la gestión de riesgo, en la que se facilitaría el análisis de que ocurrió, cómo y por qué ocurrió, implantando una apropiada gestión de riesgos, se puede evitar el daño hasta márgenes mínimos en las primeras víctimas.

Pero para que esto realmente sea efectivo se hace necesario la mejora de los sistemas de registro e información, el análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso curativo, además de un cambio de mentalidad de la individual a la grupal, de acciones de defensa a la confianza en el equipo y el sistema, de un estilo de liderazgo autocrático al participativo por todo el equipo, de la vergüenza al apoyo entre colegas⁶⁰.

1.4.3 Otros modelos sobre los errores en salud

1.4.3.1 El ying y yang

Este modelo procede de la cultura oriental, cuya base se sustenta en la existencia de dos fuerzas principales que dominan el universo y que son opuestas entre sí, complementándose la una a la otra. El ying se describe como el riesgo e infortunio, y el yang como la seguridad⁶⁵.

El riesgo y la seguridad pueden dividirse en diferentes grados. Una equivalencia de esto lo encontramos en la escala continua de salud-enfermedad. Ambas fuerzas se generan y consumen de manera continua y mutua, formando un equilibrio constante y cambiante, representando un límite estrecho que los separa. Cuando uno disminuye, el otro aumenta y viceversa. Haciendo un símil con la escala de salud-enfermedad, en la mejora de la salud, se pretende que este equilibrio se vea desplazado al lado yang (seguridad).

El modelo del ying y el yang plasma la imagen de la dificultad de encontrar una sanidad sin riesgo; siempre existirá un mínimo rango de riesgo, como ocurre entre las fuerzas del ying y yang. Lo que se debe es encontrar un equilibrio en la que la balanza se dirija en el sentido del yang⁶⁵.

1.4.3.2 Seguridad del paciente en siete pasos

Modelo presentado por el sistema nacional de salud de Reino Unido, a través de la agencia nacional para la seguridad del paciente, y que describe siete pasos que mejorarían la seguridad del paciente.

Los siete pasos propuestos por este modelo son los siguientes⁶⁶: establecer una base sólida para una adecuada cultura de seguridad, centrarse en la importancia de la consecución de cuidados en la gestión de riesgos, fomentar una comunicación continua y efectiva, involucrar y comunicarse con pacientes y público, aprendizaje dinámico en lecciones de seguridad, implementar soluciones para prevenir daños y el liderazgo del equipo multidisciplinar.

1.4.3.3 Cambio medioambiental

Del cambio medioambiental, que ha logrado concienciar a la población alrededor del mundo, en aspectos tan valiosos como la contaminación o el calentamiento global, podemos extraer algunos principios útiles en cuestiones como la seguridad clínica de los pacientes.

La necesidad de pensar globalmente, teniendo una visión completa de los factores que afectan a la seguridad, pero también de actuar localmente junto al paciente, fijando objetivos concretos en centros y servicios. La obligada alineación de agendas locales, nacionales e internacionales en relación con las acciones de mejora. La aplicación del

llamado principio de precaución, que intenta aproximar la incertidumbre científica y la necesidad de información a la decisión de iniciar acciones para prevenir el daño. Actuar de acuerdo a los principios de sensatez, sostenibilidad y perseverancia⁶⁷.

En general, los errores asociados a la asistencia sanitaria son frecuentes. Aunque se acepta que no podemos eliminar completamente el error humano inherente a la asistencia sanitaria, si podemos cuantificar mejor este problema para diseñar sistemas más seguros, mitigar su frecuencia, mejorar su visibilidad y disminuir las consecuencias⁶⁸.

1.5 Consecuencias eventos adversos

1.5.1 Primeras víctimas y comunicación de errores a pacientes y familiares

Las consecuencias derivadas de los eventos adversos o errores son generalmente leves, aunque un porcentaje variable pueden llegar a ser permanentes o graves, e incluso derivar en la muerte del paciente⁶⁹.

Según el enfoque en el que se observe el daño causado podemos clasificar a los afectados en diferentes categorías: Primeras, segundas y terceras víctimas⁷⁰.

1.5.1.1 Primeras víctimas

Cuando ocurren los eventos adversos, el paciente, sus familiares, así como a sus amigos cercanos son los primeros afectados (primeras víctimas).

Ante la ocurrencia de estos incidentes, debemos abordar la situación desde diferentes enfoques. Los expertos recomiendan las siguientes pautas de actuación⁷⁰:

Desde un punto de vista clínico, es importante subsanar el daño o lesión producida y vigilar que no se produzca nuevos daños, ofrecer cuidados apropiados a la situación actual del paciente y hacer seguimiento exhaustivo de la situación. Por otro lado, desde la perspectiva emocional se recalcaría la importancia de la empatía, la escucha activa, el respeto y apoyo emocional y desde la comunicación, se debe ofrecer una información completa, honesta veraz y de fácil comprensión desde el primer momento, así como proporcionar disculpas sinceras ante lo ocurrido.

1.5.1.2 Cómo comunicar errores a paciente y familiares

El objetivo final de cualquier atención sanitaria para el paciente es mejorar su calidad de vida o la reducción de su sufrimiento, por ello, cuando ocurre en este contexto algún evento adverso la relación con el profesional sanitario puede verse alterada. El evento adverso supone una situación inesperada y dolorosa que provoca frustración para el paciente y familiares cercanos⁷¹.

La investigación enfocada a determinar la etiología e impacto de los eventos adversos sigue creciendo. Sin embargo, la dirigida a cómo y quién debe comunicar los eventos adversos a los pacientes y/o sus familiares está ganando terreno en importancia.

El "open disclosure" consisten en ofrecer una información completa, honesta veraz y de fácil comprensión a los pacientes y familiares sobre las circunstancias del evento adverso⁷².

Esta práctica es reconocida por todas las organizaciones que están involucradas en la seguridad del paciente como un pilar clave para el adecuado manejo de los incidentes o eventos adversos que se ocasionan en la sanidad, siendo un requisito contemplado en el código deontológico de las profesiones sanitarias, y una obligación legal, así como un derecho irrenunciable de los pacientes⁷³.

Los pacientes y familiares tienen derecho a estar informados sobre qué ocurre en lo relativo a su salud, pudiendo solicitar desde la razón posible por la que se ha producido el incidente y sus consecuencias, hasta las medidas que se han tomado para intentar atenuarlo y evitar su repetición⁷⁴.

Cualquier tipo de información ofrecida a las primeras víctimas es importante que sea conceptualizada como un esfuerzo coordinado entre el equipo multidisciplinar, apoyado ética y legalmente por la institución sanitaria en la que ha tenido lugar el evento⁷⁵.

Los profesionales deben estar entrenados para las diversas atmósferas en las que puedan verse envueltos tras la transmisión de la información a la primera víctima; temor, incomodidad, ansiedad e incluso pérdida de confianza en la relación asistencial por parte del paciente, estos aspectos son importante tenerlos presentes a la hora de crear la estrategia de comunicación. Las pautas para comunicar un evento adverso de forma idónea a las primeras víctimas, sumándole el aprendizaje de lo ocurrido para prevenir futuros eventos adversos con similares características, es uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta el mundo sanitario⁷⁶.

Además de la importancia del open disclosure, existe amplio consenso en el valor de transmitir a la primera víctima una disculpa, siendo conscientes, que para nada se trata de una confesión, y aunque la disculpa no suponga necesariamente "arreglar" la situación, puede procurar a los pacientes y familiares, fuerza y valía en un momento donde se encuentran particularmente frágiles e impotentes⁷⁷.

1.5.1.3 El proceso de comunicación del evento adverso grave

➤ Quién debe comunicar

Múltiples factores pueden intervenir en esta decisión, entre ellos, la gravedad de las consecuencias del evento adverso sobre el paciente, las condiciones emocionales en las

que se encuentre el trabajador que se haya visto implicado directamente en el incidente, repercusiones mediáticas etc⁷¹.

Se aconseja que participe un solo interlocutor durante todo el proceso de comunicación. En casos de eventos adversos leves, se considera adecuado que la información sea facilitada y se disculpe el propio sanitario implicado. Cuando el evento adverso ha sido grave, se recomienda que esta acción la lleve a cabo el médico responsable y en los casos de fuertes repercusiones mediáticas, se estima necesaria la participación directa de un encargado de la organización¹¹. En cualquier caso, es preferente limitar el número de profesionales para que las primeras víctimas no se sientan intimidadas⁷⁷.

➤ ¿A quién se debe comunicar?

Como en cualquier acto de información en salud, debe ser el propio paciente el receptor principal de la misma, si está incapacitado o no presenta las condiciones necesarias para entender y recibir la misma, se procederá a transmitir la información a algún familiar autorizado o a su representante legal, dejando registrado en todo momento cuáles son las decisiones que se han puesto en práctica⁷⁶.

➤ ¿Cuándo y dónde realizar la comunicación?

La información se ofrecerá lo más inmediata y cercana posible en el tiempo al suceso, en las primeras 24 horas debe haberse ejecutado este paso, sin olvidar que es importante no precipitarse y ha de encontrarse el momento oportuno en la que la primera víctima esté en condiciones de entender y asumir la información dada. En el primer acercamiento se darán datos sobre el daño, el pronóstico y las actuaciones clínicas que se van a llevar a cabo. En una segunda instancia y tras el análisis causa raíz, con los datos que se obtengan del propio análisis, se podrá ampliar la información posteriormente. Es importante que la información sea clara, honesta y ordenada, con un lenguaje corporal acorde al mensaje verbal. Se llevará a cabo mediante entrevista personal y para mejorar las condiciones se escogerá un lugar libre de ruidos, cómodo, con privacidad, para respetar la confidencialidad, es importante evitar cualquier interrupción de teléfonos u otros dispositivos⁷⁸.

En Europa, no disponemos de estudios amplios que valoren la verdadera participación que existe sobre la información de los incidentes y eventos adversos que se producen en las organizaciones sanitarias, ni cuáles son los procesos que se siguen para llevar a cabo esta transmisión de información, ni sus consecuencias a nivel práctico; a pesar de la existencia de múltiples recomendaciones dentro de los países europeos y las propias instituciones europeas que abogan por su importancia. Desafortunadamente, la información de errores continúa siendo una práctica escasa en la atención sanitaria⁷⁷.

Por esta razón a nivel europeo, se ha visto necesario la creación de una herramienta normativa que brinde protección a los profesionales sanitarios, para que la transmisión de información y disculpas a las primeras víctimas no jueguen en contra de estos a nivel legal, preservando de esta forma la relación médico paciente⁷⁹.

En España, en el año 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con expertos en la materia, señalaron entre las causas principales de la baja comunicación de errores: la deficiente cultura sobre el reconocimiento del error, el miedo de las consecuencias legales, el miedo a la inhabilitación para ejercer la profesión entre otras causas⁴⁰.

Para paliar estos factores y potenciar su práctica en España, salieron a la luz dos estrategias: una en el 2006 con la firma de la "Declaración de profesionales por la seguridad del paciente", y otra en el 2007 con la "Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el SNS". En la primera de ellas se pedía un compromiso de los profesionales para mejorar las tasas de comunicación y disculpa a las primeras víctimas, y en la segunda hacer partícipes a los pacientes del proceso⁵⁰.

En 2010, el Plan de Calidad para el SNS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010) estableció como objetivo la "Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes", anidada en la estrategia 8 "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS" de este mismo plan.

En la Comunidad de Madrid, la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, incluye en su objetivo estratégico 4,4 "Promover la información al paciente, familiares o personas cuidadoras tras un evento adverso grave", con dos actuaciones concretas: la elaboración de una guía y su difusión e implantación^{40,80}.

1.5.1.4 Marco normativo

Los códigos deontológicos de las diferentes categorías sanitarias ponen de manifiesto el compromiso de informar sobre los errores cometidos durante la práctica asistencial, más aún si caben, los que derivan en lesiones o daños importantes en los pacientes. A pesar de ello, la ocultación metódica de los errores detectados ha sido hasta hace pocos años la práctica normal de todos los sistemas sanitarios alrededor del mundo⁸¹.

En algunos ámbitos, como en EE. UU., diversas organizaciones han establecido la obligación de informar sobre los errores a los pacientes o familiares, existiendo países que disponen de legislación al respecto (apology laws) estas leyes protegen a los sanitarios ante la comunicación y disculpa tras los eventos adversos.

Este sistema, aunque pretende incentivar el proceso de información abierto y honesto, no está exento de puntos débiles, además de no ser consideradas por los profesionales como leyes suficientemente eficaces⁸².

En España, no se poseen leyes específicas sobre la obligatoriedad de comunicar los eventos adversos. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es la única genérica que se acerca a este fin. Las bases éticas y jurídicas en las que se sustenta son: el respeto a la autonomía del paciente, el derecho a la información, el derecho a participar en la toma de decisiones, la responsabilidad profesional y la obligación hacia la organización sanitaria⁸³.

Existen diversos beneficios por parte del paciente y el profesional en desvelar los errores:

Al paciente de esta forma, se le permite participar de forma activa en el proceso de búsqueda de soluciones, compensar las pérdidas de manera consciente y responsable, así como mejorar la relación asistencial, para el profesional existiría una reducción del estrés y del sentimiento de culpabilidad, existiría una mejora en la relación asistencial entre paciente y profesional, disminuiría las tasas de reclamaciones, mejoraría la situación en caso de enfrentarse a un juicio para el profesional, además de permitir aprender de los errores y aceptar la responsabilidad⁸².

Para poder disfrutar de estos beneficios se hace esencial experimentar un cambio de perspectiva hacia la cultura de la responsabilidad frente al de la culpa⁸⁴.

El desarrollo de sistemas extrajudiciales de resolución de conflictos, derivados de eventos adverso-sancionables o indemnizables podría de algún modo, encaminarnos hacia la normalización de la información de eventos adversos.

Proyectos como el "3R", que ha tomado lugar en una de las más importantes aseguradoras de Colorado (EEUU), fomenta la divulgación de los errores, previendo indemnizaciones, sugiere que los conflictos pueden resolverse de forma más favorable de esta manera, que si se hacen a través de un litigio tradicional⁸⁵. La generalización de estas prácticas es hoy en día dudosa, ya que se estima que estos resultados pueden estar fuertemente relacionados con la cultura de seguridad existente en cada país, por lo que no podría extrapolarse a nivel general. Es por ello por lo que se necesitan implantar, estudiar y analizar estas medidas en cada país para ver su funcionamiento real.

La siguiente tabla (Tabla 2) muestra la normativa específica para la certificación en calidad y seguridad de la que se dispone^{39,86}.

Tabla 2 Certificaciones para la calidad y seguridad

Norma	Año	Ámbito
UNE-EN ISO 14001	2004	Norma Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso
UNE-EN ISO 15189	2007	Norma Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
UNE 179002	2011	Norma Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad para empresas de transporte sanitario.
UNE 179003	2013	Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente
UNE 179006	2013	Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los hospitales.
PNE 179007	2013	Servicios Sanitarios. Sistema de gestión de la calidad para laboratorios de reproducción humana asistida.
UNE 171340	2020	Norma, Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en los hospitales.

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada^(39,86)

1.5.2 Terceras víctimas y repercusiones económicas

La variabilidad clínica, la complejidad de los procesos asistenciales y el inherente grado de error asociado a cualquier actividad humana hace inevitable la aparición de eventos adversos imprevistos relacionados con la asistencia sanitaria, lo cual supone un riesgo evidente para los pacientes profesionales y las instituciones sanitarias "Terceras víctimas⁸⁷".

1.5.2.1 Terceras víctimas

El concepto de "terceras víctimas" abarca todas las instituciones sanitarias en las que ha tenido lugar un evento adverso, normalmente de gran resonancia social, lo que deriva en una afectación de la reputación de la institución⁸⁸.

Es primordial la actuación que desempeña la institución sanitaria ante la presencia de un evento adverso con graves consecuencias para el paciente, siendo básico una respuesta adecuada inmediata por parte de esta, así como de los profesionales que desempeñan su labor en ella.

Las primeras 24 horas determinan de forma habitual el tipo de respuesta que el paciente y la familia reciben; que puede implicar desde una respuesta efectiva basada en la confianza y la honestidad, hasta una respuesta improvisada marcada por la ocultación y las evasivas⁸⁸. El tipo de respuesta seleccionada está ligada con la noción y cultura de seguridad que posea la institución. Sin embargo, existen instituciones que, a pesar de apoyar un enfoque sistémico, no punitivo y con una cultura de seguridad hacia el paciente bien implantado, fracasan a la hora de gestionar un evento adverso real. Por este motivo, existe la recomendación de crear y llevar a cabo un plan de crisis que sean fáciles de aplicar, que tengan bien definidas las funciones y responsabilidades de cada profesional⁸⁹. Esto es fundamental, ya que los eventos adversos pueden aparecer en cualquier momento del día y a cualquier hora⁹⁰.

Se estima que para que un plan de crisis sea efectivo debe incluir varios elementos; un análisis de incidentes, utilizando un enfoque no punitivo, buscando la etiología que ha llevado a que se produzca el suceso y sobre todo utilizando métodos de mejora para que no vuelvan a repetirse, conjuntamente debe existir un equipo especializado para dar soporte a las primeras víctimas y segundas víctimas así como protocolos para la comunicación interna, con todos los profesionales de la institución y plan de comunicación con los medios externos (Prensa, Televisión, etc).

Se aconseja que la institución, previo a la comunicación de información en los medios de comunicación, chequee una serie de datos, que amortiguaría el daño que la misma puede sufrir como tercera víctima⁷²: uso de expertos para hacer más comprensibles los hechos, haber verificado y contrastado la información previa a su difusión, informar siguiendo un enfoque sistemático del error evitando la cultura punitiva y contar en la medida de lo posible con medios especializados en sanidad, que transmitan la información de forma objetiva, para evitar en la medida de lo posible las repercusiones económicas que producen los EA.

1.5.2.2 Las repercusiones económicas que ocasionan los eventos adversos en las instituciones sanitarias

A los daños que provocan los eventos adversos, se añaden los gastos económicos que de ellos se originan; tiempo de estancia medio en el hospital prolongado, incremento de gastos médicos, demandas judiciales etc^{90,91}.

No existen muchos estudios que hablen directamente de los gastos monetarios que ocasionan los eventos adversos para las instituciones.

En nuestro país, uno de los primeros estudios en hacer una aproximación del gasto económico que ocasionaba directamente la ausencia de seguridad del paciente, fue el de Antoñanzas Villar et al⁹² que analizaba los costes relacionados con las infecciones nosocomiales, los cuidados, los procedimientos quirúrgicos y medicación en los servicios de diferentes hospitales del SNS durante el año 2011.

Sus resultados mostraron que el coste de la falta de seguridad en los pacientes hospitalizados ascendía a 2.474 millones de euros y de 960 millones de euros en los pacientes no hospitalizados. Este estudio concluye que los costes directamente relacionados con los eventos adversos suponen el 6% del gasto de la sanidad pública.

Allué et al⁹⁰ en su estudio sobre el impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del conjunto mínimo de datos, mostró tras un estudio retrospectivo en hospitales españoles en el período de 2008-2010, un resultado similar al del estudio de Antoñanzas, Villar et al⁹², cuantificando que el coste incremental total

supone unos 88.268.906 euros, es decir un 6,7% de gasto adicional para el gasto público sanitario.

1.5.3 Segundas víctimas

1.5.3.1 Definición y consecuencias de los eventos adversos

Los riesgos que se asumen durante la asistencia sanitaria, pueden derivar en lesiones o daños al paciente, que provoca en ellos y sus familiares, miedo, dolor o sufrimiento, "Primeras víctimas^{93,94}".

Sin embargo, el impacto de un evento adverso puede extenderse más allá de las primeras víctimas; los sanitarios que se han visto envueltos en los mismos también sufren consecuencias negativas "Segundas víctimas^{95,96}".

En el siglo XVIII en Inglaterra, encontramos un claro ejemplo de segunda víctima, con el suicidio del Dr Richard Croft, tres meses después de haber atendido el parto de princesa Charllote, que falleció a consecuencia de una hemorragia postparto.

También el Dr. David Hilfiker en 1984 con su publicación en el New England Journal of Medicine "Facing our mistake⁹⁷", mostró a la sociedad, los sentimientos a los que había tenido que hacer frente tras sufrir un EA durante su práctica asistencial.

Por tanto, la existencia de las segundas víctimas no es algo novedoso, aunque sí lo es su acepción.

No fue hasta el 18 de marzo del 2000 cuando el Dr. Wu⁹⁵ ofrece la primera definición conocida para las segundas víctimas: "Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima" o según Cabilan y Marran⁹⁸ "Como los médicos, enfermeras u otros profesionales sanitarios que han cometido errores relacionados con la atención al paciente".

Estas primeras definiciones fueron ampliadas por Scott et al^{99,100}, al proponer como segunda víctima a "todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso".

Wu y Scott⁹⁵, de la universidad de Johns Hopkins y del Hospital de la Universidad de Missouri respectivamente, son en la actualidad , los referentes sobre segundas víctimas a nivel internacional ¹⁰¹, poniendo de manifiesto de forma pública y clara por primera vez, las consecuencias que sufren los profesionales sanitarios ante un evento adverso¹⁰².

¹⁰⁰ .

Estos autores además, han descrito factores que provocan una mayor susceptibilidad en el profesional para convertirse en segunda víctima, entre los factores que han nombrado

se encuentran^{99,100} que el evento adverso sea catalogado como grave, el daño fuera prevenible, que el paciente afectado haya fallecido, sea joven o que recuerde a un familiar del propio profesional, también aumenta esta susceptibilidad haber sido el único profesional involucrado en el suceso, la falta de apoyo que se recibe por parte de los compañeros de trabajo, familiares y la transcendencia mediática que ha tenido el evento adverso.

Otro aspecto importante que tratar sobre los EA, son las consecuencias que de ellos se derivan.

Las secuelas que sufren las "Segundas víctimas" son equiparables a las que sufre la población general tras un acontecimiento traumático o shock postraumático¹⁰³.

Un abanico amplio de sentimientos negativos como fatiga, frustración, angustia, miedo, enfado, culpabilidad pueden aparecer. Todos ellos pueden desembocar en alteraciones psicológicas graves: estrés, depresión incluso acabar con el suicidio^{103, 104}.

Para su mejor análisis suelen ser divididas en tres esferas principales la psicológica, física y legal^{103,105}.

Los efectos psicológicos son los más habituales, habiéndose descrito una variedad muy amplia de síntomas y manifestaciones^{106,107}: Ansiedad, bloqueo emocional, miedo, obnubilación, confusión, despersonalización, aislamiento social, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, re-experimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, inseguridad en la toma de decisiones;

Los físicos como fatiga, trastornos del sueño, taquicardia, aumento de la tensión arterial muscular, sudoración, náuseas, vómitos, cefaleas, palpitaciones, dificultad, respiratoria^{105,108, 109}.

Legales, en el ámbito profesional las consecuencias del error llevan a pérdida de reputación, disminución de prestigio ante los compañeros, desapego hacia los pacientes e incluso exigencia de responsabilidades disciplinarias, penales o civiles^{110,111}.

Cabe señalar que estas consecuencias citadas previamente, no afectan de forma homogénea a hombres y mujeres. Los estudios¹¹² señalan que este último colectivo es el más vulnerable. Mientras que en las mujeres surgen con más frecuencia sentimientos de frustración, dificultades de concentración y tristeza, en los hombres lo más habitual es la insatisfacción laboral, ira y frustración, pero en grado más leve que el objetivado en las mujeres¹¹².

La siguiente cuestión para resolver sería ¿Cuánto tiempo puede durar en el profesional sanitario estas consecuencias negativas? La bibliografía¹¹¹ indica que los sentimientos y

vivencias del profesional involucrado en un incidente o evento adverso pueden mantenerse por un tiempo prolongado.

Scott et al⁹⁹ dibuja una secuencia de evolución, que se puede agrupar en seis fases o etapas.

- Primera fase-Caos y respuesta inicial al accidente: La confusión y las emociones desbordadas son las que prevalecen en los primeros momentos de conciencia tras el evento adverso. El/os profesional/es se hacen dos cuestiones principales; qué ha pasado y por qué.
- Segunda fase-Pensamientos de culpa: Reconstrucción y reevaluación obsesiva del escenario y de lo sucedido, se imponen sentimientos de incompetencia profesional y hay tendencia al aislamiento.
- Tercera fase-Restauración de la integridad personal: Los sentimientos de miedo invaden al profesional implicado, ante los posibles rumores que puedan circular. El nerviosismo por la aceptación social y laboral forman parte en esta fase.
- Cuarta fase-Persistiendo en el proceso: En esta cuarta fase, el profesional se enfrenta con la realidad de tener que dar las primeras respuestas a la institución y a las primeras víctimas (pacientes y familiares) de lo sucedido; nace entonces el miedo ante las repercusiones judiciales y la pérdida del empleo.
- Quinta fase-Consiguiendo apoyo emocional: El profesional se percata de la necesidad de ayuda y busca en compañeros, amigos y familiares el apoyo que necesita para enfrentarse a la situación.
- Sexta fase-Siguiendo hacia adelante: Toma de una decisión, el profesional busca soluciones, pudiendo darse tres situaciones posibles:
 - Abandono: Continúa en un bucle de sentimientos negativos, que le impiden avanzar, lo que lleva al profesional a la necesidad de cambiar de unidad o en casos graves a retirarse de la profesión.
 - Supervivencia: El profesional aprende a convivir con los sentimientos de las etapas anteriores, los mismos se vuelven menos intensos, lo que le permite seguir realizando sus labores profesionales y personales.
 - Superación: El profesional deja atrás lo vivido y experimentado con el incidente o evento adverso, aprende a convivir con el pasado, saca aprendizaje de lo ocurrido y encuentra un equilibrio que le permite continuar con su vida y metas personales y profesionales.

Por esta razón, parece esencial adoptar un buen manejo de las segundas víctimas desde los momentos iniciales, para conseguir que en la fase seis no abandonen la profesión las segundas víctimas, sino que puedan superar el EA¹¹³.

Responder de forma adecuada sigue siendo actualmente un desafío para cualquier organización sanitaria; pero los riesgos de no hacerlo son elevados (aumento de demandas, debilitación del liderazgo de los equipos directivos, pérdida de confianza en la organización, desprestigio profesional y deterioro de la imagen corporativa). El manejo de la atención de las segundas víctimas debe realizarse desde distintos niveles en cada organización sanitaria.

Se distinguen hasta seis niveles de actuación, pueden consultarse en la Ilustración 3.

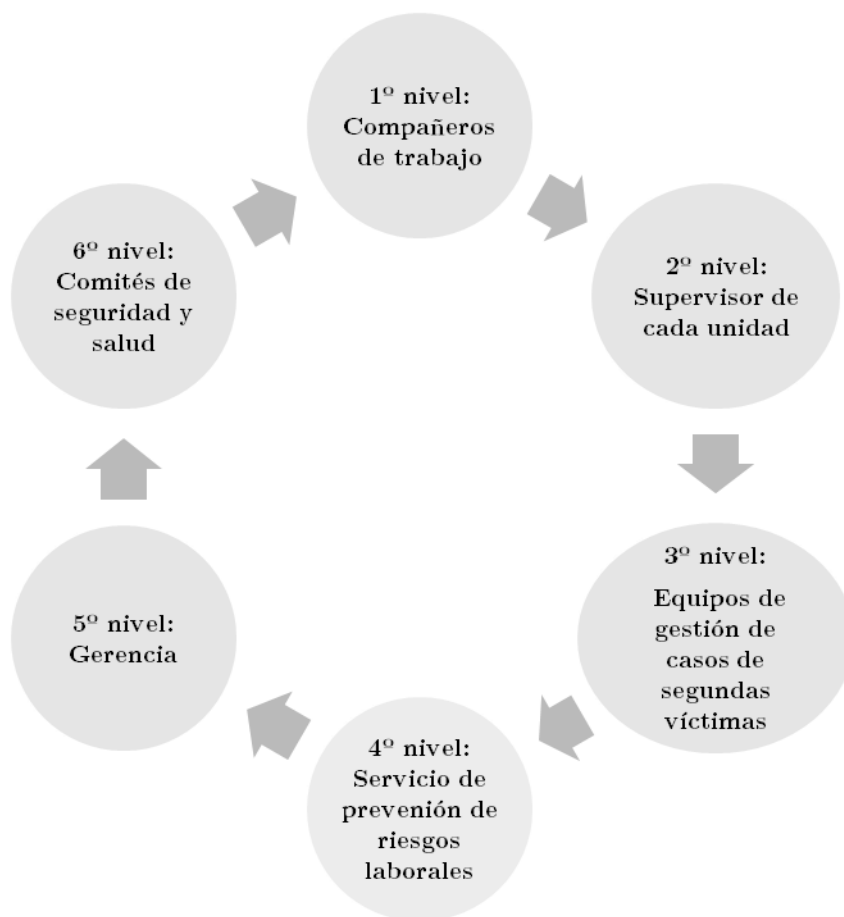


Ilustración 3 Niveles de actuación ante un EA ⁽¹¹³⁾

Para profundizar en el manejo y trato de las segundas víctimas, en 2007 Denham C¹¹⁴, formula el acrónimo TRUST^{115,116} en español (Confiar), que resume en cinco aspectos las necesidades principales de las segundas víctimas:

- Trato justo: Descartar los prejuicios iniciales contra los profesionales. Ser conscientes y aplicar un enfoque sistémico del error, modelo de Reason.
- Respeto: Todos los profesionales somos potenciales segundas víctimas. Se debe mostrar respeto y apoyo a los compañeros.
- Comprensión y compasión: Es fundamental dar tiempo al proceso de sanación del profesional sanitario, se necesita comprender las etapas emocionales más frecuentes con las que se enfrentan las segundas víctimas.
- Soporte: Dar apoyo psicológico o de cualquier otro tipo que precisen los profesionales, con el mismo rigor que se daría a cualquier otro paciente.
- Transparencia y oportunidad de mejora: Obtener un aprendizaje de lo ocurrido es la meta final, desde el enfoque de una cultura no punitiva.

El conocimiento profundo de qué es, cómo se siente, las etapas por las que pasan las segundas víctimas permitirán a las instituciones sanitarias crear programas específicos útiles para abordar este fenómeno.

1.5.3.2 Programas de apoyo a las segundas víctimas

Todas las organizaciones sanitarias deben disponer de un protocolo o estrategia de actuación para dar soporte a las segundas víctimas. Estos programas deben poder activarse desde el minuto cero en el que ocurre el incidente o evento adverso y dar apoyo a las víctimas a corto y largo plazo. Es importante que los profesionales de las instituciones sanitarias tengan conocimiento de la existencia de estos protocolos o estrategias para que puedan hacer uso de éstos cuando sea necesario. Muchas de las instituciones disponen de unidades funcionales de Gestión de riesgos que pueden ser las encargadas de activar estos protocolos ante el suceso^{117,118}.

Estas unidades, deben estar a mando de profesionales formados específicamente en el ámbito de la seguridad del paciente, que puedan ayudar a detectar signos y síntomas precoces de afectación emocional postraumática en los profesionales, así como de medios suficientes para poder llevar a cabo sus funciones.

Estos programas de apoyo a la segunda víctima deben proporcionar la máxima disponibilidad y continuidad los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día^{119,120}.

Los primeros programas destinados al apoyo de segundas víctimas y gestión de eventos adversos se desarrollan en Estados Unidos, siendo actualmente éste el país que muestra más evidencia y experiencia en este ámbito, siendo el modelo de referencia a nivel mundial para el desarrollo de nuevos programas. Algunas de sus estrategias más destacadas son:

- Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)¹²¹.

Fundado en 2002, a raíz de las experiencias de una paciente que había sufrido un evento adverso y quedó impactada por las consecuencias que no sólo en ella sino en los profesionales había causado tal evento. MITSS pertenece a una organización no gubernamental, se cataloga como centro de referencia a nivel internacional, y ofrece sus conocimientos y recursos a las instituciones que lo soliciten¹²¹. Además, ha promovido el desarrollo de diversos recursos, como el Toolkit, uno de los más visitados, y que posee diez módulos con las claves básicas para crear un programa de apoyo a las segundas víctimas.

- Institute for Health Improvement (IHI)¹²².

Organización no gubernamental, asociada a la Universidad de Cambridge, cuyo cometido se centra en fundar e incentivar modelos o estrategias para mejorar la relación paciente-profesional, diseñar estrategias y protocolos más efectivos y eficaces¹²². Han publicado numerosos materiales que se enfocan en el abordaje de las segundas víctimas¹²².

En relación con los centros hospitalarios, se han efectuado estrategias para el soporte y apoyo a las segundas víctimas.

El Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC) es una de las organizaciones de referencia en programas de intervención. En 2007, liderado por la doctora Susan Scott, se impulsó uno de los programas más sólidos de apoyo y gestión a las segundas víctimas denominado ForYOU^{87,123}.

ForYOU es un programa que se hace eco de las etapas por las que pasan las segundas víctimas en su transición hacia la recuperación emocional, 6 etapas⁷⁰:

1. Caos y Respuesta al evento adverso
2. Pensamientos intrusivos
3. Restaurar la integridad personal
4. Soportando la evaluación
5. Obtención de primeros auxilios emocionales
6. Ir hacia delante: Abandonando, sobreviviendo (ajuste con afectación) y prosperando (resolución de la crisis).

Se estructura de tal manera que provee respuestas proporcionales a las necesidades emocionales de los profesionales según la etapa en la que estén con el fin de facilitar los primeros soportes psicológicos que necesitan^{101,124}.

Para esta tarea, se forma a voluntarios con información detallada en el manejo de segundas víctimas a través de seminarios de unas 20 horas, para garantizar que apliquen un buen soporte a las segundas víctimas en sus unidades de trabajo¹²⁴. El objetivo final del equipo ForYOU es permitir a los profesionales recuperar el estado de rendimiento previo al evento adverso.

Se sustenta en tres niveles de apoyo:

Nivel 1. Apoyo local: Lo proporcionan los propios compañeros de trabajo en los momentos inmediatos al evento adverso. Se basa principalmente en reducir el impacto inicial ofreciendo apoyo y consuelo con un análisis constructivo.

Nivel 2. Apoyo individual por pares: Entran en juego los compañeros, agentes de salud pública o gestores que poseen, tras la formación específica ofrecida y que han sido entrenados, las herramientas necesarias para tratar a las segundas víctimas; es un apoyo directo con el profesional que ha estado implicado, que se basa en la confidencialidad y que puede desarrollarse además en sesiones grupales según las necesidades encontradas en la segunda víctima. Es un nivel de apoyo importante, subrayado como pilar fundamental en la disminución de la tasa de sufrimiento de estos profesionales.

Nivel 3. Apoyo especializado: Se pasa a este nivel cuando el profesional se encuentra en un bucle en el que los síntomas no terminan de remitir y continúa reviviendo la situación una y otra vez, tras haber trascurrido un tiempo prudencial de recuperación.

En la actualidad, el programa ForYOU no es la única red de apoyo con la que se cuenta, existen otros programas de parecidas características:

En 2012 fue creado el programa Resilience in stressful events (RISE)¹²⁵ en el hospital Johns Hopkins, hospital universitario en Baltimore, Maryland, en Estados Unidos liderado por el doctor A. Wu, referente y pionero en el soporte a las segundas víctimas

La meta final que busca este programa es brindar soporte inmediato a las segundas víctimas tras un evento adverso o incidente con un alto nivel de estrés para el profesional, siguiendo una dinámica similar al programa ForYOU¹²⁴. Se imparte formación específica a los profesionales que quieren configurar el equipo de apoyo, llamado "Peer support", que son los encargados de dar una rápida respuesta y hacer un seguimiento apropiado a cada profesional.

España presenta una escasez importante de estudios y programas dirigidos a las segundas víctimas.

En 2015 se creó el grupo más importante de nuestro país el grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas^{73,78}, formado por profesionales sanitarios y académicos de

universidades de 8 comunidades autónomas diferentes (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco).

El grupo de investigación de este proyecto coordinado, liderado desde Departamento de Salud Alicante - Sant Joan y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, integra a médicos de distintas especialidades, psicólogos y enfermeros, con perfiles y experiencias profesionales bien distintas en hospitales y atención primaria.

Es un proyecto que fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER (referencias PI13/0473 y PI13/01220), por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (referencia FISABIO/2014/B/006) y por la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Generalitat Valenciana (ayuda complementaria, referencia ACOMP/2015/002). Su propósito final es dar una respuesta global a la problemática de las segundas y terceras víctimas^{78,126}.

Como resultado del trabajo del grupo de investigación en segundas y terceras víctimas emergieron diversos artículos con claves para tratar diversos aspectos sobre el manejo de la seguridad del paciente¹³⁵, además de la herramienta BACRA v1.2, que es una aplicación web basada en el análisis causa raíz y el análisis modal de fallos y efectos, que sirve de apoyo a los mandos intermedios de las instituciones para mejorar la gestión de los incidentes y eventos adversos y la app Safety agenda Mobile App. Todas estas herramientas y recursos son de acceso libre y gratuito¹²⁷.

1.5.3.3 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Los sistemas de notificación son herramientas estructuradas que facilitan el registro y clasificación de los incidentes o eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente dentro de la institución sanitaria¹²⁸.

La OMS y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, propusieron a este respecto, la elaboración de sistemas de notificación y aprendizaje, para facilitar el análisis de las causas que originaban los errores y de esta forma lograr prevenirlos^{129,130}.

España tomó en consideración las recomendaciones ofrecidas por estos dos organismos y en el año 2005, creó gracias a un grupo de expertos, el documento "Estrategia en Seguridad del Paciente", que promovió los sistemas de comunicación y análisis de incidentes⁶⁶.

El Plan Nacional de Calidad, incluyó la estrategia número 8, cuyo fundamento se basaba en la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros Sanitarios del SNS, para lo cual propusieron, diseñar y establecer un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente¹³¹. Este objetivo se

materializó con el diseño, desarrollo e implantación del "Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente" (SiNASP).

SiNASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el SNS¹⁵⁶. Su funcionamiento y capacidad de mejora, está sujeto a la participación, tiempo y esfuerzo que empleen los profesionales sanitarios en identificar y notificar los incidentes que tienen lugar durante la práctica asistencial; ha sido específicamente desarrollado para dar respuesta a las necesidades del SNS¹³².

Su desarrollo se inició en el año 2007, y tras su finalización dos años más tarde, las comunidades autónomas fueron adhiriéndose de forma progresiva. Canarias lo implantó en 2013, y ya en de 2014, el sistema estaba instaurado en más de 55 hospitales de 8 Comunidades Autónomas: Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra. A partir de 2014, se amplió su uso a los centros de Atención Primaria^{133,134}.

Para la implantación de esta herramienta se precisa tener unos requisitos previos por parte de la organización¹³⁵, dentro de la misma debe existir una preocupación por la seguridad del paciente, además se necesita dotar a todos los gerentes, profesionales asistenciales de los conocimientos y habilidades necesarias para entender, valorar y participar activamente en el proceso, asimismo se hace esencial contar con instrumentos para el análisis de los datos recogidos y hacer un seguimiento continuo sobre soluciones y conclusiones alcanzadas.

Por otro lado, es importante conocer que el SiNASP es una aplicación Web, compuesta de dos secciones, una pública y otra privada.

La primera de ellas posee el cuestionario de notificación propiamente dicho. Se trata de un cuestionario estructurado en diferentes apartados: Incidente, Paciente, Factores contribuyentes, y Medidas de reducción de riesgo, es importante tener en cuenta que sólo los profesionales de los Centros dados de alta pueden acceder a él¹³⁶.

El SiNASP diferencia dos cuestionarios de notificación: uno enfocado para hospitales y otro para centros de atención primaria. Sin embargo, la estructura general del cuestionario de notificación como el funcionamiento del sistema es común para ambos y es por ello que la guía del notificante está orientada a los profesionales de todo tipo de centros⁴⁶.

El objetivo o finalidad de los sistemas de notificación, no se basa en identificar o sancionar a los miembros del equipo implicados en el evento adverso, sino en obtener avances en la mejora de la seguridad del paciente, con el aprendizaje, valoración y

análisis de los incidentes o eventos adversos ocurridos en la práctica asistencial a través de un equipo de profesionales expertos¹³⁷. Los resultados se analizan localmente, pero se transmiten a niveles superiores, con el fin de que los mismos y las medidas asociadas puedan ser implementados en otros centros de características similares⁴⁶.

Los principios que rigen el sistema de notificación de incidentes son principalmente cinco^{138,139}:

La voluntariedad por parte de los profesionales, es un principio esencial, la no punibilidad, ya que el objetivo de los sistemas de notificación radica en el aprendizaje, en ningún caso lo será la conducta de búsqueda de culpabilidad ni sanción, por este motivo, este sistema y la información que recoja está totalmente separado de cualquier sistema de sanciones, tanto a nivel de centro sanitario como fuera de éste; otro factor clave es la confidencialidad, sólo tendrán acceso a la misma los profesionales implicados, no se dará ni permitirá el acceso a dicha información a terceras personas ni a ningún organismo exterior¹⁴⁰.

La notificación puede ser anónima (no se identifica al notificante) o nominativa (el notificante indica su nombre), esta última variedad permitirá comentar directamente con los implicados aspectos que no queden claros y que sean importantes para el análisis causa raíz, sin invadir la confidencialidad del mismo ya que el sistema está diseñado para eliminar los datos relativos a la identidad del notificante de forma automática en un periodo de quince días.

Los datos que se eliminan automáticamente son: Fecha y hora en que ocurrió el incidente, nombre y dirección de email del notificante y categorías profesionales de las personas implicadas.

En definitiva, la recopilación de datos debe ser lo más completa posible y objetiva, evitando comentarios que contengan juicios de valor, deberá quedar constancia de todas las comunicaciones que tengan lugar con el paciente y la familia, añadiendo la fecha, la hora, las personas que estuvieron involucradas, el contenido de la conversación, la reacción del paciente y el nivel de comprensión resultante¹³².

En la cumplimentación del registro deben tomar parte principalmente los profesionales encargados del cuidado directo del paciente; esto nos permitirá en caso de producirse un incidente o evento adverso tener una secuencia lo más cercana posible de lo ocurrido, para el análisis y posible descubrimiento de la etiología del evento adverso, además de poder ser usado como método de aprendizaje, y como prueba en caso de que se llevaran a cabo acciones legales¹²⁸. Para prevenir posibles confusiones o comunicaciones contradictorias tras el incidente, tendrán acceso a la documentación los profesionales relacionados con el caso^{141,142}.

1.5.3.4 Primeras, Segundas y terceras víctimas en el Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil de Gran Canaria

En abril del 2018, el coordinador del área de Gestión de la calidad y Atención al Usuario del Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil de las Palmas de Gran Canaria (CHUIMI), el Dr. Carlos Jorge Mora Lourido, contacta con el Dr. José Joaquín Mira Soves, doctor en Psicología Clínica por la Universidad de Elche, referente del Ministerio de Sanidad en la estrategia de las Segundas y Terceras Víctimas, para barajar la posibilidad de iniciar un protocolo de actuación sobre primeras y segundas víctimas en el CHUIMI.

En julio de 2018, se proponen estrategias y talleres sobre la seguridad del paciente para el personal del complejo, como método de acercamiento a este fenómeno.

Las propuestas culminan con la celebración durante tres días de unas jornadas intensivas sobre la seguridad del paciente.

El 21 de noviembre del 2018 se celebra la conferencia "Segundas y Terceras Víctimas" en el Salón de actos del Hospital Insular Materno infantil, esta conferencia fue impartida por el Dr. Carlos Jorge Mora Lourida.

Al día siguiente, durante 6 horas toma lugar la ponencia sobre "Estrategia Segunda y Tercera Víctimas" XI Reunión de la Asociación Canaria de Calidad Asistencial – ACCA, en el salón de actos de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria (Anexo I).

Estas jornadas finalizan el 23 de noviembre con un taller / curso de "Segundas y Terceras víctimas".

En el 2019 las actuaciones continuaron y se intensificaron teniendo lugar, el 3 de abril un taller en la Gerencia de Atención primaria, concretamente en el centro de canalejas que duró 5 horas de 9:00- 14:00; ese mismo día a las 19:00 horas se celebra una Conferencia en el Colegio de Médicos de Las Palmas y el 4 de abril de 9:00 a 14:00 se imparte un taller en el Hospital Insular de Gran Canaria. Todas las jornadas impartidas en 2019, contaron con la presencia del Dr. José Joaquín Mira Soves, como ponente.

El 23 de mayo del 2019, se reúnen por primera vez el grupo de trabajo de segundas y terceras víctimas del CHUIMI, conformado por un total de 18 profesionales: 10 profesionales pertenecientes a la categoría médica, 7 de la categoría enfermera y 1 profesional no sanitario del servicio de asesoría Jurídica del CHUIMI

La reunión tuvo lugar en el aula de la planta 7ª del edificio anexo al Hospital Universitario de Gran Canaria, los objetivos se enfocaron principalmente en sentar las

bases para la creación de un protocolo de segundas víctimas que se extendiera a todos los servicios y un documento de atención al paciente víctima de un evento adverso.

Tras numerosos esfuerzos por parte del equipo de trabajo del CHUIMI el 20 de noviembre de 2019 de 10:00 a 11:30 horas, se efectúa la presentación del Plan de acción ante segundas víctimas del CHUIMI con gran aceptación y asistencia por parte de los profesionales del complejo.

El 21 de noviembre, se continúa con las jornadas de desarrollo del equipo de segundas y terceras víctimas del CHUIMI, a través de un Curso Intensivo.

En 2020 en el mes de abril el CHUIMI dispone de un protocolo oficial sobre primeras y segundas víctimas, que es expuesto en todos los servicios del complejo para su visualización y activación en caso necesario. Anexo II (Protocolo primera víctima) y Anexo III (Protocolo segundas víctimas).

1.5.3.5 Segundas víctimas en obstetricia

Generalmente, las consecuencias derivadas de los errores en los pacientes suelen ser leves, pero un porcentaje de estos puede ocasionar daños permanentes y graves, e incluso derivar en la muerte del paciente¹⁴³. Esto es especialmente preocupante cuando hablamos de atención obstétrica maternal¹⁴⁴, ya que es un área asistencial sanitaria muy sensible.

Entre la población general, existe la percepción de que el embarazo, el parto y el postparto siempre son fisiológicos, siendo la perspectiva de perfección mayor que en otros servicios; a menudo se considera que el parto debe ser un momento alegre de la vida, en el que no cabe la existencia de error, pero evidentemente esto no es así^{145,146}.

El equipo sanitario del área obstétrica es consciente de que se trata de un arte imperfecto, donde los incidentes o eventos adversos no están exentos de ocurrir^{147,148}.

En Estados Unidos, aproximadamente, unas 700 mujeres al año mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o parto, además de producirse más de un millón de pérdidas fetales anuales, siendo los tocólogos y matronas los que de forma habitual atienden a mujeres y familias durante tales eventos¹⁴⁵.

La Joint Commission¹⁴⁹ define los eventos centinelas como eventos adversos no relacionado con la evolución normal de una enfermedad o condición previa que tiene el paciente. Estos eventos pueden producir daño temporal o permanente, incluso la muerte del mismo.

Dentro del ámbito de la obstetricia se catalogan como eventos centinelas; a la morbilidad materna severa que resulte en daño permanente o daño temporal severos, la muerte intraparto materna, muerte inesperada de neonato a término, error en la

identificación del neonato con la familia verdadera, cirugía en zona incorrecta, reacción adversa a la transfusión sanguínea, hiperbilirrubinemia severa, el secuestro y la violación.

Por su parte, en 2011, la National Quality Forum^{150,151}, expone su lista de eventos adversos serios reportables entre los que se encuentra, la muerte materna o serios daños asociados al embarazo o parto en una mujer de bajo riesgo cuando se encuentra en un centro sanitario, muerte o serios daños al neonato asociado al embarazo o parto en mujer de bajo riesgo y la inseminación artificial con un óvulo o espermatozoides erróneos.

Los profesionales de esta especialidad, matronas y médicos obstetras, están sujetos a altos niveles de tensión y stress y son muy susceptibles a convertirse en segundas víctimas tras haber estado involucrados en un evento adverso como puede ser un parto traumático, una muerte materno-fetal o un error médico relacionado con la atención perinatal^{152,153}.

Un porcentaje elevado de matronas y obstetras experimentarán eventos obstétricos graves en su desarrollo profesional que pueden afectarles, a veces gravemente^{152,153}.

Existen países que reportan estudios sobre segundas víctimas entre los profesionales del área de la obstetricia; estudios como el llevado a cabo en 2016, en el departamento de Servicios para la Mujer en el Hospital de la Universidad George Washington, con una muestra total de 105 profesionales, que incluía a obstetras, matronas, anestesistas, enfermeras, celadores, residentes, y que mostraba que la categoría profesional que más síntomas de segundas víctimas manifestaba eran las categorías de matronas y residentes. Este estudio señalaba además que estos síntomas se intensificaban cuando el profesional trataba con el duelo y dolor por la pérdida del recién nacido, especialmente si había jugado un papel directo en el parto o nacimiento del recién nacido^{145,154}.

Tan y chen del 2018¹⁵⁵, visualiza en su estudio la asociación entre las experiencias de litigios por mala praxis y el bienestar de los médicos. De los 1.206 médicos que completan la encuesta, determinó que los efectos fueron especialmente fuertes entre los médicos especializados en obstetricia y ginecología y cirugía.

En Reino Unido de una muestra de 421 matronas, el 33% manifestó sentimientos de horror, miedo, impotencia, el 35% consideró seriamente dejar la profesión y el 10% informó la necesidad de tomarse un tiempo lejos de la unidad tras el evento adverso¹⁵⁶.

Leinweber et al¹⁵¹ llevaron a cabo una encuesta en el colegio Australiano de Matronas usando la lista de eventos traumáticos de los cuidados perinatales. De una muestra total de 687 matronas, aquellas que habían experimentado un parto traumático, tuvieron dos veces más sentimientos de culpa, y cuatro veces más reacciones de horror que aquellas que habían experimentado un EA leve¹⁵¹.

Estudios internacionales recientes, informan que las altas tasas de eventos adversos siguen ocurriendo en las salas de parto de todo el mundo.

En 2021 un estudio llevado a cabo en Suecia identifica qué, de un total de 311 registros de partos revisados, un 12,2% presentó uno o más eventos adversos. De ellos, el 73,7% se consideraron evitables¹⁵⁷. Las laceraciones de tercer o cuarto grado y la distensión de la vejiga urinaria fueron las más frecuentes junto con los acontecimientos adversos relacionados con la anestesia. No se encontró ningún daño permanente para el paciente, pero más de dos tercios de los eventos adversos fueron evaluados como prevenibles, lo cual resulta alarmante. De entre los profesionales involucrados directamente en el evento adverso se notificó el abandono de la profesión en el 0,3%¹⁵⁷.

El estudio de Huner et al¹⁵⁸ de 2022, estudio retrospectivo llevado a cabo en un hospital Universitario Alemán de nivel 1, visualiza que el fenómeno de segundas víctimas dentro de la obstetricia continúa existiendo.

De un total de 2865 nacimientos, se contabilizaron eventos adversos en 659 partos, el 23%. Tras un análisis detallado de los mismos, 88 (13%) presentaron al menos un evento adverso prevenible. El malestar emocional de los profesionales que experimentaron el acontecimiento adverso se multiplicó por cinco¹⁵⁸.

El Consejo Noruego de Supervisión Sanitaria muestra también su preocupación por la temática y saca a la luz el artículo *Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and patient safety work: an analysis of practice*, de Johansen et al¹⁵⁹, llevado a cabo en 12 unidades de obstetricia situadas en los diferentes hospitales noruegos.

Se analizaron un total de 17.323 nacimientos, excluyéndose 21 casos por codificación incorrecta y falta de información¹⁵⁹. De los partos que finalmente constituyeron la muestra, se observó que el 47% había presentado algún evento adverso y que el 70% de los obstetras implicados en los partos traumáticos declararon haberse sentido segundas víctimas. Fueron clasificados como eventos graves la asfixia en el parto, distocia de hombros y hemorragia posparto grave.

Por tanto, resulta obvio que trabajar en una sala de partos como profesional sanitario es un factor de riesgo muy importante para verse directa o indirectamente envuelto en un evento adverso, lo que implica la exposición a situaciones emocionalmente muy difíciles¹⁶⁰.

En España, aunque se han realizado algunas aproximaciones al tema de segundas víctimas, con los estudios de Mira JJ et al⁸⁷, y los estudios epidemiológicos, ENEAS¹³, APEAS⁴³, SYREC¹⁴, EARCA⁴⁴; su estudio sigue siendo escaso, e inexistente si

buscamos datos específicos de segundas víctimas en los profesionales sanitarios españoles que desempeñan su labor profesional en el área obstétrica.

Para el estudio de este fenómeno se hace esencial conocer cómo se sienten los profesionales.

1.5.3.6 Instrumentos para valorar la seguridad del paciente

Existen gran número de instrumentos que han sido diseñados y validados para abordar el campo de la seguridad del paciente.

En la actualidad, disponemos del Checklist for Assessing Institutional Resilience (CAIR)¹⁶¹, Culture of Safety Survey (SOPS)¹⁶², Hospital Survey on Patient Safety¹⁶³, Hospital Survey on Patient Safety Culture¹⁶⁴, Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)¹⁶⁵ entre otros.

Según la EUNetPas¹⁶⁶ (proyecto de la comisión Europea) los cuestionarios más empleados rigurosos y mejor valorados a nivel internacional con respecto a sus propiedades psicométricas son el SAQ y el HSPSC.

El primero de ellos, fue creado originalmente por Sexton et al¹⁶⁷, surgió en EE.UU en la Universidad de Texas en 2003, ha sido adaptado al ámbito sanitario ya que fue producido inicialmente para la aviación comercial.

Existen adaptaciones a diferentes contextos del ámbito sanitario: unidades de cuidados intensivos, unidades de cirugía y en centros de salud; cada versión posee un número diferente de ítems y de dimensiones, aunque el original dispone de un total de 60 ítems repartidos en seis dimensiones de seguridad (trabajo en equipo y clima organizativo, clima de seguridad, satisfacción laboral, detección del estrés, percepción de la dirección, condiciones laborales).

Para su evaluación se utiliza una escala tipo Likert de 5 opciones¹⁶⁸. Se considera un instrumento útil para analizar factores contribuyentes y latentes de los eventos adversos.

El segundo HSPSC del 2004 de origen estadounidense, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ha sido usado para determinar la cultura de seguridad pública, como herramienta estándar, presenta un total de 12 dimensiones agrupando un total de 42 ítems, ha sido adaptado en distintos países.

En Bélgica fue adaptado usando una muestra de 3940 profesionales sanitarios¹⁶⁹ y en Noruega con una muestra de 1919 profesionales¹⁷⁰.

En 2008 Saturno et al¹⁷¹ llevaron a cabo en España a nivel hospitalario una adaptación y validación al español del HSPSC, con una muestra aleatorizada en 24 hospitales que incluían los tres niveles de atención, cada nivel recogió un mínimo de 100 encuestas,

con la meta de realizar una monitorización de la percepción de la seguridad de la salud pública¹⁷¹. Además, la Agencia de Calidad en colaboración con la Universidad de Murcia, desarrolló un estudio en el que participaron unos 2503 profesionales sanitarios.

El gran impacto que supuso el cuestionario HSOPSC, llevó a la AHRQ presentar posteriormente una versión adaptada en AP el Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)¹⁷². El objetivo se enfocaba en ayudar a facilitar el trabajo multidisciplinar, la discusión abierta sobre los eventos adversos y fomentar un clima de mejora en la seguridad del paciente.

Fue adaptado y validado al español, gracias a la financiación del MSSSI, participaron 215 centros de atención primaria, de 15 comunidades autónomas, englobando a nivel nacional a 4.344 profesionales; los resultados ofrecidos se confrontaron por categorías, quedando al descubierto que la categoría enfermera era la que presentaba los más elevados niveles de cultura, seguida por los médicos, siendo los administrativos el grupo de profesionales con menor cultura de seguridad del paciente¹⁷³.

Otro aspecto que se pudo estimar fue, que los profesionales dedicados a la supervisión presentaban una mayor cultura de seguridad que los que se encargan de tareas exclusivamente asistenciales, los mayores de 40 años también presentaban mayor cultura de seguridad con respecto a los jóvenes así como los profesionales que se encargan de cupos de pacientes de menos de 1000 pacientes en contraposición con los que tenían mayores cupos¹⁷².

Por ende, es una herramienta útil para verificar el estado de la cultura de la seguridad del paciente en España y que admite la comparación con países a nivel internacional, destinada a profesionales sanitarios y no sanitarios y que presenta un desarrollo psicométrico riguroso aplicado extensamente.

Otro cuestionario significativo empleado en el ámbito de la AP principalmente, además de poder ser usado en servicios como unidad de cuidados intensivos y salud mental, es el cuestionario MaPSaF¹⁷⁴.

Uno de los pocos instrumentos que se contesta en grupo, su evaluación es cualitativa, procediendo a la misma a través de talleres, primero se evalúan las respuestas individuales y posteriormente las grupales hasta llegar a consenso.

Este cuestionario se diseñó a raíz de revisiones de la literatura y opinión de panel de expertos, lo cual consigue una mejor reflexión y profundización en la cultura de seguridad.

Contempla un total de 9-10 dimensiones y dentro de ellas se encuentran cinco subniveles de progresión: patológico, reactivo, burocrático, proactivo, generativo¹⁷⁵.

Es uno de los pocos instrumentos que enfocan la cultura de la seguridad del paciente en su globalidad.

En definitiva, como hemos podido observar existe gran cantidad de instrumentos destinados a valorar la seguridad del paciente. Pero ¿Cómo se valora a los profesionales que son segundas víctimas?

1.5.3.7 Estudios que valoran a las segundas víctimas

Actualmente, no existe homogeneidad a la hora de evaluar a las segundas víctimas. Hay estudios que emplean instrumentos ya conocidos sobre seguridad del paciente, otros que inventan sus propias escalas de medida y sólo una minoría emplea instrumentos de medida creados específicamente para valorar el fenómeno de segundas víctimas.

1.5.3.7.1 Estudios que emplean cuestionarios ya existentes

Dentro de este primer grupo de estudios podemos resaltar la investigación de Schroder et al¹⁴⁸ que toma lugar en 2012 y tiene como objetivo investigar la salud psicosocial y bienestar de los obstetras y matronas danesas.

Estudian el fenómeno en relación con dos momentos, inmediatamente después de la exposición al evento adverso y al mes, para determinar sentimientos y visión de los apoyos ofrecidos en esos momentos. Participaron un total de 1237 profesionales

Se emplearon seis escalas del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQII¹⁷⁶: síndrome del quemado, trastornos del sueño, estrés general, síntomas depresivos, estrés somático y cognitivo.

El COPSOQII, fue creado por el centro Nacional Investigación Danés¹⁷⁶ para el trabajo ambiental, cada escala que contiene el cuestionario está compuesta por 4 ítems con cinco categorías de respuestas a) todo el tiempo; b) gran parte del tiempo; (c) parte del tiempo; (d) una pequeña parte del tiempo y (e) no en absoluto. Se asignan puntuaciones de 0, 25, 50, 75 y 100¹⁷⁷.

Es un instrumento que ha sido validado y se utiliza principalmente como instrumento para la evaluación, investigación y prevención de los riesgos psicosociales. El COPSOQII es uno de los más popularmente utilizados a nivel internacional.

Los resultados de la investigación muestran que las matronas, son la categoría profesional que presenta mayor afectación tras un evento adverso, tanto de manera inicial como dentro del primer mes. Además, el artículo subraya que el 85 % de los encuestados habían declarado haber participado en al menos un parto traumático¹⁷⁷.

Se concluye que el manejo de las secuelas de estos acontecimientos es importante a la hora de cuidar la salud psicosocial y el bienestar del personal de obstetricia.

Schroder et al¹⁷⁸, publica otro estudio tres años más tarde en 2019, que amplía el anterior. Esta vez, profundizan su estudio en la dimensión de apoyo.

Para este fin, hacen uso de un cuestionario que contiene elementos del estudio de valores europeos, de la encuesta de apoyo del trauma médicamente inducido (MITSS), de la encuesta de evaluación organizacional sobre resiliencia en eventos estresantes (RISE) Johns Hopkins, de la versión II del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQII), y preguntas derivadas de las conclusiones de entrevistas cualitativas realizadas.

El estudio se basó en una muestra de 593 profesionales involucrados al menos en un parto traumático. Los encuestados experimentaron altos niveles de apoyo social por parte de sus colegas y de la comunidad social en el trabajo, las matronas significativamente más que los obstetras.

En contra, estos mismos profesionales expresaron haber sentido un apoyo deficiente por parte de los superiores inmediatos. Sólo el 19% había hablado con su superior inmediato sobre un evento adverso.

El estudio concluye, que las matronas y los obstetras experimentan altos niveles de apoyo social y de retroalimentación por parte de sus colegas, que son las personas a las que más frecuentemente consultan después de ocurrir un evento adverso.

El estudio de Tan y Chen del 2018¹⁵⁵, propone como objetivo visualizar la asociación entre las experiencias de litigios por mala praxis y el bienestar de los médicos.

Se realiza una encuesta transversal, como método de recopilación de datos, utilizan el cuestionario Health Survey Questionnaire (SF-36) formato corto, de 36 ítems, desarrollado a principios de los noventa cuya finalidad es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud¹⁷⁹.

Entre los 1.206 médicos de atención primaria que completaron la encuesta (tasa de respuesta del 13,4%), el 25,2% informó de haber experimentado alguna vez un litigio por mala praxis.

Después de ajustar las variables de base, los médicos que habían sufrido un conflicto por mala praxis tenían una calidad de vida relacionada con la salud significativamente peor con respecto a la salud general [-4,85; intervalo de confianza (IC) del 95%, -7,61 a -1,80; p = 0,0016], la salud mental (-2,68; IC del 95%, -5,03 a -0,34; p = 0,0252) y la vitalidad (-3,28; IC del 95%, -6,10 a -0,47; p = 0,0224). Los efectos fueron especialmente fuertes entre los médicos especializados en cirugía u obstetricia y ginecología¹⁵⁵.

Baas et al¹⁸⁰ muestra un estudio entre los ginecólogos holandeses y los eventos adversos, para ello emplean una encuesta de 32 preguntas, subdivididas en secciones, comenzando

con preguntas sociodemográficas (5 preguntas), de experiencias personales sobre eventos adversos relacionados con el trabajo, afrontamiento y apoyo proporcionado (12 preguntas), el apoyo deseado (2 preguntas) además de manejar el cuestionario de detección de traumatismos (TSQ), diseñado para la evaluación de sobrevivientes de todo tipo de estrés traumático.

La tasa de respuesta de la investigación fue del 42,8%, con 683 cuestionarios elegibles para el análisis. El 12,6% de los encuestados había sufrido un acontecimiento traumático relacionado con el trabajo, de los cuales el 11,8% cumplía los criterios del trastorno de estrés postraumático actual.

Esto reveló una prevalencia estimada del 1,5% de ginecólogos-obstetras con trastorno de estrés postraumático actual. El 12% declaró tener un protocolo o estrategia de apoyo en su hospital después de los eventos adversos. Las estrategias más comunes para hacer frente a los eventos emocionales fueron: buscar el apoyo de los colegas, buscar el apoyo de la familia o los amigos, discutir el caso en una reunión sobre complicaciones o en una auditoría y encontrar distracción. El 82% preferiría el apoyo de colegas directos después de un evento adverso.

Es por ello, que los eventos relacionados con el trabajo pueden ser traumáticos y, posteriormente, pueden conducir a un trastorno de estrés postraumático. Existe una alta tasa de prevalencia de trastorno de estrés postraumático actual entre los ginecólogos-obstetras, no existiendo un apoyo estandarizado tras estos acontecimientos.

Otra investigación la de Kerkman et al¹⁸¹, maneja el cuestionario de detección de traumatismos (TSQ), junto con el de Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) este último se define como un instrumento autoadministrable para valorar pacientes esencialmente ambulatorios que explora ámbitos como la ansiedad y depresión.

Usando una escala similar al estudio anterior, que valora los síntomas relacionados con el trastorno del estrés postraumático, específicamente el impacto psicológico, la escala Impact of Event Scale (IES) encontramos el estudio de Gerven et al¹⁸².

Lewis et al¹⁸³ se valen de la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para la recolección de información, encuesta del 2004 de origen estadounidense desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), útil para determinar la cultura de seguridad pública.

1.5.3.7.2 Estudios que emplean escalas propias

Por otro lado, tenemos un segundo grupo de estudios que diseñan herramientas propias para la investigación.

Entre ellos tenemos el artículo de Kaur et al¹⁸⁴ que analiza la culpa entre los sanitarios tras en EA en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Para comprobar esta premisa se lleva a cabo una encuesta online desarrollada por un grupo de enfoque The Warren Alpert Medical School of Brown University que se componía de dos especialistas médicos en cuidados intensivos, un becario de cuidados intensivos y pulmonares, y bioestadístico.

El cuestionario fue aprobado por la junta de revisión institucional (IRB) en Rhode Island Hospital y enviado posteriormente a la Society of Critical Care Medicine (SCCM), la organización médica sin fines de lucro más grande para profesionales de cuidados intensivos, para su difusión.

La encuesta consistió en veinticinco preguntas de opción múltiple, para su evaluación emplearon escala tipo Likert de cinco categorías, no se reporta ningún tipo de validación de la encuesta.

Participaron 91 profesionales, sus respuestas permitieron ultimar que, en los cuidados críticos, la culpa y el sentimiento de culpabilidad tras los errores médicos son comunes y afectan a todos los proveedores.

Los profesionales de cuidados críticos han identificado métodos que pueden ayudar a mitigar el sentimiento adverso después de los errores médicos, incluyendo el debriefing y la conversación con los colegas. Los hospitales pueden beneficiarse de desarrollar este tipo de estrategias tras los errores médicos.

En el estudio llevado a cabo entre urólogos españoles, trabajo que valora las consecuencias profesionales y personales de las segundas víctimas tras una negligencia médica; diseña un instrumento específico de medida para la recopilación de los datos.

Plantean una encuesta sobre responsabilidad profesional médica en urología, la Asociación Española de Urología y la Fundación para la Investigación en Urología aprobaron la encuesta, facilitando su realización mediante la herramienta PIEM por vía electrónica, siendo una encuesta que no reporta proceso de validación.

Edress et al¹²¹ realiza una encuesta transversal a los trabajadores de la salud en el Hospital Johns Hopkins hospital Johns Hopkins, un centro médico académico de Baltimore, Estados Unidos para valorar la demanda y necesidad de intervención en las segundas víctimas, para tal fin desarrollan un cuestionario que se divide en dos secciones principales.

La parte I de la encuesta, estaba constituida por 6 ítems, se realizó en papel y tenía como objetivo evaluar el conocimiento de las segundas víctimas y la experiencia de los trabajadores sanitarios.

Se pidió a los participantes que recordaran un suceso adverso en el que fueran segunda víctima, para describir con quienes habían hablado después de sufrir el suceso adverso, y si los sistemas los sistemas institucionales les ayudaron a superar el suceso.

Del total de participantes del estudio 350, un 40% (140), contestaron a esta primera parte del cuestionario.

La parte II de la encuesta se administró en línea y se enfocaba en la identificación de las estrategias de apoyo que los empleados desearían que se ofrecieran dentro del sistema sanitario, para ello se usó 14 ítems.

Un total de 95 encuestas de la Parte II se completaron en línea, con una tasa de respuesta estimada del 27%.

Además, se permitió a los encuestados la oportunidad de añadir comentarios de texto libre sobre sus experiencias pasadas y sugerencias sobre estrategias de apoyo eficaces. El número total de participantes registrados fue de 350 personas de diversas profesiones y diferentes instituciones de la Johns Hopkins Medicine.

Los resultados de la encuesta reflejaron la necesidad de estrategias de apoyo a las "segundas víctimas" en las organizaciones sanitarias de la salud.

En general, el apoyo emocional informal y el apoyo de los compañeros fueron las estrategias más solicitadas y útiles.

Un año más tarde se llevó a cabo entre médicos anestesiólogos un estudio sobre segundas víctimas¹⁸⁵, enviaron una encuesta que fue creada para evaluar el impacto de catástrofes perioperatorias en los anestesistas. El estudio contó con la participación de 659 profesionales.

Para desarrollar el instrumento de medida, hubo una colaboración estrecha con el personal del Centro de Investigación de Encuestas (CSR) de la Universidad de Virginia y consultamos a un psicólogo con formación en de estrés postraumático.

La encuesta consistía en varios tipos de preguntas, incluyendo respuestas de una sola pregunta y respuestas múltiples. Las secciones incluidas en la herramienta fueron (1) Datos demográficos, (2) Experiencias, (3) Un evento memorable, y (4) Sus opiniones.

En mayo del 2010, sale a la luz un estudio cualitativo sobre el fenómeno de segunda víctima¹⁸⁶, cuyo objetivo se basó en comprender las etapas por las que pasan estos profesionales. Para este fin diseñaron una encuesta, que contaba con un total de 10

ítems y se distribuyó a alrededor de 5300 miembros de la facultad y personal de la universidad de Missouri.

En 2020, Magaldi et al¹⁸⁷, publican en la revista Española de Anestesiología y reanimación el artículo "El fenómeno de segundas víctimas en un área quirúrgica: Encuesta online", un estudio observacional descriptivo cuyo objetivo se centra en determinar el conocimiento de los sanitarios sobre el fenómeno de las segundas víctimas y ponderar la capacidad que tienen los mismos, para apoyar a sus compañeros tras un evento adverso. Para este fin el grupo de simulación del servicio de anestesiología (SimClinic) elaboró encuestas y las cuales fueron sometidas a un proceso de validación interna, supuso tres rondas de consulta y depuración en la que participaron un panel de experto de 12 profesionales.

En el estudio participaron 329 profesionales, que incluía tres categorías profesionales: anestesiólogos, residentes de anestesia y enfermeros. El 78,4% se había sentido Segunda Víctima, el grupo prioritario fueron los anestesiólogos.

En cuanto a la evaluación del conocimiento del fenómeno, los resultados visualizaron que un 58% no había oído hablar nunca del término, por otra parte la forma de apoyo más deseada fue la de un compañero de trabajo reputado, sin embargo los residentes temían el juicio de sus propios compañeros y como resultado de su experiencia consideraban en mayor medida la deserción laboral y por último en cuanto al apoyo ofrecido por la institución más de la mitad de los profesionales señalaron que la actuación era evasiva de silencio y punitiva.

Ganahl et al en 2022¹¹² analizó el sentimiento de segundas víctimas en Australia Occidental.

Para ello se realizaron un total de 20 entrevistas guiadas con enfermeras de cuidados intensivos. Todas las entrevistas fueron transcritas y analizadas con el software MAXQDA. La evaluación siguió el esquema de análisis de contenido cualitativo estructurado según Kuckartz.

Los síntomas más frecuentes del fenómeno de la segunda víctima que se reportaron fueron los sentimientos de culpa y los problemas para conciliar el sueño. El afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima se llevó a cabo mediante conversaciones tanto en privado como entre compañeros de trabajo.

Las enfermeras de cuidados intensivos están expuestas a muchas situaciones excepcionales que tienen una alta probabilidad de resultar segunda víctima. Dado que se considera que el apoyo psicosocial próximo es una fuente principal de afrontamiento, las organizaciones médicas deberían aplicar de forma generalizada programas eficaces de apoyo psicosocial entre compañeros.

Las medidas de seguridad de los pacientes, como la gestión proactiva y reactiva de los riesgos clínicos (por ejemplo, el CIRS), deberían vincularse al apoyo a las segundas víctimas.

Como se puede observar, la diversidad de instrumentos y metodologías llevadas a cabo para estudiar a las segundas víctimas es amplia, a pesar de ello hay que señalar que se dispone de cuestionarios específicos para valorar a estos profesionales.

1.5.4 Cuestionarios específicos para las segundas víctimas

Actualmente se dispone únicamente de dos instrumentos: el questionnaire to assess incidence and reactions of second victims in German speaking countries (SeViD)¹⁸⁸ y el cuestionario the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST)¹⁸⁹.

El artículo "Development and validation of a questionnaire to assess incidence and reactions of second victims in German speaking countries (SeViD)¹⁹⁰", expone la creación de esta nueva herramienta diseñada y validada específicamente para determinar la incidencia y el impacto de las segundas víctimas en los países de habla germánica.

Para la elaboración del cuestionario SeViD, se realizó una intensa búsqueda bibliográfica de los recursos existente, tras ello definieron una versión preliminar que constaba de 4 dominios y 14 ítems, esa versión fue sometida a una prueba cognitiva utilizando métodos de paráfrasis, sondeo y pensamiento en voz alta para garantizar la validez del contenido, retest, la fiabilidad de los síntomas de la segunda víctima se evaluó tres semanas después de la prueba previa inicial.

Quince profesionales de la salud (médicos, enfermeras, profesiones terapéuticas y de diagnóstico y de diagnóstico y personal administrativo) de hospitales de Alemania (n=6) y Austria (n=9) con o sin experiencia previa de segunda víctima participaron como voluntarios tras el consentimiento informado. Estas pruebas llevaron a constituir el cuestionario final que incluye 3 dominios y 46 ítems: experiencias generales, síntomas de segundas víctimas y estrategias de apoyo, además se procuró la validación de esta.

Seguidamente el artículo Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among Young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey)¹⁸⁸ del 2021 publicado en la revista Journal of occupational Medicine and toxicology.

Se hace uso del SeViD-I para determinar la incidencia y los efectos de los eventos adversos entre los médicos alemanes jóvenes menores de 35 años, ya que la evidencia de este fenómeno en Alemania es escasa.

SeViD-I Survey fue administrado durante 6 semanas, del 20 de agosto a 1 de octubre de 2019, todos los participantes eran miembros de la sociedad Alemana de Medicina Interna, la muestra total la constituyeron 491 participantes.

Se aplicaron modelos de regresión logística binaria para estudiar la influencia de diversos factores independientes en el riesgo de convertirse en una segunda víctima, la magnitud de los síntomas y el tiempo de recuperación autopercebido.

Como conclusión determinaron que el fenómeno de las segundas víctimas es frecuente entre los jóvenes médicos alemanes de medicina interna¹⁸⁸.

En general, estos sucesos traumáticos tienen un impacto potencialmente alto en la salud de los médicos y en la atención que prestan. Se necesita una mejor comprensión de los traumas de segunda víctima en Alemania y una amplia implementación de programas de apoyo eficaces.

Strametz et al¹⁸⁸ en 2021, emplea una nueva versión del SeViD, el SeViD-II¹⁹¹. Llevan a cabo un estudio transversal online anónimo a nivel nacional y utilizan un cuestionario SeViD modificado que incluía el BFI-10 (rasgos de personalidad).

El análisis estadístico se realizó mediante pruebas de χ^2 y modelos de regresión logística binaria.

De 332 enfermeras, el 60% informó haber experimentado sentimientos de segundas víctimas al menos una vez en su vida laboral, con una duración de la sintomatología de 12 meses. De las enfermeras, el 24% informó de tiempos de recuperación de más de 1 año.

A diferencia de los médicos de SeViD-I, una de las principales causas para convertirse en una segunda víctima fue el comportamiento agresivo de los pacientes. Los valores altos de neuroticismo, la edad más alta y la experiencia media en la vida laboral, pero no el género ni la posición en el lugar de trabajo, predisponían a convertirse en segunda víctima.

Al igual que el SeViD-I¹⁸⁸, las enfermeras informaron de la demanda de una respuesta institucional en los casos de eventos adversos

Se determinó que es común entre las enfermeras alemanas el sentimiento de segunda víctima y que comprende otras causas y un curso diferente al de los médicos. Las investigaciones futuras deberían concentrarse en estrategias de prevención específicas, por ejemplo, programas educativos basados en la profesión y el lugar de trabajo.

Sin embargo, no es el SeViD sino el SVEST la herramienta más conocida y utilizada para el manejo de las segundas víctimas en la actualidad y es la herramienta empleada en esta tesis doctoral.

1.5.5 Cuestionario the Second Victim Experience and Support Tool

El artículo de Burlison et al¹⁹², The second victim experience and support Tool: Validation of an Organizational Resource for assessing second victim effects and the quality of support Resources, publicado en 2014, reporta la creación de este cuestionario que se centra en conocer la afectación de las segundas víctimas tras un evento adverso.

Para su diseño manejaron los 4 primeros pasos de las guías Hinkin's, realizaron búsqueda bibliográfica en bases de datos como Medline, Google® escolar, PsycINFO, y por consenso de los investigadores principales determinaron que el cuestionario estaría compuesto por 29 ítems divididos en 7 dimensiones y 2 variables de resultado, además de 7 formas de apoyo, 36 ítems totales, su evaluación se basa en escala Likert de 5 puntos, a mayor puntuación mayor sentimiento de segundas víctimas.

Participaron 281 profesionales en la cumplimentación del cuestionario, y los autores realizaron posteriormente su validación con análisis factorial confirmatorio, este cuestionario (SVEST) ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas a lo largo de los años y es uno de los cuestionarios más empleados para valorar a los profesionales que son o han sido segundas víctimas.

Todas características de la creación del SVEST están reflejadas en la siguiente tabla (Tabla 3).

Tabla 3 Características resumidas cuestionario SVEST original

SVEST	Modelo original Burlinson
Año de estudio /Lugar	2014 / EE. UU.
Institución en que se llevó a cabo	Hospital especializado pediátrico niños con enfermedades catastróficas.
Autores	Burlinson, JD Scott, SD Browne, EK et al.
Título artículo	The second victim experience and support Tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and quality of support Resources.
Tipo de estudio	Diseño de cuestionario nuevo.

SVEST	Modelo original Burlinson
Método (Guía)	<p>Siguiendo Guías Hinkin's de desarrollo de cuestionarios usaron las 4 primeras fases de las 6 que posee</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Generación ítem 2) Desarrollo cuestionario 3) Reducción de ítems 4) Análisis factorial confirmatorio <p>Dimensiones del cuestionario se diseñaron tras una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Google escolar®, PsycINFO usando la combinación de descriptores: medical errors, mistakes, second victim, adverse patient events, patient safety, healthcare provider, well-being. Tuvieron en cuenta la opinión de uno de los autores del estudio que tenía amplia experiencia en la materia de segundas víctimas y por consenso final de todos los autores se desarrollaron las 7 dimensiones y 2 variables de resultado del SVEST.</p>
Panel de expertos	<p>9 expertos para validación de contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 enfermeras - 3 médicos - 3 farmacéuticos <p>criterio ítems con acuerdo por debajo de 70% eran revisados o eliminados (3 no pasaron el corte).</p>
Tipo de muestreo	<p>Por conveniencia.</p> <p>Todos los profesionales involucrados en el cuidado directo de pacientes de todos los turnos.</p>
Población participante	<p>Repartidos: 983</p> <p>Responden: 305</p> <p>Excluyen no completos (3 o + respuestas)</p> <p>Final: 281</p>
Forma de cumplimentación SVEST	<p>Vía email</p> <p>Consentimiento por email</p> <p>Además del SVEST, se entregó para cumplimentar el Agency For Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC).</p>
Análisis de datos	<p>IBM Amos versión 4.0</p>
Factores evaluados Método	<p>Validez de contenido</p> <p>Consistencia interna</p> <p>validación constructo</p> <p>Método: Análisis factorial confirmatorio</p>
Cuestionario final	<p>Consta de 36 ítems</p> <p>7 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psychological Distress -Physical Distress -Colleague Support - Supervisor support -Institutional support -Non-work related support -Professional self- efficacy <p>2 variables de resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Turnover intentions -Absenteeism <p>Formas de apoyo deseadas</p>

SVEST	Modelo original Burlinson
Puntuación cuestionario	<p>Puntuaciones dimensiones: Las respuestas se valoran usando la escala de Likert, del 1 al 5, en la que las puntuaciones más altas representan una mayor cantidad de respuestas de segundas víctimas</p> <p>Respuestas formas de apoyo: Las respuestas a estos ítems se puntúan del 1 al 5 en la escala de Likert, en la que una respuesta de 4 o 5 representa la opción de apoyo preferida y un 1 o 2 representa la opción menos preferida.</p>
Consistencia interna Cronbach's	Cronbach: 0,61 a 0,89
Análisis factorial confirmatorio	<p>$\chi^2 = 662,79$; $df = 278$; $P < 0,01$; CFI, 0,890; RMSEA, 0,070) inicial</p> <p>Se eliminó ítem: "I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens" y mejoró las cifras en:</p> <p>$\chi^2 = 566,06$; $df = 254$; $P < 0,01$; CFI, 0,910; RMSEA, 0,066)</p> <p>Usaron modelo de 7 factores con 25 elementos</p>
Validez de contenido CVI	No se especifican valores

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (¹⁹²)

1.5.5.1 Análisis de los estudios existentes del cuestionario the Second Victim Experience and Support Tool

Desde su creación en el 2014, el SVEST, ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas a lo largo de los años.

A continuación, se presenta la Tabla 4, donde pueden consultarse todas las adaptaciones disponibles del SVEST realizadas hasta agosto de 2022 con la evaluación de sus propiedades psicométricas.

Tabla 4 Adaptaciones transculturales del SVEST a diferentes idiomas y validaciones de propiedades psicométricas

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación / Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Kim et al. ¹⁹³ 2016 Sur de Corea	N= 305 21 servicios generales 5 cuidados intensivos 9 servicios urgencias 6 centros de salud	Conveniencia Enfermeras que dan cuidados directo al paciente	Adaptación transcultural al Coreano Guía OMS Traducción (2 bilingües) Retrotraducción (1 bilingüe) Expertos (7) Pilotaje (30 profesionales) Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Fiabilidad (test –retest) Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo (AFE y AFC)	K-SVEST 28 ítems finales 9 dimensiones + formas de apoyo deseadas 8 ítems eliminados	CVI-I=0,95 S-CVI =0,95 Cronbach 0,59 -0,87 Confirmatorio 1º muestra: Bartlett p menor de 0,001 RMSEA 0,073 CFI 0,853 2º muestra Bartlett p menor de 0,001 RMSEA 0,055 CFI 0,923	Cronbach mayor resultado en dimensión de sufrimiento físico y menor puntuación en apoyo institucional
Brunelli et al. ¹⁹⁴ 2018 Argentina	N=452 N/A	Conveniencia Enfermeras cuidados directo al paciente + haber ejercido en periodo de recolección de datos	Adaptación transcultural Castellano (usado en Argentina) Guía Mapi research institute model Traducción (2 bilingües) Retrotraducción (2 bilingües) Expertos (5) No realiza pilotaje ni validez contenido Validez de constructo (AFE)	26 ítems finales 9 dimensiones + formas de apoyo deseadas 10 ítems eliminados	Cronbach 0,33 - 0,85 Cronbach valor = 0,805 KMO = 0,74	Ítems % de acuerdo mayor resultado en sufrimiento psicológico y menor puntuación absentismo Cronbach mayor autoeficacia profesional y menor puntuación en apoyo institucional

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación / Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Chen et al ¹⁹⁵ 2019 China	N=1422 7 hospitales	Conveniencia Enfermeras cuidados directo al paciente + Haber sido segunda víctima	Adaptación transcultural al chino Guideline of Cross-cultural debugging scale (AAOS) Traducción (2 bilingües) Retrotraducción 2 bilingüe) Expertos (9) Piloteo (40 profesionales) Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo (AFE y AFC)	C-SVEST 33 ítems finales 9 dimensiones + formas de apoyo deseadas 3 ítems eliminados	CVI-I = 0,89~1 S-CVI = 0,99 Cronbach interval = 0,71 -0,89 Cronbach =0,866 Confirmatorio 1º muestra: n = 696 RMSEA 0,08 2º muestra n = 726 RMSEA 0,051 CFI 0,946	Cronbach mayor resultado en Apoyo institución y menor puntuación en apoyo compañeros de trabajo
Zhang et al ¹⁹⁶ 2020. China	N=625 Varios hospitales	Conveniencia Enfermeras cuidado directo paciente	Estudio observacional transversal -validación de las propiedades psicométricas del C-SVEST Consistencia interna con cronbach Fiabilidad Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Validez de constructo (AFE y AFC)	Modelo de 8 factores	Cronbach 0,59-0,92 CVI-I 0,85-0,91 S-CVI 0,91	C-SVEST es un instrumento válido y fiable para evaluar la angustia y los recursos de apoyo en los trabajadores sanitarios chinos que son 2 víctimas

Autor / Año / País	Tamaño muestral/ Instituciones	Tipo muestreo/ Criterios inclusión	Tipo validación/Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Santana et al. ¹⁹⁷ 2020 España	N= N/A 1 hospital materno infantil de Gran Canaria	Conveniencia	Adaptación transcultural al español Guía OMS/Sousa Traducción (2 bilingües) Retrotraducción 2 bilingüe) Expertos (10) Pilotaje (20 profesionales) Se calculó la validez de contenido (CVI-I, CVI-E, CVI-T) Corrección del probable acuerdo al azar y Kappa modificado	<u>SVEST-E</u> 36 ítems 9 dimensiones+ Formas de apoyo deseadas No se eliminan ítems	CVI-T de 0,87 CVI-I con valores por encima de $\geq 0,79$ en 30 ítems	<u>SVEST-E</u> preserva la equivalencia con el original y es un instrumento con una adecuada validez de contenido para medir la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios en España
Ajoudani et al. ¹⁹⁸ 2020. Irán	N=298 8 hospitales especializados afiliados a la universidad de Urmia	Conveniencia Profesionales sanitarios con al menos 2 años de experiencia laboral en cuidado directo con pacientes	Adaptación al persa Guía OMS Traducción (2 bilingües) Retrotraducción 1 bilingüe) Expertos (8) Pilotaje (30 profesionales) Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo (AFE y AFC)	<u>P-SVEST</u> Modelo de 9 factores basado en 29 ítems 7 ítems eliminados	CVI-I = 0,875-1 S-CVI = 0,952 Cronbach interval = 0,68-0,88 Confirmatorio 1º muestra: RMSEA 0,084 2º muestra RMSEA 0,061 CFI 0,936	Ítems % de acuerdo mayor apoyo institucional y menor sufrimiento físico y autoeficacia profesional Cronbach mayor sufrimiento físico y apoyo no relacionado con el trabajo menor puntuación en apoyo supervisor y compañeros de trabajo

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo/ Criterios inclusión	Tipo validación/Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Winning et al. ¹⁹⁹ 2020 EEUU	N=316 7 unidades de cuidados intensivos neonatales	Conveniencia profesionales sanitarios de cuidados intensivos	Estudio observacional transversal- validación de las propiedades psicométricas del SVEST N/A	SVEST-R Modelo de 9 factores basado en 43 ítems Se incluyeron 7 ítems	N=N/A	El SVEST-R incluye la resiliencia resultados positivos que pueden derivarse de la experiencia de la segunda víctima
Scarpis et al. ²⁰⁰ 2021. Italia	N=349 1 hospital. Hospital académico de Udine en el noroeste de Italia	Muestreo de conveniencia N/A	Adaptación transcultural al Italiano Guía OMS Traducción (2 bilingües) Retrotraducción 1 bilingüe) Expertos (10) Pilotaje (5 profesionales) Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo (AFE y AFC)	IT- SVEST Modelo de 9 factores basado en 29 ítems 7 ítems eliminados	CVI-I = 0,80 S- CVI = 0,94 Cronbach = 0,88 AFC 1º muestra: Bartlett p menor de 0,001 RMSEA 0,073 CFI = 0,872 2º muestra RMSEA 0,055 CFI 0,930	Ítems % de acuerdo mayor apoyo no relacionado con el trabajo menor apoyo institucional Cronbach mayor apoyo del supervisor menor puntuación en sufrimiento físico

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación/Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Knudsen et al. ²⁰¹ 2021. Dinamarca	N=171 2 hospitales (Odense y Svendborg) Departamentos de obstetricia y ginecología medicina interna y urgencias	Conveniencia Profesionales asistentes a un seminario en el hospital odense	Adaptación transcultural al Danés Guía OMS Traducción (1 bilingües) Retrotraducción 1 bilingüe) Expertos (3) Piloteaje N/A Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo AFE y AFC	D- <u>SVEST</u> Modelo de 7 factores no especifican la eliminación de ningún ítem durante el proceso	4 ítems revelaron cargas factoriales inaceptables (<0,4) y correlaciones ítem-resto <0,3 Las dimensiones sobre el apoyo de los colegas y las instituciones no contribuyeron a la validez	Recomiendan una modificación de los ítems 9 y 25 para mejorar la escala de medición en el contexto danés
Strametz et al. ²⁰² 2021. Alemania	N=306 N/A	Conveniencia Diferentes categorías sanitarias (médicos, enfermeros, paramédicos personal de cuidados paliativos), con asistencia directa a los pacientes	Adaptación transcultural del <u>SVEST-R</u> al alemán Guía OMS Traducción (2 bilingües) Retrotraducción 2 bilingüe) Expertos (9) Piloteaje (30) Validez de contenido Fiabilidad (test –retest) Consistencia interna con Cronbach Validez de constructo (AFE y AFC)	<u>G-SVEST-R</u> Modelo 5 dimensiones No se eliminan y añaden nuevos ítems	Cronbach = 0,88 KMO = 0,836 esfericidad de Bartlett (P < 0,001)	El ítem 31, que evalúa el absentismo. se conservó debido a la validez del contenido de contenido y la comparabilidad con otras versiones del <u>SVEST</u> pero consideraran que debe reevaluarse en futuras versiones del <u>G-SVEST-R</u>

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación / Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Santana et al ²⁰³ 2022 España	N=689 Hospitales y centro de salud de todo el territorio español	Conveniencia Obstetras 323 y matronas 366 cuidado directo paciente	Estudio observacional transversal- validación de las propiedades psicométricas del <u>SVEST-E</u> Consistencia interna con cronbach Fiabilidad Validez de contenido (CVI-I y S-CVI) Validez de constructo (AFE y AFC)	<u>SVEST-E</u> 36 ítems Modelo de 5 factores No se eliminan ítems	La puntuación media 3,09 (0,50). RMSEA = 0.038 NNFI = 0.985 CFI = 0.989 Coeficiente de correlación intraclase 0.98	<u>SVEST-E</u> posee adecuada validez de constructo fiabilidad y estabilidad temporal, es válido para evaluar la segunda Víctima en los profesionales sanitarios españoles.
Pieretti et al ²⁰⁴ 2022 Italia	N=240 1 hospital	Conveniencia Médicos y enfermeras	Estudio observacional transversal para la validación de las propiedades psicométricas del <u>IT-SVEST</u> Validez de constructo (componentes principales) Consistencia interna con Cronbach	Modelo 7 dimensiones	Cronbach = 0,855	N/A

Autor / Año / país	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación / Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Mohd Kamaruzaman et al. ²⁰⁵ 2022. Malasia	N=350 1 hospital universitario de Kelantan	Muestreo aleatorio sistemático Médicos, enfermeras y auxiliares que tuvieran 5 años de experiencia sin ninguna enfermedad relacionada con la psiquiatría	Adaptación transcultural del <u>SVEST-R</u> al Malayo Directrices establecidas por Wild, 10 pasos. Traducción (1 bilingües) Retrotraducción 1 bilingüe) Expertos (4) Pilotaje (30) Validez de contenido Fiabilidad (test –retest) Validez de constructo (AFE y AFC)	<u>SVEST-R</u> Modelo 7 factores 32 ítems 3 ítems eliminados de bajo rendimiento (11, 16 y 20)	CVI Y S-CVI = 0,8 La consistencia interna se determinó mediante el rho de Raykov y mostró buenos resultados, que oscilaron entre 0,77 y 0,93, con un rho total de 0,83. RMSEA = 0,051 CFI = 0,946 TLI = 0,935 SRMR = 0,055.	N/A
De sordi et al. ²⁰⁶ 2022. Brasil	N/A	Conveniencia Enfermeras, auxiliares fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, farmacéuticos y nutricionista hablar el portugués de Brasil.	Adaptación transcultural al portugués hablado en Brasil Directrices PROMIS + Beaton Traducción (3 bilingües) Retrotraducción 1 bilingüe) Expertos (7) Pilotaje (31) Validez de contenido Fiabilidad (test –retest)	<u>BR- SVEST</u> 36 ítems 9 dimensiones+ Formas de apoyo deseadas No se eliminaron ni añadieron ítems	N/A	El ítem 15 la afirmación "Mi supervisor culpa a los individuos" se sustituyó por "Mi supervisor culpa a los individuos que estuvieron involucrados en el acontecimiento adverso". La tasa de acuerdo universal 88,7%

Autor / Año / país	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación/Método	Cuestionario obtenido	Propiedades Psicométricas	Comentarios
Koca et al. ²⁰⁷ 2022 Turquía	N=221 4 hospitales	Conveniencia Profesionales que trabajaban en los servicios de urgencias médicas, enfermeras, residentes	Adaptación Transcultural al turco y validación de propiedades psicométricas. Según las directrices de la OMS Traducción (2 bilingües) Retrotraducción (2 bilingüe) Expertos (5) Pilotaje (10) Validez de contenido (CVI, CVI-I y S-CVI) Fiabilidad (test –retest)	T-SVEST 24 ítems 9 dimensiones + formas de apoyo deseadas Se eliminaron 5 ítems Ítem 5, 9, 11, 19, 24	CVI-I = 0,80 S-CVI = 0,92 CVI = 0,29-0,68 Cronbach = 0,90 Cronbach Intervalo = 0,44 - 0,89 KMO = 0,84 Análisis confirmatorio con 3 modelos	Dimensiones mayor grado de impacto: apoyo de los compañeros y apoyo no relacionado con el trabajo Dimensiones menor grado de acuerdo absentismo y apoyo institucional Forma de apoyo más deseada "Un compañero respetado para discutir lo ocurrido" Menos deseada "una forma confidencial de ponerse en contacto con alguien 24 horas del día para hablar de los ocurrido"

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Instituciones	Tipo muestreo / Criterios inclusión	Tipo validación / Método	Cuestionario obtenido	Propiedades psicométricas	Comentarios
Koenig et al. ²⁰⁸ 2022 Alemania	N= 156 profesionales	N/A	Estudio transversal para validar la versión alemana traducida del Moral injury symptom and support scae for health professionals (MISS-HP) y correlacionar los patrones de respuesta con el G-SVEST-R. Fiabilidad (test –retest) Análisis factorial (componentes principales)	G-SVEST-R patrón de oro Modelo de 3 factores	Las correlaciones positivas entre las subescalas G-MISS-HP y G-SVESTR demostraron la validez convergente. El ROC reveló una sensibilidad del 89% y una especificidad del 63% para el G-MISS-HP utilizando una escala de nueve elementos con un valor de corte de 28,5 puntos. Los valores predictivos positivos y negativos fueron del 62% y el 69%, respectivamente. Los análisis de subgrupos no revelaron diferencias	El G-MISS-HP es un instrumento de prueba válido y fiable para daño moral
<p>AFE: Análisis factorial exploratorio AFC: Análisis factorial confirmatorio CFI: Índice de ajuste comparativo CVI-I: Índice de validez de contenido para cada ítem N/A: No se dispone de información</p> <p>NNFI: Índice de ajuste no normalizado RMSEA: Error cuadrático medio de aproximación SCVI: Validez de contenido por escala SVEST: Second victim experience and support tool KMO: Kaiser meyer olkin WHO: World health organization</p>						

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada

A continuación, en la Tabla 5 se muestran los artículos que han empleado alguna de las versiones adaptadas del SVEST como herramienta de estudio, cabe destacar que dos de los mismos han empleado el SVEST-E.

Tabla 5 Estudios realizados con las diferentes versiones adaptadas del SVEST

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramienta	Resultados	Implicaciones prácticas
Lupel et al. ²⁰⁹ 2021 China	N=1357 Enfermeros 2 hospitales	Estudio transversal Describir la experiencia y el apoyo de los profesionales sanitarios chinos	<u>C-SVEST</u>	El 25,8% profesionales se vieron involucrados en un EA durante su carrera profesional. Sintomatología prevalente angustia psicológica, pérdida autoeficacia profesional y el malestar físico. El apoyo de los colegas y de la dirección era el más deseable.	Es necesario construir una mejor cultura de seguridad del paciente con respuestas no punitivas y fomentar la revelación y la notificación de EA
Zheng et al. ²¹⁰ 2021 China	N=918 Enfermeras Varios hospitales	Estudio cuantitativo descriptivo, transversal para describir y analizar el grado del síndrome de segunda víctima y el deseo de apoyo entre las enfermeras que trabajan en hospitales regionales de China.	<u>C-SVEST</u>	La puntuación media fue 65,58. La angustia psicológica puntuación más alta. La puntuación media de la forma de apoyo deseada fue (4,29 0,614). La opción "la oportunidad de obtener orientación y sugerencias para para el trabajo futuro" fue la más deseada.	El fenómeno de la segunda víctima es cada vez más complejo y desafiante y merece más atención.

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramienta	Resultados	Implicaciones prácticas
Santana et al ²¹¹ 2022 España	N=719 Obstetras y matronas Hospitales y centros de salud	Estudio observacional descriptivo-analítico transversal. Para determinar la prevalencia de SV entre matronas y obstetras españoles y diferencias entre categorías	<u>SVEST-E</u>	Hubo diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a siete dimensiones. Mayor sentimiento SV entre las obstetras en las dimensiones angustia física, apoyo no relacionado con el trabajo y absentismo. Matronas en las dimensiones angustia psicológica, apoyo del supervisor, autoeficacia profesional e intención de cambiar de trabajo.	Ambas categorías son susceptibles de llegar a ser segundas víctimas. Las instituciones deben crear grupos de apoyo para minimizar el impacto de ellos EA.
Bañeras et al ²¹² 2022 España	N=198 44% enfermeras 43% médicos 13% residentes 1 hospital	Estudio transversal Para investigar la experiencia de estos sanitarios como SV y la calidad de los recursos de apoyo en cardiología	<u>SVEST-E</u>	Mayor puntuación ítem "Hablar de lo ocurrido con mis compañeros de trabajo" y "El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos acontecimientos" El ítem con la puntuación más baja en las 3 categorías profesionales "Me he tomado unos días de descanso después de que ocurriera uno de estos casos.	El estudio pone de manifiesto el personal de cardiología experimenta una importante carga de angustia psicológica y buscan el apoyo de sus colegas. Las mujeres de la muestra eran más propensas a experimentar síntomas de SV.

Autor / Año / País	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramienta	Resultados	Implicaciones prácticas
Cho et al. ²¹³ 2022 Corea	N = 325 160 colonoscopistas 165 pacientes Hospitales	Estudio transversal Para evaluar experiencia SV en colonoscopistas y pacientes	K-SVEST	Las puntuaciones más altas angustia psicológica, seguida de pérdida de autoeficacia profesional. Se notó una discordancia significativa entre el paciente y el colonoscopista para el mismo escenario de perforación.	Los colonoscopistas pueden sufrir emocional y físicamente por la experiencia de la segunda víctima después de la perforación colonoscópica. Hay que tener en cuenta que el sufrimiento es diferente entre profesionales y pacientes.
Ahmad et al. ²¹⁴ 2022 Malasia	N = 733 3 hospitales atención terciaria de Kelantan	Estudio transversal Determinar los factores que afectan a los resultados negativos relacionados con el trabajo y la resiliencia, con una hipotética triada de apoyo como mediadores: colega, supervisor y apoyo institucional.	M-SVEST-R	La angustia, la eficacia profesional y la triada de apoyo contribuyeron significativamente en todos los modelos de regresión. Se encontraron resultados similares en cuanto a la resiliencia	Importancia de las buenas prácticas de apoyo, desarrollar sistemas de apoyo y cambiar la mentalidad colectiva hacia una atención sanitaria no punitiva.

EA: evento adverso, SV: segundas víctimas, SVEST: Second victim experience and support tool

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Seguidamente, en la Tabla 6, se resumen todos los estudios que han utilizado alguna de las escalas del SVEST, en conjunto con otras herramientas, para valorar el efecto de los eventos adversos entre los profesionales sanitarios.

Tabla 6 Estudios que emplean como herramienta el SVEST en conjunto con otros instrumentos.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Quillivan et al. ¹⁴⁹ 2016	N=155 Profesionales que han vivido evento adverso Hospitales	Estudio transversal Para valorar la angustia en las segundas víctimas.	HSOPSC + AHRQ + SVEST	La regresión lineal jerárquica demostró que la dimensión de la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente respuesta no punitiva a los errores estaba significativamente asociada a la reducción de las dimensiones de la encuesta sobre la segunda víctima de la segunda víctima.	La reducción de la respuesta punitiva al error y el fomento de las interacciones de apoyo entre compañeros de trabajo, supervisores e instituciones pueden ser estrategias útiles para gestionar la gravedad de las experiencias de las segundas víctimas
Wen et al. ²¹⁵ 2019	N=1163 Enfermeras asistencia directa a pacientes hospital público de pacientes agudos	Estudio transversal para investigar la experiencia de las enfermeras SV y la calidad de los recursos de apoyo.	Encuestas creadas por investigadores + SVEST	El 31,8% tenían intenciones de rotación, mientras que el 9,3% tuvo absentismo laboral tras un error Las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia eran más propensas a experimentar una mayor respuesta SV. Entre las opciones de apoyo, el apoyo de los compañeros fue calificado como el más deseable.	Reconocer el fenómeno de la segunda víctima junto con un fuerte apoyo organizativo, es esencial para aliviar el trauma y ayudar a las enfermeras a reconciliarse tras un error imprevisto.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Xin Zhang et al. ²¹⁶ 2019.	N=267 Enfermeras Instituciones = N/A	Estudio transversal de correlación tenía como objetivo explorar las asociaciones entre la cultura de la seguridad del paciente, el apoyo organizativo, la angustia relacionada con la segunda víctima, el absentismo de las enfermeras tituladas (RN) mediante el uso de un modelo de ecuaciones estructural	HSOPSC + SVEST	El 45% de las enfermeras experimentaron angustia psicológica, y el 26,6% de las enfermeras tenía la intención de abandonar el trabajo. El modelo demostró que 6 dimensiones de la cultura de la cultura de seguridad del paciente han contribuido a reducir el absentismo y la intención de cambio de trabajo.	La angustia relacionada con la segunda víctima puede aliviarse, y el apoyo organizativo puede aumentar gracias a la mejora de la cultura de la seguridad del paciente.
Amjad et al. ²¹⁷ 2019	N= 338 Médicos Hospitales públicos de Sanandaj oeste de Irán	Estudio transversal con el propósito de determinar experiencia de las SV y factores relacionados entre el personal médico	SVEST + entrevistas semiestructuradas	Un total de 51,5% del personal médico había experimentado un error médico en el último año, La taquicardia y las alteraciones del sueño fueron los síntomas físicos más referidos, con un 73 y un 51,7 %respectivamente. Además, los recuerdos repetitivos/intrusivos y el miedo al daño a la reputación fueron los síntomas psicosociales más frecuentes, con un 68,3% y un 51,7%, respectivamente.	El estudio expone la prevalencia, los síntomas más psicológicos y físicos, y los factores demográficos y laborales asociados al fenómeno de la segunda víctima en el personal médico. Asimismo, se priorizan las estrategias más importantes para afrontar este fenómeno desde la perspectiva del personal médico.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Tan et al. ²¹⁸ 2020	N= N/A Enfermeras anestesiistas 1 hospital	Estudio cualitativo Proyecto de mejora de la calidad. la implementación de un programa de apoyo entre pares para reducir la angustia de segundas víctimas entre los enfermeros anestesiistas	SVEST Se formó a ocho enfermeras anestesiistas voluntarias para que ofrecieran apoyo entre iguales las 24 horas del día.	Las puntuaciones de la encuesta antes y después de la implementación fueron estadísticamente insignificantes	El programa experimentó una mayor utilización en comparación con estudios de lanzamiento similares, con ocho encuentros en el primer mes. Se espera que el impacto en la moral del personal aumente
Hossein et al. ²¹⁹ 2020	N=298 Enfermeras iraníes 5 hospitales Urmia	Estudio transversal Para examinar el efecto mediador de las SV entre la cultura de la seguridad y el burnout en las enfermeras iraníes	Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente + el Inventario de Burnout de Maslach + SVEST	La cultura de seguridad se asoció significativamente con la experiencia de la segunda víctima y el agotamiento ($p < 0,01$). La experiencia de la segunda víctima tuvo un papel mediador parcial en la relación entre la cultura de seguridad y el burnout ($p < 0,01$) El modelo de mediación que incluye variables principales mostró una adecuación satisfactoria ($\chi^2/df = 2,11, p < 0,01$, Índice de ajuste comparativo Index = 0,94, error cuadrático medio de aproximación = 0,062).	El establecimiento de una cultura de seguridad es crucial para disminuir el desgaste laboral, y la experiencia de la segunda víctima: Los directivos deben planificar la promoción de la cultura de la seguridad y proporcionar suficiente apoyo al personal implicado en el incidente de seguridad del paciente, lo que podría reducir el agotamiento del personal.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Klatt et al. ¹²⁰ 2021	N/A	Estudio de intervención, para la mejora de la calidad. Implementación de un programa de apoyo entre pares para todo un sistema de atención médica.	Evaluación con SVEST a los 3 y 9 meses después del EA. Formaron a 52 profesionales de todas las áreas clínicas Para apoyaron a compañeros en riesgo	A los 18 meses mejoraron el conocimiento de SV de los asistentes y mejoraron su comodidad al enseñar a otros cómo apoyar a una segunda víctima. el apoyo no laboral y del supervisor obtuvo la calificación más alta, seguido por el apoyo de los colegas.	Se implementó con éxito un programa de apoyo entre pares con asistentes capacitados de varias disciplinas clínicas para eventos angustiosos más allá de los errores médicos.
Finney et al. ²²⁰ 2021	N= 194 pre-implantación y N=177 post- implantación Diversas categorías sanitarias Unidades de hospitalización pediátrica y de cuidados intensivos	Estudio Intervención Implementación de un programa de apoyo de pares de segunda víctima en los sanitarios	Participaron los profesionales de salud pediátrica de un hospital universitario Se empleó el SVEST antes y un año después de la implementación del programa de apoyo entre pares	Los participantes informaron de malestar psicosocial, físico baja autoeficacia profesional. el apoyo más deseado era "un compañero respetado para discutir los detalles de lo sucedido" Tras la implementación la mayoría conocía el término SV y conocían que había recursos adecuados, los encuestados indicaron la probabilidad de utilizar el programa para sí mismos (65,7%) o para sus colegas (84,6%) después de verse involucrados en futuros eventos clínicos traumáticos.	La implementación de un programa de apoyo entre pares influyó significativamente en el conocimiento y la percepción del apoyo disponible para la angustia. Los programas de apoyo entre pares deben implementarse para ayudar a las SV y disminuir las intenciones de rotación de su unidad.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Burlison et al. ¹⁸⁹ 2021.	N=155 N/A	Estudio transversal con el objetivo de evaluar las relaciones entre la angustia, la intención de cambio, el absentismo, y el apoyo institucional entre las SV	Encuesta transversal de autoinforme con el SVEST	La angustia se asoció significativamente con la intención de rotación y el absentismo. El apoyo organizativo medió totalmente la intención de cambiar de empleo y del absentismo	El estudio refuerza la importancia del apoyo institucional para las segundas víctimas.
Xu et al. ²²¹ 2021	N=683 Enfermeras de psiquiátricas 1 hospital	Se realizó un estudio transversal para explorar el papel mediador de la resiliencia psicológica en la experiencia de las enfermeras psiquiátricas como segundas víctimas y su éxito profesional.	C-SVEST + la escala china de éxito profesional + la escala de resiliencia psicológica para enfermeras	Las puntuaciones de éxito profesional difieren entre las enfermeras de distintas edades que tienen diferentes formas de empleo, función y años de trabajo ($p \leq 0,05$). El análisis de efectos mediadores reveló que la resiliencia psicológica desempeñó un papel mediador completo en la experiencia y el apoyo de las segundas víctimas y su éxito profesional.	Deben desarrollarse intervenciones basadas en la resiliencia psicológica para mejorar la capacidad de adaptación psicológica de las enfermeras psiquiátricas y fortalecer su éxito profesional. Los directores de enfermería deberían crear más oportunidades y un entorno de trabajo armonioso y mejorar el sistema de gestión.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Herramientas empleadas	Resultados	Implicaciones prácticas
Terry et al ²²² 2022	N= 1167 Enfermeras 12 asociaciones profesionales de enfermería en los Estados Unidos.	Transversal no experimental examinó el papel combinado del capital psicológico y el capital social en la gravedad del síndrome de la segunda víctima experimentado por las enfermeras tituladas.	Psychological Capital Questionnaire + Social Capital Outcomes + SVEST	El capital psicológico o social por sí solo, no tenía ningún efecto sobre la gravedad SV. capital social + capital psicológico tiene un efecto estadísticamente devastador sobre la gravedad de la SV.	Este estudio demuestra la necesidad de grupos de apoyo en las instituciones sanitarias
Mallea et al ²²³ 2022.	N=301 profesionales. Enfermeras, médicos Hospitales públicas y privadas de la Región Metropolitana de Chile	Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal, del tipo muestra por conveniencia, para determinar relación entre consecuencias EA y la calidad de las medidas de apoyo percibidas en instituciones de salud	A través de una plataforma online se aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas y el instrumento SVEST	El 39,2% se involucró en un EA y, de estos, el 73,0% manifestó ser segunda víctima. 69,1% pertenecía al sexo femenino y el 45,7% se desempeñaba como profesional de enfermería. Existe una relación negativa entre la calidad del apoyo percibido y la consecuencia psicológica y laboral del EA (público y privado) y un aumento del riesgo de tener consecuencias graves al recibir una baja calidad de apoyo	Es de gran importancia conocer este fenómeno y ofrecer medidas de apoyo adecuadas a la segunda víctima para disminuir el impacto físico, psicológico, emocional o laboral
AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality, EA: evento adverso, N/A: no se dispone de información, HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture, SV: segundas víctimas					

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Para concluir se muestra la Tabla 7 que engloba todos los estudios que tratan el fenómeno de segundas víctimas enfocándose específicamente en el área de obstetricia y ginecología y que emplean además el SVEST como herramienta de medida.

Tabla 7 Estudios de las segundas víctimas en obstetricia y ginecología con la herramienta SVEST

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Resultados	Implicaciones prácticas
Finney et al. ²²⁴ 2020.	N= 115 Matronas tituladas 1 hospital	Estudio transversal con el fin de determinar la prevalencia de matronas que sufren las SV	El 74,8% no conocía el término SV, el 47,8% dijo haberse sentido como una segunda víctima durante su carrera y el 19,1% durante los 12 meses tras iniciar su actividad laboral. el 18,4% experimentó malestar psicológico, el 14,3% intenciones de cambiar de empleo, 13,0% disminuyó su autoeficacia profesional y el 12,2% consideró que el apoyo institucional era deficiente.	Las matronas al igual que otros profesionales son muy susceptibles de padecer el fenómeno de segunda víctima.
Enid et al. ²²⁵ 2021	N=205 Matronas y obstetras Servicios de ginecología 117 Servicio obstetricia 73 Ambos servicios 15	Estudio transversal para estudiar SV entre los profesionales dedicados a la obstetricia	El 44,8% de los encuestados se identificó como VS en algún momento de su carrera, el 18,8% en los últimos 12 meses experimentaron un malestar psicológico y físico significativamente mayor, un grado de apoyo institucional y de los compañeros percibido como inadecuado, una menor autoeficacia profesional y una mayor intención de cambiar de trabajo. Los desencadenantes la pérdida fetal o neonatal (72,7%) y la muerte materna (68,2%) en y las acusaciones o quejas de los pacientes (69,3%).	Existen una alta prevalencia de SV entre los sanitarios dentro de la obstetricia Los departamentos de obstetricia y ginecología deberían considerar la posibilidad de utilizar la herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima para detectar posibles SV con el fin de ofrecer más apoyo después de los sucesos.

Autor / Año	Tamaño muestral / Criterios inclusión / Instituciones	Diseño / Objetivo	Resultados	Implicaciones prácticas
Torberson et al. ²²⁶ 2021	N= 205 18 (43,9% de 41) médicos supervisores 12 (48,0% de 25) médicos residentes o becarios	Estudio transversal para investigar la prevalencia de la EA entre los médicos supervisores y los aprendices e identificar sus métodos preferidos de métodos de apoyo preferidos.	El 58,3 % de los estudiantes dijeron sentirse SV en algún momento de su experiencia laboral, Cinco (41,7%) alumnos se identificaron como una segunda víctima en los 12 meses anteriores, en comparación con 3 (16,7%) médicos supervisores La forma más común de apoyo deseado para ambos grupos fue la conversación con sus compañeros.	Tanto los médicos en formación como los supervisores están en riesgo de se SV
Santana et al. ²¹¹ 2022	N= 719 Matronas y obstetras	Estudio observacional descriptivo-analítico transversal. Para determinar la prevalencia de SV entre matronas y obstetras españolas y diferencias entre categorías	Hubo diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a siete dimensiones. Mayor sentimiento SV entre las obstetras en las dimensiones angustia física, apoyo no relacionado con el trabajo absentismo. Matronas en las dimensiones angustia psicológica, apoyo del supervisor, autoeficacia profesional e intención de cambiar de trabajo.	Ambas categorías son susceptibles de llegar a ser segundas víctimas. Las instituciones deben crear grupos de apoyo para minimizar el impacto d ellos EA.
EA: Evento adverso, SV: Segundas víctimas				

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

JUSTIFICACIÓN

2 Justificación

La preocupación por la seguridad del paciente ha estado presente a lo largo de toda la historia de la asistencia sanitaria, pero adquirió una importancia creciente tras la publicación del informe "To Err Is Human"¹⁹ publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América.

Estudios posteriores, han mostrado la alta prevalencia de eventos adversos que ocurren a nivel mundial en todos los sistemas sanitarios^{227,228}.

Las consecuencias de los eventos adversos pueden llegar a ser devastadoras tanto a nivel profesional como personal para los profesionales sanitarios, provocando el abandono de la profesión y en casos extremos el suicidio^{20,229,230}.

La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), ha agravado esta situación; la elevada presión asistencial ha obligado a tomar decisiones urgentes en un ambiente de alarma social. La labor asistencial se ha realizado bajo condiciones adversas que han ocasionado reacciones de estrés agudo y otras patologías afectivas o reacciones psicosomáticas en el personal sanitario^{231,232}.

Ante esta esfera, muchos estudios recientes han situado a la obstetricia como una especialidad sumamente sensible al fenómeno de segunda víctima^{144,147,233}.

Es la única rama sanitaria en la que se atiende a dos pacientes a la vez, -la madre y el feto. Esto ocasiona, la necesidad de realizar excesivas actividades y tareas donde la frecuencia de errores es significativamente más alta.

Actualmente existen en España según datos más recientes del Instituto Nacional de estadística (INE), un total de 15.019 sanitarios dedicados a la obstetricia; 5483 Tocólogos y 9536 Matronas. Siendo el sexo femenino predominante en ambas especialidades, factor que predispone para este fenómeno^{144,147}.

Son pocos los estudios, que analizan en profundidad las diferencias existentes entre ambas categorías profesionales (Tocólogos/Matronas)^{153,234,225}. Aunque ambos desempeñan su labor profesional en una misma área sanitaria, son profesiones diferentes y por consecuencia con connotaciones particulares²³⁵.

España no dispone de ningún instrumento validado para estudiar un constructo tan complejo como son las segundas víctimas. La única herramienta validada disponible en inglés es el cuestionario SVEST¹⁹².

Realizar un cuestionario desde cero, ha demostrado ser un proceso arduo, costoso, que necesita de recursos técnicos - humanos altamente cualificados, con experiencia en esta tarea²³⁶, y en la que gran parte del esfuerzo se focaliza en la conceptualización de la

medida y la selección de ítems, lo que llevaría a embarcarse en esta tarea de forma razonable si no existiese métodos de evaluación alguno o cuando estos no son lo adecuadamente estimables²³⁷.

Es por todo ello, que esta Tesis Doctoral ha tenido como finalidad, la adaptación transcultural del cuestionario SVEST, así como la evaluación de las propiedades psicométricas de la versión obtenida, para posteriormente hacer uso de este y determinar la situación de segundas víctimas entre los profesionales sanitarios (médicos obstetras y matronas) dedicados al campo de la obstetricia en territorio español.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3 Hipótesis y objetivos

3.1 Hipótesis

Se barajaron dos hipótesis:

La primera de ellas pretendía contrastar si el cuestionario SVEST-E, permitía medir de forma fiable y válida el fenómeno de segundas víctimas entre los profesionales españoles del campo de la obstetricia y mostrar propiedades psicométricas adecuadas y similares a las del cuestionario original.

La segunda de ellas, determinar si existía una alta prevalencia de segundas víctimas entre los obstetras y matronas españolas que dan asistencia directa a las mujeres.

3.2 Objetivo General

El objetivo general de esta tesis fue estudiar el fenómeno de segundas víctimas entre los profesionales que ofrecen asistencia obstétrica en nuestro país, mediante el uso de la versión española del cuestionario SVEST.

3.3 Objetivos específicos

- Realizar una adaptación transcultural al español del SVEST (SVEST-E).
- Estudiar la validez de contenido mediante un panel de expertos, calculando el índice de validez de contenido para cada ítem, validez de contenido por cada experto, validez de contenido total del instrumento, índice de kappa modificado y probabilidad de acuerdo por azar.
- Analizar la validez de constructo a través de un análisis factorial (exploratorio y confirmatorio).
- Determinar la fiabilidad (consistencia interna) con los valores de ORION y alfa de crombach.
- Analizar la estabilidad temporal del instrumento a través de la prueba test-retest y el cálculo del coeficiente de correlación intraclase.
- Hacer un análisis inferencial entre obstetras y matronas, con las doce variables sociodemográficas estudiadas y las puntuaciones obtenidas con el cuestionario SVEST-E.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

4 Consideraciones éticas

Ante cualquier investigación que conlleve la participación de personas, se hace esencial, que el protocolo de estudio sea enviado a un comité de ética para valorar la viabilidad e idoneidad del estudio.

Por esta razón, el equipo investigador remitió el protocolo del estudio que valoraba las tres fases de esta tesis, para su aprobación, al comité de ética correspondiente, en nuestro caso: Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la investigación con medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN), el 02/02/2020 (Anexo IV). El equipo investigador consiguió la aceptación del comité, el 24 de abril de 2020, Código CEIm: 2020-140-1. (Anexo V).

Participantes

Durante todo el estudio, se garantizó la voluntariedad y el anonimato de las participantes, así como el uso correcto de los datos obtenidos, con el fin exclusivo de desarrollar el estudio, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales.

El equipo investigador, personal encargado del análisis estadístico y/o cualquier persona con acceso a los datos fueron garantes de la seguridad de los mismos, que no fueron, ni serán utilizados para otro fin que no es el de los objetivos de este estudio.

Todas las bases de datos estaban cegadas (no constaba nombre ni número de registro de los participantes) y serán custodiadas según la legislación vigente por el equipo investigador, siendo sus componentes las únicas personas que han tenido acceso a ellas.

Los profesionales sanitarios tuvieron toda la información sobre objetivos del proyecto en su totalidad, y una vez accedían al enlace web del SVEST-E, visualizaban una primera pantalla que correspondía al consentimiento informado (CI) y una vez cumplimentaban el apartado correspondiente otorgaban su consentimiento expreso.

Autor original cuestionario SVEST

Se informó al autor original del SVEST de nuestra intención de realizar la validación y evaluación de las propiedades psicométricas del mismo, contando con su consentimiento y colaboración durante todo el proceso.

FASE I:

Adaptación transcultural del
SVEST y evaluación de la validez
lógica y de contenido del SVEST-E

5 FASE I - Adaptación transcultural del SVEST y evaluación de la validez lógica y de contenido del SVEST-E

5.1 Antecedentes – Consideraciones sobre la adaptación transcultural de un instrumento de medida.

Una de las dificultades más comunes a las que se enfrentan los investigadores al iniciar un proyecto de investigación, es asegurar que las variables estudiadas son medidas de forma veraz²³⁷.

Las variables subjetivas, como son las actitudes, los sentimientos, las percepciones etc. son las que se enfrentan a más obstáculos.

La mayor parte los instrumentos o cuestionarios de medida de los que se dispone actualmente en el ámbito de la salud, han sido desarrollados inicialmente en otras lenguas distintas al español, por lo que no podremos utilizar estas herramientas para realizar mediciones^{237,238}.

Ante esto, los investigadores tienen dos posibles opciones; diseñar un instrumento nuevo de medida, opción no recomendada según indican la mayoría de los autores si existen previamente herramientas disponibles que midan las variables que pretendemos evaluar; y la segunda opción, más apoyada, que consiste en llevar a cabo un proceso de adaptación transcultural de los instrumentos desarrollados en otras lenguas.

La adaptación transcultural puede ser definida como el método sistemático mediante el cual se alcanza un instrumento de evaluación en un idioma o ámbito diferente al que se desarrolló de forma original, pero en el que se mantiene la equivalencia idiomática-semántica de la versión original y que permite aplicar el mismo a la nueva población para la que se ha adaptado²³⁸.

Es una práctica cada vez más habitual entre los investigadores de las ciencias de la salud y requiere no sólo la traducción de la lengua origen a la que se pretende usar, sino que también es imprescindible asegurar que las puntuaciones que se obtienen con la versión adaptada equivalen a las obtenidas en el test original^{239,240}.

A pesar de lo que se pudiera pensar a priori, este proceso de adaptación cultural de los cuestionarios o métodos de evaluación, no suelen estar bien implantados, existiendo la concepción errónea que con la simple traducción del mismo se alcanza una versión adaptada culturalmente óptima para su empleo²⁴¹.

El proceso de traducción y retrotraducción, debe conseguir una adaptación semántica y cultural de la versión original del cuestionario, acreditando la simetría entre ambas, asegurando que son culturalmente equivalentes y, por tanto, resultando válidas para ser aplicadas en las poblaciones en las que se pretende utilizar²⁴².

La adaptación de tests y cuestionarios para su uso en contextos lingüísticos y culturales diferentes a aquellos en que fueron construidos, no es una práctica novedosa; es conocido y empleado desde principios del siglo XX, teniendo como referencia las escalas de Binet y Simon²⁴³.

El incremento de adaptaciones de escalas y cuestionarios en los últimos años es el reflejo de un medio social marcado por los contactos entre culturas e idiomas y en el que los tests y cuestionarios se emplean cada vez más en la toma de decisiones individuales y grupales²⁴⁴.

Como se ha comentado previamente, no basta simplemente con una traducción literal del contenido, aunque a priori, es la forma más sencilla de conseguir la nueva versión. La misma puede conducir a errores culturales, lingüísticos entre otros, ya que los conceptos que puede incluir un cuestionario tales como concepto de salud y enfermedad, están relacionados con los sistemas de valores y creencias de cada sociedad, de ahí la importancia de adaptarlo al país al que va a ser dirigido^{237,244,245}.

Existen diversas directrices para realizar las adaptaciones transculturales de los instrumentos, entre las más destacadas encontramos: las sugeridas por Sousa et al²⁴¹, las directrices de la Comisión Internacional de Tests²⁴³, las guías de la OMS²⁴⁶ además de las recomendaciones propuestas por Beaton et al²⁴⁷, adoptadas por la American Academy of Orthopedic Surgeon (AAOS).

Sousa et al²⁴¹, en 2010 realiza una revisión de los enfoques metodológicos altamente recomendados para la traducción, adaptación y validación transcultural de instrumentos o escalas de investigación e incorpora una guía de siete pasos que incluyen los puntos clave para alcanzar un instrumento de medida fiable y válido. Todos estos pasos pueden consultarse en la siguiente ilustración (Ilustración 4).

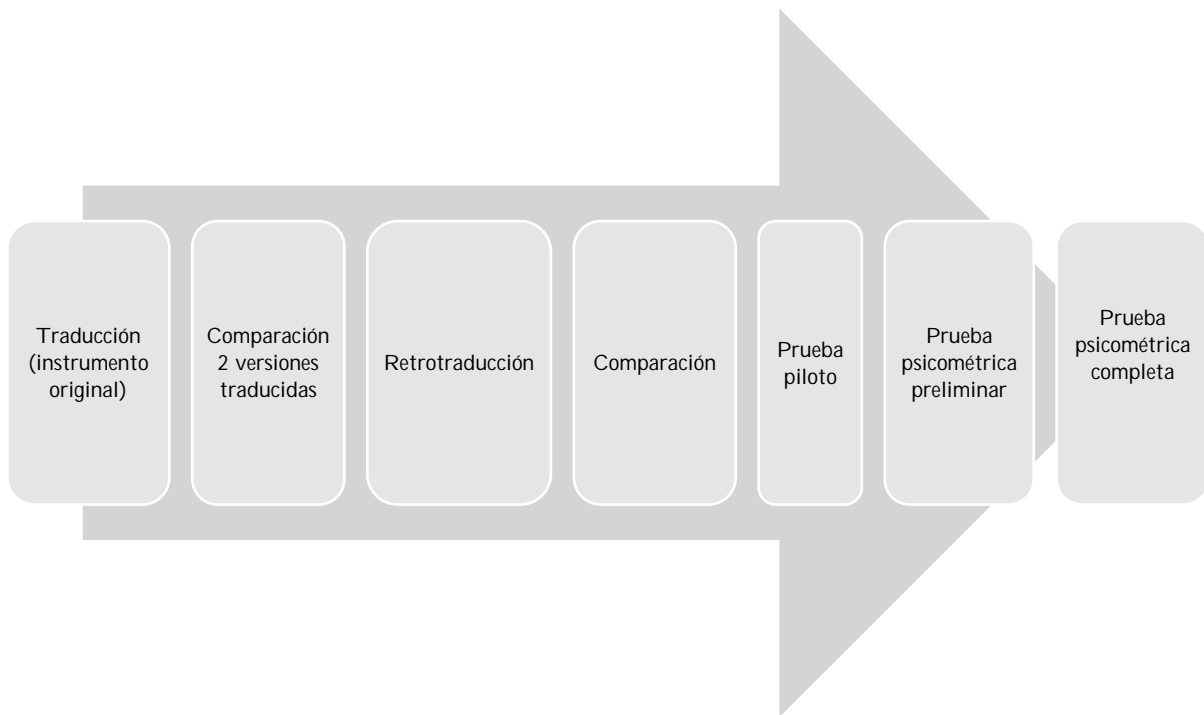


Ilustración 4 Pasos para alcanzar un instrumento de medida fiable y válido ⁽²⁴¹⁾

Por su parte la Comisión Internacional de Tests(CIT)²⁴³ confecciona unas pautas referidas a adaptaciones de tests y cuestionarios, que constituyen un grupo de directrices que intentan servir de guía para solventar los errores que derivan frecuentemente de este proceso²⁴³.

Las divide en seis secciones: directrices previas, de desarrollo, de confirmación, directrices sobre aplicación, puntuación e interpretación y sobre documentación.

En la Tabla 8 se especifican las directrices resumidas que conforman cada sección:

Tabla 8 Directrices de la Comisión Internacional de Tests

Directrices: Comisión Internacional de Tests						
Previas	Desarrollo	Confirmación	Aplicación	Puntuación	Documentación	
Obtener permiso Autor	Selección expertos	Definir muestra	Seguir instrucciones para minimizar diferencia cultural lingüística	Interpretar puntuaciones entre grupos	Registro cambios realizados	
Cumplir leyes uso test	Diseños aseguren la adaptación transcultural	Determinar constructo	Especificar cómo aplicar test	Comparar puntuaciones entre poblaciones	Describir a los usuarios	
Selección Diseño adaptación	Determinar contenido del test	Fiabilidad y validez				
Determinar relevancia constructo	Formato ítems	Nivel comparabilidad				
Evaluar diferencia cultural/lingüística	Prueba piloto					

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (²⁴³)

Se presentan a continuación los cinco pasos que se deben seguir para obtener una buena adaptación cultural de una herramienta de medida según la OMS²⁴⁶:

1. Traducción.

Cada ítem del cuestionario de la versión original, habitualmente en inglés, será traducida al idioma que se pretende adaptar el cuestionario, realizado por al menos dos traductores bilingües independientes con diferentes perfiles, uno de ellos conocedor de los objetivos y los variables de estudio y el otro preferiblemente no conocedor del tema de estudio. Este método permitirá la detección de errores, dificultades de comprensión derivadas de palabras técnicas o no comunes del instrumento original.

2. Síntesis de Traducciones

Se realiza por parte de los traductores y equipo investigador. Se comparan ambas versiones, se identifican y se observan las discrepancias hasta alcanzar un consenso para obtener una única versión en el idioma destino.

3. Traducción inversa (retro-traducción)

La versión alcanzada por consenso será retrotraducida al idioma original, por parte de al menos dos traductores bilingües independientes de los primeros y quienes para reducir sesgos desconocerán la finalidad y conceptos del cuestionario original. Con este paso, se descubrirán las posibles faltas de adaptación al contexto cultural de la población diana; se analizarán la calidad visualizando diferencias conceptuales semánticas, evaluando que la traducción del cuestionario tiene el mismo significado que el original. Verificar esta versión retrotraducida con alguno de los autores del cuestionario original, da garantía del proceso de adaptación del cuestionario.

4. Pretest

Ejecución del instrumento por un grupo de entre 20-40 personas, que tendrán las características de la población diana. Su realización permite determinar la calidad de la traducción, viabilidad y aplicabilidad, determinando el tiempo real de cumplimentación del cuestionario y si se encuentra dentro de rangos razonables. Se analizarán si los ítems se han redactado de forma clara, sin palabras ambiguas, ajustándose a la población diana.

5. Revisión

La meta alcanzar en esta etapa consiste en acreditar la equivalencia intercultural de las versiones, llegando a un cuestionario consolidado pre-final. Se recomienda que se encargue de esta tarea un equipo multidisciplinar, profesionales sanitarios bilingües, especializados en el tema que se investiga de forma preferente, con conocimientos en metodología de la investigación. Durante este proceso es posible rechazar, modificar o

crear ítems adicionales si así lo considerase el grupo multidisciplinar. Se garantizará que la versión pre final sea comprensible y equivalente al cuestionario original

Guillemin et al²⁴⁸ determina que cuando se efectúa una adaptación transcultural de una herramienta de medida además de la equivalencia transcultural, hay que prestar especial atención al tipo de escenario al que va dirigido la herramienta, y apunta cinco escenarios posibles.

El primer escenario es aquel en el que se utiliza, el mismo idioma y cultura en el que se desarrolló el cuestionario original, no siendo necesario el proceso de adaptación, y el último escenario el extremo opuesto, la aplicación de un cuestionario en una cultura, idioma y país diferentes. El resto de los escenarios se exponen en la Tabla 9:

Tabla 9 Escenarios donde se necesita adaptación transcultural del instrumento

Población donde se quiere utilizar el instrumento	Resulta en un cambio en			Adaptación necesaria	
	Cultura	Idioma	País	Traducción	Adaptación transcultural
Misma población. Sin cambios en la cultura, idioma o país de origen	-	-	-	-	-
Inmigrantes residentes en el país de origen	x	-	-	-	x
Diferente país, misma lengua	x	-	x	-	x
Inmigrantes que no hablan el idioma del país origen	x	x	-	x	x
Diferente país, cultura e idioma	x	x	x	x	x

Nota: Escenarios que ilustran las diferentes necesidades para la adaptación de un instrumento. Tabla tomada de Guillermin (248)

Basándose en estos posibles escenarios, Beaton et al²⁴⁷ recomiendan una serie de directrices para el proceso de traducción y adaptación transcultural de cuestionarios. El proceso consta de las siguientes 6 etapas: Traducción directa, síntesis de traducciones, traducción inversa, revisión expertos, pre-test, evaluación final.

A modo de resumen podemos concluir, que, a pesar de las similitudes existentes entre las recomendaciones ofrecidas por las diferentes entidades, no existe en la actualidad, una única guía que proponga los pasos estándar a seguir para alcanzar una adaptación transcultural óptima de un instrumento, por lo que debemos buscar aquella que se asemeja más a nuestro diseño y objetivo de estudio.

5.2 Metodología

5.2.1 Tipo de estudio

Se realizó la traducción y adaptación transcultural de un instrumento de medida, empleando el sistema de traducción-retrotraducción, pilotaje y valoración por un panel de expertos, siguiendo las recomendaciones ofrecidas por Sousa et al²⁴¹ y la OMS²⁴⁶, tomando en consideración de igual forma, los métodos empleados en las adaptaciones transculturales del cuestionario SVEST en otros países y contextos¹⁹⁶⁻²⁰⁰.

5.2.1.1 Instrumento de partida: The second victim experience and support tool (SVEST)

El SVEST sirve para evaluar las experiencias de segunda víctima del personal sanitario, así como la calidad de los recursos de apoyo existentes; también puede ofrecer a los líderes de organizaciones de atención médica datos sobre los recursos de apoyo relacionados con la segunda víctima más preferidos por sus profesionales. El SVEST se puede administrar antes y después de implementar nuevos recursos de segunda víctima para medir las percepciones de efectividad¹⁹².

Consta de un total de treinta y seis ítems, los ítems se organizan en torno a siete dimensiones y dos variables de resultados; además, dispone de un apartado con siete ítems como opciones de respuesta, para que la segunda víctima refleje sus preferencias sobre formas de apoyo deseadas por parte de las instituciones.

- Siete dimensiones principales:
 - Dimensión 1 - Sufrimiento psicológico (4 ítems).
 - Dimensión 2 - Sufrimiento físico (4 ítems).
 - Dimensión 3 - Apoyo de los compañeros de trabajo (2 ítems + 2 ítems inversos).
 - Dimensión 4 - Apoyo del supervisor (1 ítem + 3 ítems inversos).
 - Dimensión 5 - Apoyo Institucional (1 ítems + 2 ítems inversos).
 - Dimensión 6 - Apoyo no relacionado con el trabajo (2 ítems inversos).
 - Dimensión 7 - Autoeficacia profesional. (4 ítems).
- Dos variables resultado:
 - Variable resultado 1 - Intención de cambio de trabajo (2 ítems).
 - Variable resultado 2-Absentismo (2 ítems).
- Formas de apoyo deseadas (7 ítems)

Sistema de puntuación del SVEST

Para obtener la puntuación de las siete dimensiones y las variables resultado se utiliza una escala Likert de 5 puntos, con una puntuación que va desde el 1 («Totalmente en desacuerdo») hasta 5 («Totalmente de acuerdo»). Las puntuaciones más altas están asociadas a una mayor experiencia y sentimiento de segunda víctima en el profesional. En los ítems inversos, las puntuaciones se invierten siendo el 1 («Totalmente de acuerdo») y 5 («Totalmente en desacuerdo») ¹⁹², nueve ítems son ítems inversos.

Las respuestas para la sección de formas de apoyo deseadas también se puntúan con una escala Likert de 1-5, donde 1 representa «Fuertemente no deseada» y 5 «Deseo fuerte». Una respuesta de 4 o 5 es representativa de una opción de apoyo deseable, mientras que una respuesta de 1 o 2 es indicativa de que la opción de apoyo es indeseable. Estos resultados pueden orientar los esfuerzos llevados a cabo por la institución para el apoyo de sus profesionales.

Así mismo es posible calcular el grado de acuerdo de los participantes para cada ítem calculando el porcentaje de personas que responden "De acuerdo o muy de acuerdo", lo que corresponde a puntuaciones $\geq 4,0$ puntos.

El procedimiento de desarrollo del SVEST original, fue examinado minuciosamente por el equipo investigador previo a ser seleccionado, para comprobar su validez de contenido, pues un cuestionario debe abarcar la mayor cantidad de dimensiones del concepto que se quiere estudiar y basarse en juicio de diferentes procedencias, revisión de la literatura, opinión de expertos y estudios de pilotaje, de esta forma se aseguró que el mismo cumplía con los requisitos buscados ¹⁹².

El cuestionario original Second Victim Experience and Support Tool puede consultarse en el (Anexo VI).

5.2.1.2 Proceso de traducción y adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español

Antes de comenzar con el procedimiento de adaptación del cuestionario SVEST, el equipo investigador comprobó si el fenómeno que mide el cuestionario original (fenómeno de segunda víctima) está presente en la cultura donde se pretende adaptar.

La Fase I de esta investigación fue dividida a su vez en tres subfases bien diferenciadas: subfase de traducción / retrotraducción, subfase de evaluación de validez lógica o aparente y subfase de evaluación de validez de contenido.

- SUBFASE DE TRADUCCIÓN / RETROTRADUCCIÓN

La traducción y retrotraducción es un método sistemático mediante el cual se alcanza un instrumento de evaluación en un idioma o ámbito diferente al que se desarrolló de

forma original, pero en el que se mantiene la equivalencia idiomática-semántica de la versión original y que permite aplicar el mismo a la nueva población para la que se ha adaptado²³⁸⁻²⁴⁰.

Para llegar a este fin se siguieron una serie de pasos que se detallan a continuación.

Paso 1. Solicitud de autorización al autor del cuestionario original para contar con su aprobación.

Se debe realizar la comprobación del registro de la propiedad intelectual, es decir, sobre quién recae el derecho de la propiedad intelectual del instrumento, para obtener posteriormente los permisos legales que permitan garantizar la autenticidad del producto final y proteger el trabajo de adaptaciones no autorizadas²⁴³.

Se contactó con el autor del cuestionario original, Dr. Jonathan D. Burlison, a través de dos vías: correo electrónico y mediante la web a través de la red social para investigadores ResearchGate®. Se envía la petición al autor del cuestionario por parte de la doctoranda vía email el 28 de septiembre del 2019 y el 18 de octubre de 2019 (Anexo VII).

Paso 2. Traducción del instrumento desde el idioma original al español, por dos traductores bilingües y evaluación de la dificultad de la traducción.

Las recomendaciones indican que la traducción del instrumento original debe realizarse al menos por dos traductores independientes con diferentes perfiles; uno de ellos conocedor de los objetivos y la temática de estudio, o con al menos relación con el entorno sanitario, y el otro preferiblemente no conocedor del tema de estudio^{243,249}.

Esta primera etapa, se centró en conseguir dos traducciones del cuestionario del idioma origen (inglés) al castellano. Éstas fueron ejecutadas de forma independiente por dos traductoras. Ambas recibieron el cuestionario original del SVEST vía telemática (email).

La primera traductora era matrona docente del CHUIMI, tenía idioma nativo español, pero era bilingüe desde la infancia para idioma inglés, habiendo cursado sus estudios profesionales en Inglaterra.

Ésta primera traductora tenía por tanto conocimientos previos sobre el fenómeno de segundas víctimas y era conocedora de los objetivos y variables del estudio.

La segunda, nativa inglesa con buen manejo del español, era traductora jurada oficial, con amplia experiencia en la traducción de certificados e informes médicos de clínicas privadas. No conocía ni los objetivos ni las variables del estudio.

A ambas traductoras se les solicitó que evaluaran la dificultad que habían objetivado al realizar las traducciones, ofertando tres opciones posibles para ello (nivel difícil/nivel medio/nivel fácil).

Para que la puntuación del cuestionario, fuera más sencilla, éste fue dividido en dos secciones bien diferenciadas.

La parte inicial, que incluía las instrucciones y método de puntuación del SVEST (Instructions for respondents/ Scoring the survey responses); y la segunda parte con los ítems propiamente dichos que componen el cuestionario (Survey Items).

Esta primera etapa culmina con dos traducciones que fueron evaluadas: Traducción 1 y Traducción 2.

Paso 3. Comparación de las dos traducciones obtenidas en el paso previo por el equipo investigador.

Ambas traducciones fueron analizadas y discutidas "debriefing" por el equipo investigador; la doctoranda y los dos directores de la tesis (una ginecóloga y un matró). El análisis consistió en la búsqueda de erratas, fallos de expresión, faltas de ortografía, así como búsqueda de grandes incongruencias entre traducciones.

Tras el análisis exhaustivo de ambas traducciones, por consenso se realizaron las modificaciones pertinentes, obteniendo como resultado la Traducción Revisada 1 (TR1) y Traducción Revisada 2 (TR2).

Paso 4. Evaluación de la equivalencia conceptual con panel de expertos.

El Método Delphi es una metodología estructurada para recoger de forma sistemática juicios de expertos sobre un tema de investigación²⁵⁰.

Consultar a especialistas en calidad de expertos, es una técnica habitual en investigación y su uso en el área sanitaria se ha incrementado en los últimos años. Este método puede servir para obtener la mayor cantidad de información posible sobre una temática, común en exploraciones cualitativas, o requerir llegar a consenso entre ellos²⁵¹⁻²⁵³.

Estudios actuales, indican que un grupo entre 8-12 expertos es un número pertinente para conseguir una adecuada adaptación transcultural y realizar una validación de contenido de instrumento de medida^{251,252}.

Por esta razón, se reclutó a un grupo multidisciplinar de diez expertos, fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de conveniencia a criterio del equipo investigador. En los criterios de selección de los expertos se buscaba la diversidad en aspectos como: nivel académico, años de experiencia, ámbito, categoría profesional y conocimiento sobre el tema a estudio.

Se invitó a participar a cada experto de forma personal y presencial, ofreciéndoles una petición formal de colaboración (Anexo VIII).

La petición de colaboración incluía, datos específicos sobre: el tema de la investigación, los objetivos que se perseguían, así como los criterios que se tenían que cumplir para ser incluido o excluido en el grupo.

A todos se les informó del carácter confidencial de los datos y de que no iba a ver compensación económica para participar como experto.

Además de los datos anteriores, se recopiló la firma de cada uno de los expertos como parte de su aceptación, su número de teléfono y correo, lo que facilitaría el contacto con cada uno de ellos durante todo el proceso.

Se instó a los expertos que aceptaron formar parte del panel a comprometerse a abstenerse de realizar deliberaciones sobre aspectos de la investigación con personas ajenas a esta, así como con los otros expertos participantes.

El método de comunicación entre los expertos y la doctoranda fue principalmente la telemática (email).

Una vez que los expertos hubieron aceptado participar en el estudio, se asignó un código alfanumérico a cada uno de ellos de forma aleatoria que sirvió como identificador durante todo el proceso, conocido únicamente por la doctoranda, cuyos objetivos se sustentaban en cumplir por un lado con el principio de confidencialidad y segundo para permitir un mejor manejo y sencillez de los datos que se manejaban.

Se les solicitó participar en dos momentos diferentes de la investigación: en esta subfase de traducción y retrotraducción y en la posterior subfase de evaluación de validación de contenido.

En la primera intervención, tuvieron como misión analizar y escoger entre las traducciones TR1/TR2 conseguidas en la fase anterior.

Para ello, se empleó la herramienta Google Form®. Se proporcionó acceso a dicha plataforma a través de un enlace web, el cual se les había hecho llegar vía email. Debían elegir de cada traducción la versión del ítem que preferían y que consideraban más adecuada. La elección debía fundamentarse en criterios de mejor comprensión, semántica y adecuación al contexto de segunda víctima, según criterio personal de cada uno.

En esta etapa se obtuvo el SVEST-E preliminar 1. Se puede consultar en (Anexo IX).

Paso 5. Comparación del SVEST-E preliminar 1 con la versión argentina del SVEST.

La adaptación Argentina del SVEST (Anexo X) que también ha sido desarrollada en castellano, pero validada en distinto país y contexto, ha sido cedida por su autora,

María Victoria Brunelli¹⁹⁴, con la finalidad de ser comparada con el SVEST-E preliminar 1.

Para contactar con la Dra. María Victoria Brunelli¹⁹⁴ se empleó la red social ResearchGate® nombrada anteriormente. Ver en (Anexo XI).

Paso 6. Traducción inversa (retrotraducción) de la versión preliminar obtenida, por otros dos traductores bilingües diferentes a los anteriores y evaluación de la dificultad de la traducción.

Según la OMS²⁴⁶, la versión alcanzada por consenso debe ser retrotraducida al idioma original, por parte de al menos dos traductores bilingües, por dos traductores independientes de los primeros y quienes para reducir sesgos, desconocen la finalidad y conceptos del cuestionario original. Con este paso, se descubre las posibles faltas de adaptación al contexto cultural de la población diana, se analiza la calidad visualizando diferencias conceptuales semánticas, evaluando que la traducción del cuestionario tiene el mismo significado que el original.

Tras obtener la versión española del SVEST-E preliminar 1, sometida a análisis por los expertos, equipo investigador y comparado con la versión argentina de la Dra. Brunelli, se continúa el proceso de retrotraducción propio para la adaptación transcultural de un cuestionario.

Para ello se dispuso, de dos traductores profesionales bilingües independientes (el primero nativo inglés y el segundo nativo español), siendo estos traductores distintos a los empleados en el paso 1.

Estos traductores no eran conocedores del tema de estudio, y trabajaron sin apoyo del cuestionario original del SVEST.

A ambos traductores, se les solicitó que evaluaran la dificultad que habían objetivado al realizar las traducciones, ofertando tres opciones posibles para ello (nivel difícil/nivel medio/nivel fácil), mismo método empleado en la primera etapa de traducción. Con ello se consiguieron las Retrotraducciones 1 y 2.

Paso 7. Comparación de las dos versiones retrotraducidas con el instrumento original por el equipo investigador en colaboración con el autor.

Verificar esta versión retrotraducida con alguno de los autores del cuestionario original, da garantía del proceso de adaptación del cuestionario^{241,243}.

Por esta razón, se le enviaron las dos retrotraducciones, así como el SVEST-E preliminar 1 como cortesía al autor del SVEST, ya que no teníamos en conocimiento su dominio del español, con la finalidad de verificar con él, que la adaptación transcultural

que se había seguido no había provocado una desviación sustancial del constructo que se abordaba que era fiel al mismo.

Con la verificación del autor, se determinó que la versión SVEST-E preliminar 1 no necesitaba cambios y se consideró como adecuada para ser sometida a la prueba de validez lógica o aparente y validación de contenido.

- SUBFASE DE EVALUACIÓN DE VALIDEZ LÓGICA O APARENTE

Esta fase valora, si el cuestionario o instrumento que se evalúa alcanza a medir el fenómeno que se pretende estudiar de manera adecuada en relación con la aceptabilidad que tiene dentro de la población a la que va dirigido, siendo evaluado cada ítem según criterios de comprensión, precisión del lenguaje y claridad^{254,255}.

Para ello, se ha de realizar un pre-test con la versión obtenida en la población diana (pilotaje), para detectar problemas con el instrumento, para estimar la factibilidad y comprensibilidad de este, así como para evaluar su aceptabilidad (Validez Lógica o Aparente).

No existe una definición reglada de qué es un estudio piloto. Se podría decir que cambia según las necesidades de cada campo de investigación y del diseño de estudio²⁵⁶. Sin embargo, una gran parte de las definiciones coinciden que los pre-test, permiten probar aspectos metodológicos de estudios de mayor escala o extensión, intentando evitar de esta manera fallas que a posteriori conducirían a costosos recursos²⁵⁶.

Su puesta en práctica ha de permitir evaluar las fases previas, es decir, calidad de la adaptación transcultural del instrumento, aplicabilidad o viabilidad.

Asimismo ayuda a establecer si el tiempo de cumplimentación (carga de administración del cuestionario o instrumento) está dentro de márgenes razonables, ya que los mejores instrumentos son inservibles si su aplicación resulta difícil o compleja; características como el tiempo empleado en la cumplimentación, sencillez del formato y claridad de las preguntas son aspectos esenciales^{257,258}.

Los estudios de pilotaje o pre-test tienen como meta alcanzar objetivos entre los que se encuentran²⁸⁷; probar la integridad del protocolo de estudio para el futuro estudio, lograr valoraciones previas para el cálculo del tamaño de la muestra, testear los instrumentos de recogida de datos, probar los procedimientos de asignación al azar, observar índices de aceptabilidad del estudio, intentar evitar sesgos y fallos en el estudio a posteriori etc.

Uno de los aspectos que más genera controversia en la prueba de pilotaje hoy día, se enfoca en el cálculo del tamaño muestral. De acuerdo con García-García^{259,260}, se recomiendan incluir entre 30 y 50 sujetos, los cuales deben tener las particularidades que se desean medir en la población objetivo. Esta cantidad resultaría suficiente para

obtener una curva de normalidad. Sin embargo otros autores remarcan que la cifra ideal se encuentra en un rango de 20-40 sujetos²³⁸.

En esta investigación, se ha empleado un pilotaje en población diana para estimar la factibilidad, viabilidad y aceptabilidad del instrumento, así como su adecuación cultural. Los profesionales participantes se eligieron mediante muestreo no probabilístico de conveniencia a criterio del equipo investigador.

El objetivo se centró en la identificación de ítems ambiguos, errores, conflictos de comprensión, además se investigó de forma cualitativa sobre la aceptabilidad del instrumento entre los participantes.

También se valoró el tiempo de respuesta que conllevaba su cumplimentación, los profesionales participantes se eligieron mediante muestreo no probabilístico de conveniencia a criterio del equipo investigador.

Un total de 20 profesionales (10 ginecólogos y 10 matronas) participaron en este pilotaje, a los que se les hizo llegar el cuestionario vía email. Para esto se diseñó un formulario electrónico, mediante la plataforma de encuestas online segura (Google Forms[®]), siguiendo las recomendaciones de las normas CHERRIES²⁶¹.

Este pre-test se realizó durante abril de 2020. A partir de las sugerencias adquiridas de este proceso se confeccionó el SVEST-E preliminar 2.

- SUBFASE DE EVALUACIÓN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

La validez de contenido, se define como el grado en el que el contenido del cuestionario o instrumento es capaz de lograr medir y representar la mayor parte de las dimensiones del constructo que se pretende estudiar^{262,263}.

Validación de contenido por un panel de diez expertos.

Para evaluar la validez de contenido se empleó la prueba de expertos descrita por Polit y Beck²⁶⁴, el cual se fundamenta en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos, para poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos.

El panel de expertos estuvo configurado por 10 profesionales, que fueron elegidos por muestreo no probabilístico de conveniencia por el equipo investigador. Los criterios de selección buscaban la diversidad en aspectos como: nivel académico, años de experiencia, ámbito, categoría profesional y conocimiento sobre el tema de las segundas víctimas.

A cada uno de ellos se les asignó un código conocido únicamente por los integrantes del equipo investigador para preservar el anonimato.

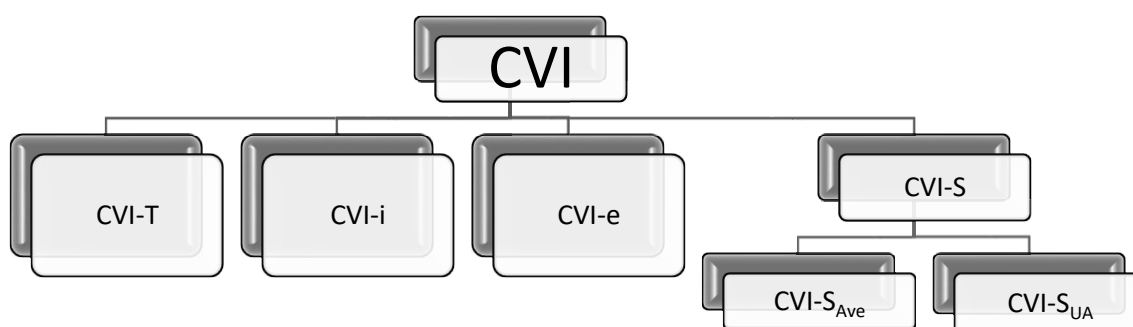
Cada experto puntuó los ítems del SVEST-E preliminar 2, según criterios de pertinencia y relevancia, con el empleo de una escala Likert con puntuaciones que oscilaban del 1 al 4 (de menor a mayor importancia en cuanto a pertinencia-relevancia). El valor 1 correspondía a un ítem no pertinente-relevante, 2 a poco pertinente-poco relevante, 3 pertinente-relevante y 4 muy pertinente-muy relevante.

Entendiendo relevancia como la importancia de cada ítem para el constructo que se pretende medir y criterios de pertinencia, si el ítem mide lo que se pretende medir con relación a su contenido^{254,255}.

Para recopilar estas puntuaciones fue empleada la misma plataforma que fue utilizada en la etapa previa de pilotaje.

Con las puntuaciones aportadas por los expertos, se calculó la validez de contenido de cada ítem (CVI-i), índice de validez de contenido por experto (CVI-e), la validez de contenido total (CVI-T) y el índice de validez por escala (CVI-S)²⁵⁸⁻²⁶³.

En el siguiente esquema (Ilustración 5) se pueden visualizar todas las medidas empleadas para la validación de contenido:



CVI	Validez de contenido
CVI-T	Validez de contenido total
CVI-i	Validez de contenido de cada ítem
CVI-e	Validez de contenido por experto
CVI-S	Validez de contenido por escala
CVI-S _{AVE}	Validez por escala con puntuaciones medias de los ítems
CVI-S _{UA}	Validez de contenido por ítem por acuerdo universal

Ilustración 5 Jerarquía de índices para el cálculo de la validez de contenido ⁽²⁵⁸⁻²⁶³⁾

A continuación, pasamos a explicar cómo se han realizado los cálculos de cada índice empleado.

Índice de validez de contenido para cada ítem del instrumento (CVI-i)

Es una de las medidas más ampliamente extendidas para su uso como método de cuantificación de validez de contenido en escalas con ítems usados en las investigaciones enfermeras, estando basado en calificaciones de expertos de relevancia^{263,265}.

Se calcula a partir de la fórmula:

$$\text{CVI-i} = \frac{\text{Número de expertos que concuerdan en el valor (valores entre 3 y 4) para el ítem}}{\text{Número total de expertos}}$$

Si el resultado es igual o mayor del 0,80 el ítem es considerado apropiado, si los valores se encuentran comprendidos entre 0,70 - 0,79 necesitan revisión²⁶⁶.

Índice de validez de contenido individual para cada experto (CVI-e)

Este índice se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{CVI-e} = \frac{\text{Número de ítems con puntuación entre 3 y 4 de un experto}}{\text{Número total ítems}}$$

Índice de validez de contenido general del instrumento (CVI-T)

Este índice se calcula a partir del sumatorio del CVI-e de cada experto dividido entre el total de expertos.

Fórmula:

$$\text{CVI-Total} = \frac{\sum_{i=1}^{\text{Número total de expertos}} \text{CVI-e}_{\text{EXP-i}}}{\text{Número total de expertos}} = \frac{\sum_{i=1}^{10} \text{CVI-e}_{\text{EXP-i}}}{10}$$

Índice de validez de contenido por escala (CVI-S):

Es la proporción de elementos del instrumento que alcanza una calificación de 3 o 4 por todos los expertos.

Se puede calcular por dos métodos diferentes:

- CVI-S_{Ave} puntuaciones medias de los ítems: Es la media de los valores obtenidos de CVI-i.

Fórmula:

$$\text{CVI-S}_{\text{AVE}} = \frac{\sum_{i=1}^{\text{Número total de ítems}} \text{CVI-i}}{\text{Número total de ítems}} = \frac{\sum_{i=1}^{36} \text{CVI-i}}{36}$$

- CVI- S_{UA} escala de validez de contenido por ítem por acuerdo universal:

Proporción de ítems que han obtenido una puntuación 3 o 4 por todos los expertos.

Fórmula:

$$\text{CVI-S}_{\text{UA}} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ítems que han obtenido una puntuación 3 o 4 por todos los expertos}}{\text{Número total de ítems}}$$

Los desarrolladores de instrumentos, no especifican qué método es preferible emplear el CVI-S_{Ave} o el CVI-S_{UA}, pudiendo incluso obtener resultados muy dispares entre los dos cálculos^{265,267}. Es por ello, que a menudo se usa como criterio de aceptabilidad 0,80^{265,267}.

Davis hace alusión de que para los nuevos instrumentos, se debe buscar al menos un acuerdo del 80% entre los expertos²⁶⁸. Para asegurar la validez de los ítems, en el cálculo del índice de validez de contenido se realizó la corrección del probable acuerdo al azar (P_a) y el índice Kappa modificado (K*), ambas medidas utilizadas ampliamente en la bibliografía^{264,265,269,270}.

Probabilidad de acuerdo por azar entre expertos (P_a)

La probabilidad de acuerdo por azar entre expertos se calculó con la siguiente fórmula:

$$P_a = \left[\frac{N!}{A! \cdot (N-A)!} \right] * 0,5^N$$

Donde N es el número de expertos y A es el número de acuerdo con buena relevancia, por tanto para puntuaciones de 3 y 4²⁶⁵.

Índice Kappa modificado (K*)

El índice Kappa modificado (índice de validez de contenido tras corregir el acuerdo al azar), ajusta el CVI-i mediante la probabilidad de acuerdo por azar que haya podido existir entre los expertos^{264,265}.

Su rango de referencia va de -1 y +1; siendo mayor el grado de concordancia inter-observador cuando los valores son más próximos a +1, cercanos a -1 expresa mayor grado de discrepancia entre los observadores, mientras que un valor K* igual a 0 indica que la concordancia que se observa es la esperada a causa exclusivamente del azar²⁷¹. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$K^* = \frac{(\text{CVI}_i - P_a)}{(1 - P_a)}$$

Los criterios de evaluación del K* fueron los descritos por Polit et al^{264,265}: Pobre: K* < 0,39, Moderado: K* = 0,40-0,59, Bueno: K* = 0,60-0,74, Excelente: K* > 0,74.

5.3 Resultados Fase I

Tras consultar la bibliografía, el equipo investigador, ha confirmado que el fenómeno de estudio existe en el contexto español.

Después de esta comprobación, se comienza la Fase I, el proceso se llevó a cabo entre octubre de 2019 y mayo de 2020.

- SUBFASE DE TRADUCCIÓN / RETROTRADUCCIÓN

Paso 1. Solicitud de autorización al autor del cuestionario original para contar con su aprobación.

El 18/10/2019 se ha obtenido la autorización y disposición para colaborar en el desarrollo del proceso de validación por parte del autor original del cuestionario SVEST (Anexo XII).

Paso 2. Traducción del instrumento original al español, por dos traductores bilingües y evaluación de la dificultad de la traducción.

La primera traductora puntuó la parte inicial, que incluía las instrucciones y método de puntuación del SVEST (Instructions for respondents/ Scoring the survey responses) con un nivel de dificultad Medio, mientras la segunda parte, los ítems propiamente dichos (Survey Items) que componen el instrumento los puntuó como Nivel fácil. Por su parte, la segunda traductora puntuó ambos apartados como Nivel Fácil. Esta etapa culminó consiguiendo dos traducciones del instrumento original. (Anexo XIII) traducción 1 y traducción 2 (Anexo XIV).

Paso 3. Comparación de las dos traducciones obtenidas.

El equipo investigador detectó algunos fallos de expresión. Así en la Traducción 1, en el ítem 1.1 la expresión "He tenido vergüenza" se sustituyó por "He experimentado vergüenza". En la Traducción 2, el ítem 2.1 se reemplazó "La carga psicológica" por "La carga mental"; también sufrió modificación el ítem 4.1 se reemplaza "Noto que mi supervisor" por "Siento que mi supervisor".

En la Traducción 2 se observaron dos faltas ortográficas por falta de tildes en las palabras (estrés y difícil).

No se observaron erratas en ningunas de las Traducciones ni se visualizaron incongruencias importantes entre las mismas.

Se alcanza así la Traducción Revisada 1 (TR1) y Traducción Revisada 2 (TR2).

Paso 4. Evaluación de la equivalencia conceptual mediante panel de expertos.

Seis hombres y cuatro mujeres conformaban el panel de expertos; nueve de ellos tenían residencia en Gran Canaria y uno en la península. Se pueden observar más específicamente los perfiles de cada experto en la siguiente tabla (Tabla 10):

Tabla 10 Perfiles del panel de experto (Ocupación, años de experiencia, ámbito y nivel académico)

Experto	Puesto que ocupa	Años de experiencia	Ámbito	Nivel académico
Experto 1	Coordinador de calidad del hospital	31 años	Asistencial Gestor	Licenciatura Medicina y Cirugía Diplomatura Urgencias Hospitalarias Máster Gestión de la Calidad Doctor Medicina
Experto 2	Ginecólogo Jefa de sección	22 años	Asistencial Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista Obstetricia y Ginecología
Experto 3	Ginecólogo Jefa de sección	30 años	Asistencial Gestor Docencia	Doctor en Medicina Máster Bioética
Experto 4	Matrona	31 años	Asistencial	Diplomatura Enfermería Matrona
Experto 5	Profesor Titular de Universidad	21 años	Docencia	Doctor
Experto 6	Especialista en Anestesiología y Reanimación	11 años	Asistencial Gestor Docencia	Doctor Medicina
Experto 7	Matrona	4 años	Asistencial	Diplomatura Enfermería Matrona
Experto 8	Matrona. Supervisora General	40 años	Gestor	Diplomatura Enfermería Matrona
Experto 9	Pediatra Profesor asociado de Universidad	30 años	Asistencial Docente	Licenciatura Medicina. Doctor Medicina
Experto 10	Ginecólogo Jefe de servicio Jefe de Departamento d Universidad	38 años	Asistencia Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista Obstetricia y Ginecología Doctor Medicina Catedrático

Con el empleo de las respuestas de apoyo de los expertos se determinó finalmente, que ítems constituirían el SVEST-E preliminar 1. Los ítems que se señalan en cursiva y en color verde oliva en la Tabla 11 fueron los seleccionados.

Tabla 11 Tabla comparativa entre TR1-TR2 e ítems revisados por equipo investigador

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Dimensión 1.0	<u>Sufrimiento psicológico.</u>	Malestar psicológico.	
Ítem 1.1	<u>He experimentado vergüenza por estos casos.</u>	He experimentado vergüenza por estas situaciones.	
Ítem 1.2	Mi participación en este tipo de casos me ha hecho temer futuros sucesos.	Mi implicación en este tipo de situaciones ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.	<u>Mi participación en este tipo de casos me ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.</u>
Ítem 1.3	<u>Mis experiencias me han hecho sentir triste.</u>	Las experiencias vividas me han hecho sentir afligido.	
Ítem 1.4	Siento un profundo remordimiento por mi implicación en este tipo de eventos.	<u>Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.</u>	
Dimensión 2.0	<u>Sufrimiento físico.</u>	Malestar físico.	
Ítem 2.1	<u>La carga mental de mi experiencia es agotadora.</u>	La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.	
Ítem 2.2	Mi experiencia con estos sucesos puede dificultarme dormir normalmente.	La experiencia que viví en estos sucesos me puede causar dificultades para dormir de manera regular.	<u>Mi experiencia en estos sucesos puede causarme dificultad para dormir de manera normal.</u>
Ítem 2.3	El estrés por estas situaciones me ha hecho sentir fatigas o náuseas.	<u>El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.</u>	
Ítem 2.4	Pensar en estas situaciones puede dificultarme tener apetito.	Pensar en estas situaciones hace que sea difícil tener apetito.	<u>Pensar en estas situaciones me hace difícil tener apetito.</u>

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Dimensión 3.0	Apoyo de los compañeros/as.	<u>Apoyo de los compañeros de trabajo.</u>	
Ítem 3.1	Aprecio los intentos de mis compañeros/as de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en mal momento.	Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden darse en el momento equivocado.	<u>Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.</u>
Ítem 3.2	Discutir lo sucedido con mis compañeros/as me da una sensación de alivio ^a	Hablar de lo que pasó con mis compañeros de trabajo me genera sensación de alivio. ^a	<u>Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio. ^a</u>
Ítem 3.3	<u>Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí. ^a</u>	Mis compañeros de trabajo pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido sobre mí. ^a	
Ítem 3.4	Mis compañeros/as me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores que haya cometido. ^a	<u>Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores que haya cometido. ^a</u>	
Dimensión 4.0	Apoyo del supervisor/a.	<u>Apoyo del supervisor.</u>	
Ítem 4.1	Siento que mi supervisor/a me trata adecuadamente después de estas ocasiones ^a .	<u>Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos. ^a</u>	
Ítem 4.2	Las reacciones de mi supervisor/a son justas ^a .	<u>Las respuestas de mi supervisor son justas. ^a</u>	
Ítem 4.3	<u>Mi supervisor/a culpa a las personas.</u>	Mi supervisor culpa a los individuos.	

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Ítem 4.4	Siento que mi supervisor/a evalúa estas situaciones de forma que considera la complejidad de las prácticas de atención al paciente. ^a	Siento que, al evaluar estas situaciones, mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de los métodos de atención al paciente. ^a	<u>Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente.</u> ^a
Ítem 5.1	Mi institución entiende que los involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier efecto que pueda tener sobre los profesionales de la salud. ^a	<u>Mi institución comprende que quienes están involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.</u> ^a	
Ítem 5.2	Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar los efectos de la participación en estos casos. ^a	Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos sucesos. ^a	<u>Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos.</u> ^a
Ítem 5.3	El concepto de preocupación por el bienestar de los involucrados en estas situaciones no es sólido en mi institución.	La noción de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.	<u>El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.</u>
Ítem 6.1	Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras una de estas situaciones. ^a	Después de sucederse alguna de estas situaciones, busco apoyo emocional en mis amigos y familiares cercanos. ^a	<u>Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones.</u> ^a
Ítem 6.2	El cariño de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos. ^a	El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a sobrellevar estos acontecimientos. ^a	<u>El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos.</u> ^a

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Ítem 7.1	Después de estar involucrado/a, experimenté sentimientos de insuficiencia en relación a mis habilidades para el cuidado de pacientes.	Tras mi implicación en algún evento, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación con mis capacidades para asistir al paciente.	<u>Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación a mis a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.</u>
Ítem 7.2	Tras el suceso me pregunto si realmente no soy un buen profesional de la salud.	La experiencia vivida hace que me pregunte si en realidad no soy un buen profesional sanitario	<u>La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente no soy un buen profesional sanitario.</u>
Ítem 7.3	Después de este suceso, tuve miedo de intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	Tras mi experiencia, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo	<u>Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.</u>
Ítem 7.4	Estas situaciones o sucesos no me hacen cuestionarme mis habilidades profesionales ^a .	<u>Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.</u> ^a	
Dimensión 8.0	<u>Intención de cambio de trabajo.</u>	Intenciones de abandono	
Ítem 8.1	Mi experiencia con estos sucesos me ha llevado a desear incorporarme a un trabajo fuera de la atención al paciente.	La experiencia vivida con estos eventos me ha llevado a querer ocupar un puesto fuera del ámbito de la asistencia sanitaria.	<u>Mi experiencia con estos sucesos me ha hecho desear ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.</u>
Ítem 8.2	<u>A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.</u>	A veces el estrés derivado de mi implicación en estas situaciones me lleva a querer dejar mi trabajo.	

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Ítem 9.1	Tras un evento adverso con un paciente o un error médico he tenido que cogerme un parte de 24 horas por salud mental.	<u>La experiencia vivida con un evento adverso con un paciente o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental.</u>	
Ítem 9.2	Me he cogido una baja tras una de estas instancias.	<u>Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de dichos sucesos.</u>	
Dimensión 10.0	<u>Formas de apoyo deseadas</u>	Formas de apoyo preferidas	
Ítem 10.1	La capacidad de irme de mi unidad por un tiempo.	La posibilidad de tomarme unos días libres alejados de mi unidad durante un corto periodo.	<u>La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo</u>
Ítem 10.2	Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarse y recomponerse tras uno de estos eventos.	Un lugar tranquilo específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	<u>Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos</u>
Ítem 10.3	Un compañero respetado con el que poder discutir los detalles de lo sucedido.	<u>Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.</u>	
Ítem 10.4	Un programa de ayuda al empleado que pueda proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del trabajo.	Un programa de asistencia al empleado que pueda proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	<u>Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.</u>
Ítem 10.5	Una discusión con mi superior o supervisor sobre el incidente.	Una conversación con mi superior inmediato o mi supervisor sobre el incidente.	<u>Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.</u>

Dimensión/ Ítems	Traducción revisada 1	Traducción revisada 2	Ítems modificados equipo investigador
Ítem 10.6	La oportunidad de tener una cita con un terapeuta en mi hospital para discutir el evento.	La oportunidad de programar una cita con un asesor en mi hospital para comentar el evento.	<u>La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.</u>
Ítem 10.7	<u>Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia puede estarme afectando.</u>	Una forma confidencial para ponerse en contacto con alguien las 24 horas del día para hablar sobre la forma en la que lo que viví puede estar afectándome.	

En resumen, el SVEST-E preliminar 1, estuvo constituido por once ítems elegidos de la Traducción revisada 1, doce ítems de la traducción revisada 2 y diecinueve ítems a los que se les hicieron modificaciones por parte del equipo investigador.

Paso 5. Comparación del SVEST-E preliminar 1 con la versión argentina del SVEST.

El 10/12/2019 se recibe respuesta de la Dra. María Victoria Brunelli, que nos aporta la versión argentina del SVEST.

Los ítems en cursiva subrayados y de color verde oliva, son los identificados por el equipo investigador con expresiones culturales y lingüísticas diferentes. Se puede consultar de forma más detenida a continuación en la Tabla 12:

Tabla 12 Comparación SVEST-E preliminar 1 y la versión argentina del SVEST

Ítem	SVEST-E preliminar 1	Versión argentina del SVEST
1.1	He experimentado vergüenza por estos casos.	Sentí vergüenza por ese incidente.
1.2	Mi participación en este tipo de casos me ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.	Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo algún incidente.
1.3	Mis experiencias me han hecho sentir triste.	Me sentí triste por la experiencia frente al evento.
1.4	Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	Siento una profunda culpa por haber experimentado un error.
2.1	La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.	El stress que me provocó fue agotador.
2.2	Mi experiencia en estos sucesos puede causarme dificultad para dormir de manera normal.	Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes.
2.3	El estrés de estas situaciones me hace sentir nauseas o mareos.	La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas, etc.).
2.4	Pensar en estas situaciones me hace difícil tener apetito.	Pasar por estas situaciones me afectó el apetito.
3.1	<u>Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.</u>	<u>Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme.</u>
3.2	Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio. ^a	Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio. ^a
3.3	<u>Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.</u>	<u>Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó.</u>
3.4	Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores que haya cometido. ^a	Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores. ^a
4.1	<u>Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos.^a</u>	<u>Mi supervisor actúa para resolver la situación.^a</u>
4.2	Las respuestas de mi supervisor son justas. ^a	FALTA ÍTEM
4.3	Mi supervisor culpa a las personas.	Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas.
4.4	Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente.	Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones.
5.1	<u>Mi institución comprende que quienes están involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.^a</u>	<u>Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió.^a</u>
5.2	Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos. ^a	Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda. ^a
5.3	<u>El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.</u>	<u>Mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias.</u>
6.1	Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones. ^a	Cuando me equivoqué busque a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional. ^a

Ítem	SVEST-E preliminar 1	Versión argentina del SVEST
6.2	El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos. ^a	El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes. ^a
7.1	Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación a mis a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales.
7.2	La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente no soy un buen profesional sanitario.	Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional.
7.3	Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.
7.4	<u>Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.^a</u>	<u>Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.^a</u>
8.1	Mi experiencia con estos sucesos me ha hecho desear ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.	Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes.
8.2	A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.	En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo.
9.1	La experiencia vivida con un evento adverso con un paciente o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental.	Mi experiencia con un evento adverso o error ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés.
9.2	Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de dichos sucesos.	Me hubiese gustado tomarme unos días sin trabajar después de lo que ocurrió.

Se encontraron siete ítems, con ciertas diferencias lingüísticas; el ítem más distante entre ambas versiones es el ítem 7.4 "Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales^a", en el cuestionario original y el SVEST-E preliminar 1, es expresado en negativo en contraposición a la versión argentina "Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.^a"

En la versión argentina falta el ítem 4.2 de la dimensión Apoyo del supervisor. "Las respuestas de mi supervisor son justas".

Sin embargo y a pesar de estas sutiles diferencias lingüísticas y conceptuales, el SVEST-E preliminar 1 y la versión argentina mostraron una similitud superior al 80% en contenido.

Paso 6. Traducción inversa (retrotraducción) de la versión preliminar obtenida, por otros dos traductores bilingües diferentes a los anteriores y evaluación de la dificultad de la traducción.

El primer traductor puntuó la parte inicial, que incluía las instrucciones y método de puntuación del SVEST (Instructions for respondents/ Scoring the survey responses) y los ítems propiamente dichos (Survey Items) que componen el instrumento, los puntuó

como Nivel fácil. Por su parte el segundo traductor puntuó el primer apartado con una puntuación Nivel Medio y Nivel fácil el segundo apartado.

Este paso finaliza con la obtención de la Retrotraducción 1 (Anexo XV) y retrotraducción 2 (Anexo XVI).

7. Comparación de las dos versiones retrotraducidas con el instrumento original por el equipo investigador en colaboración del autor.

El autor nos confirmó vía email el objetivo, que el contenido de la versión obtenida correspondía con la versión original del SVEST (10/02/2020 Anexo XVII).

Tras esto, la versión final SVEST-E preliminar 1 obtenida (Anexo XVIII) fue sometida a la evaluación de la validez lógica o aparente y de la validez de contenido.

- SUBFASE DE VALIDEZ LÓGICA O APARENTE

Pre-test con la versión obtenida en la población diana, para detectar problemas con el instrumento, para estimar la factibilidad y comprensibilidad de este, así como para evaluar su aceptabilidad (Validez Lógica o Aparente).

Veinte profesionales participaron en el pilotaje (10 ginecólogos y 10 matronas), siendo en su mayoría mujeres (18 / 90%) con una media de 38,4 años (DE = 2,7 años). El 100% tenía nacionalidad española, siendo profesionales asistenciales del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de las Palmas de Gran Canaria (Hospital de tercer nivel).

La prueba de pilotaje detectó la necesidad de cambios de sintaxis en 11 ítems para mejorar la comprensión de estos, que fueron consensuadas por el equipo investigador y que no supusieron cambios sustanciales importantes en los mismos. No se añadió ni eliminó ningún ítem. El tiempo promedio de duración de la encuesta en el pilotaje fue de 10,3 minutos (DE = 1,4).

Todas las matronas y tocólogos que participaron afirmaron que el cuestionario que se les había presentado se entendía, no era de difícil comprensión, confuso ni ambiguo, así mismo abordaba de manera eficaz el fenómeno de segundas víctimas. Sin embargo, ambas categorías profesionales aportaron sugerencias para ítems concretos como forma de mejora.

En la Tabla 13, se muestran las aportaciones ofrecidas por los profesionales para la transformación de los ítems detectados como más confusos:

Tabla 13 Aportaciones ofrecidas en el pilotaje de Matronas / Tocólogos

Ítem	Original	Matronas	Tocólogos
1.1	He experimentado vergüenza por estos casos.		He experimentado vergüenza.
1.2	Mi participación en este tipo de casos me ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.		Mi participación en este tipo de sucesos ha hecho que tenga cierto temor a incidentes futuros Mi intervención en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a problemas futuros
2.2	Mi experiencia en estos sucesos puede causarme dificultad para dormir de manera normal.		Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño
2.3	El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos		Las náuseas o mareos son provocados cuando se está viviendo la situación o pensando en ella
2.4	Pensar en estas situaciones me hace difícil tener apetito.	Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.	Pensar en estas situaciones hace que tenga pérdida de apetito
		Pensar en estos incidentes hace que se me quite el apetito.	
		Pensar en estas situaciones hace que me disminuya el apetito.	
3.1	Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado		Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos no son de todos útiles
3.3	Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.		Mis compañeros/as parecen ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.

Ítem	Original	Matronas	Tocólogos
3.4	Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores que haya cometido		Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores
4.2	Las respuestas de mi supervisor son justas		Siento que las respuestas de mi supervisor son justas
4.3	Mi supervisor culpa a las personas.		Mi supervisor culpa al equipo de trabajo
			Siento que mi supervisor culpa a las personas
5.1	Mi institución comprende que quienes están involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.		Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.
6.1	Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones		Cuando me he visto involucrado en un evento adverso busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos
7.2	La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente no soy un buen profesional sanitario.	La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.	
8.1	Mi experiencia con estos sucesos me ha hecho desear ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.		El haberme visto involucrado en eventos adversos me ha hecho desear ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.
			El haberme visto involucrado en eventos adversos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.

Ítem	Original	Matronas	Tocólogos
8.2	A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.		A veces, el estrés que me han ocasionado me ha hecho querer dejar mi trabajo.
			A veces, el estrés que me han ocasionado me ha hecho desear dejar mi trabajo.
9.1	La experiencia vivida con un evento adverso con un paciente o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental.		La experiencia vivida me ha llevado a necesitar tomarme algún día libre para poder recuperarme
10.4	Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo		Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento legal, psicológico gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.
10.7	Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia puede estarme afectando.	Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	

Por tanto, dieciocho ítems fueron propuestos para cambio entre las dos categorías profesionales, los ítems 2.4 y el 3.3 fueron los más confusos, el ítem 2.4 fue propuesto para cambiar por un total de cinco profesionales y el 3.3 por 4 profesionales.

El SVEST-E preliminar 2, se elaboró definitivamente con cuatro ítems propuestos por los tocólogos (1.2 / 2.2/ 3.4/ 5.1), cuatro por matronas (2.4 / 3.3 / 7.2 / 10.7) y cuatro ítems modificados por el equipo investigador (4.3 / 9.1 / 9.2)

En el (Anexo XIX) puede consultarse el SVEST –E PRELIMINAR 2.

- SUBFASE DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Validación de contenido por un panel de diez expertos

El SVEST –E preliminar 2, fue sometido a una validación de contenido mediante el juicio de un panel expertos, siendo estos los mismos que habían intervenido en etapas anteriores.

Los resultados alcanzados se muestran en dos tablas, la Tabla 14 que refleja las puntuaciones de los expertos para cada ítem y la Tabla 15, con los resultados de validez de contenido por cada ítem (CVI-i), la probabilidad de acuerdo por azar y el índice de kappa modificado.

Tabla 14 Puntuaciones de los expertos para cada ítem

Dimensión	N° ítem	Expertos									
		EXP1	EXP2	EXP3	EXP4	EXP5	EXP6	EXP7	EXP8	EXP9	EXP10
Sufrimiento Psicológico	1.1	4	3	3	1	4	3	4	2	4	3
	1.2	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4
	1.3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3
	1.4	2	4	4	3	4	4	4	3	3	2
Sufrimiento Físico	2.1	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3
	2.2	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3
	2.3	2	3	4	3	4	4	4	3	3	2
	2.4	2	3	4	3	4	4	4	3	3	3
Apoyo compañeros	3.1	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3
	3.2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
	3.3	4	2	4	3	4	4	4	3	3	3
	3.4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4
Apoyo Supervisor	4.1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
	4.2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3
	4.3	2	4	4	1	3	2	4	1	4	4
	4.4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4
Apoyo Institución	5.1	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4
	5.2	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4
	5.3	2	4	4	4	4	4	3	1	4	4
Apoyo No relacionado trabajo	6.1	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4
	6.2	3	3	4	4	4	2	4	3	4	2
Autoeficacia profesional	7.1	3	3	4	3	4	4	4	3	3	2
	7.2	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4
	7.3	3	4	4	3	4	4	4	2	3	4
	7.4	2	3	4	2	4	3	4	2	4	4
Intención cambio trabajo	8.1	3	4	4	2	4	3	4	3	2	4
	8.2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4
Absentismo	9.1	4	4	4	3	4	2	4	1	3	2
	9.2	4	2	4	3	4	4	4	1	3	4
Formas de apoyo deseadas	10.1	2	1	4	1	4	4	4	3	1	3
	10.2	2	2	4	4	4	3	4	2	4	2
	10.3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4
	10.4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4
	10.5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
	10.6	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2
	10.7	4	1	4	4	4	4	4	2	4	2

Tabla 15 Análisis de la validez de contenido por ítem

Ítems	Número de expertos	Número que toman puntuación 3 o 4	CVI-item ¹	Probabilidad acuerdo por azar	Kappa modificado	Evaluación
1.1	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
1.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
1.3	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
1.4	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
2.1	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
2.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
2.3	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
2.4	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
3.1	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
3.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
3.3	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
3.4	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
4.1	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
4.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
4.3	10	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
4.4	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.1	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.2	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.3	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
6.1	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
6.2	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
7.1	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
7.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
7.3	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
7.4	10	7	0,70	0,117	0,66	Bueno
8.1	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
8.2	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
9.1	10	7	0,70	0,117	0,66	Bueno
9.2	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
10.1	10	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
10.2	10	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
10.3	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
10.4	10	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
10.5	10	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
10.6	10	8	0,80	0,044	0,79	Excelente

Ítems	Número de expertos	Número que toman puntuación 3 o 4	CVI-item1	Probabilidad acuerdo por azar	Kappa modificado	Evaluación
10.7	10	7	0,70	0,117	0,66	Bueno
CVI-i ¹ : Validez de contenido por cada ítem Probabilidad acuerdo por azar: $[N!/(A!(N-A)!)] * 0,5^N$, donde N = n° experto y A = n de acuerdo con buena relevancia Kappa modificado: $(K^* = (CVI-i-Pa) / (1-Pa))$ para cada ítem del instrumento Evaluación: (Pobre: valores $K^* < 0,39$; Moderado: valores $K^* = 0,40-0,59$; Bueno: valores $K^* = 0,60-0,74$; Excelente: valores $K^* > 0,74$) ^{264,265}						

Por su parte, las puntuaciones medias de los ítems CVI-Save obtuvieron un valor de 0,87 y la CVI- SUA un valor de 0,36.

Los CVI-e para cada experto oscilaron entre valores de 1 (cuatro expertos) y 0,58 (un experto). En la Tabla 16, pueden consultarse todos los valores.

Tabla 16 Índice de validez de contenido para cada experto

Expertos	Índice de validez de contenido individual para cada experto (CVI-e)
Experto 1	0,77
Experto 2	1
Experto 3	0,83
Experto 4	1
Experto 5	1
Experto 6	0,91
Experto 7	1
Experto 8	0,58
Experto 9	0,86
Experto 10	0,75

Si analizamos los resultados se puede identificar que, de los treinta y seis ítems que componen el total del cuestionario, treinta ítems (83,3%), mostraron una excelente validez de contenido, $CVI-i \geq 0,79$, tres ítems (8,3%) mostraron buena validez de contenido $CVI-i \leq 0,79$ y $\geq 0,70$ (ítems 7.4, 9.1, 10.7) y tres ítems (8,3%) escasa validez de contenido $CVI-i \leq 0,70$ (ítems 10.1, 10.2)^{265,272,273}.

Un total de cinco ítems, obtuvieron valores de CVI-i por debajo de 0,79.

El 7.4 "Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales", de la dimensión Autoeficacia profesional el 9.1 "La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme" de la dimensión absentismo el 10.1 "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo" de la sección formas de apoyo deseadas el 10.2 "Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos", de la sección formas de apoyo deseadas y el

10.7 "Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome. Dimensión formas de apoyo deseadas", de la sección formas de apoyo deseadas.

Estos ítems fueron sometidos a una nueva ronda de valoración por los expertos que los habían puntuado previamente con 1 o 2, se les indicó que aportaran recomendaciones para mejorarlos.

Las propuestas de mejora fueron:

El experto con código alfanumérico EXP8, propuso cambiar del ítem 7.4 "Estas situaciones no hacen que me cuestione" por "Estas situaciones haría que me cuestione mis habilidades profesionales", el EXP10, señaló el ítem 9.1 "La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme" e indicó que con la siguiente modificación era menos confuso, 9.1 "La experiencia vivida con el evento adverso o error médico me ha llevado a pedir la baja por depresión".

Para finalizar el experto EXP1 indicó la necesidad de cambio en tres ítems de la sección formas de apoyo deseadas, planteando los siguientes cambios en el ítem 10.1 "La posibilidad de una baja por periodo de tiempo según la evolución de mejora de cada profesional". 10.2 "Un lugar tranquilo y acondicionado para la intimidad y confidencialidad en esos momentos que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos". Y el 10.7 "Disponer de un apoyo psicológico de forma continuada y la posibilidad de una baja durante un corto espacio de tiempo en función de la evaluación psicológica".

El equipo investigador deliberó y llegó a la decisión de mantener los ítems con puntuaciones de $CVI-i \leq 0,70$ en el SVEST-E - preliminar 2, se consensuó que las aportaciones de los ítems por los expertos, sí que se tendrían en cuenta en los análisis factoriales posteriores y sería ahí según los resultados que se obtuvieran, los que marcarían la decisión de excluirlos finalmente o conservarlos del SVEST definitivo.

Se consideró que el $CVI-S_{Ave}$ con valores de 0,80 o mayores eran aceptables, siguiendo las recomendaciones de la literatura científica^{294,298,299}.

El $CVI-S_{UA}$ se posicionaba bajo el valor de aceptabilidad, es decir menor de 0,80, sin embargo y a pesar de ello, el de $CVI-S_{Ave}$ era de 0,87 valor superior al establecido por lo que se determina que el instrumento es válido²⁸².

El instrumento final obtenido denominado SVEST-E posee un CVI -Total de 0,87 y consta de 36 ítems totales, subdivididos en siete dimensiones (25 ítems), dos variables resultado (4 ítems) y una sección de formas de apoyo (7 ítems de respuesta de apoyo).

Se contactó con el autor original del cuestionario y se le informó de los valores obtenidos en la validez de contenido y se le proporcionó la versión final del instrumento (SVEST-E) el cual se puede consultar en el (Anexo XX).

En el siguiente diagrama Ilustración 6 se resumen los pasos realizados en la Fase I de esta investigación:

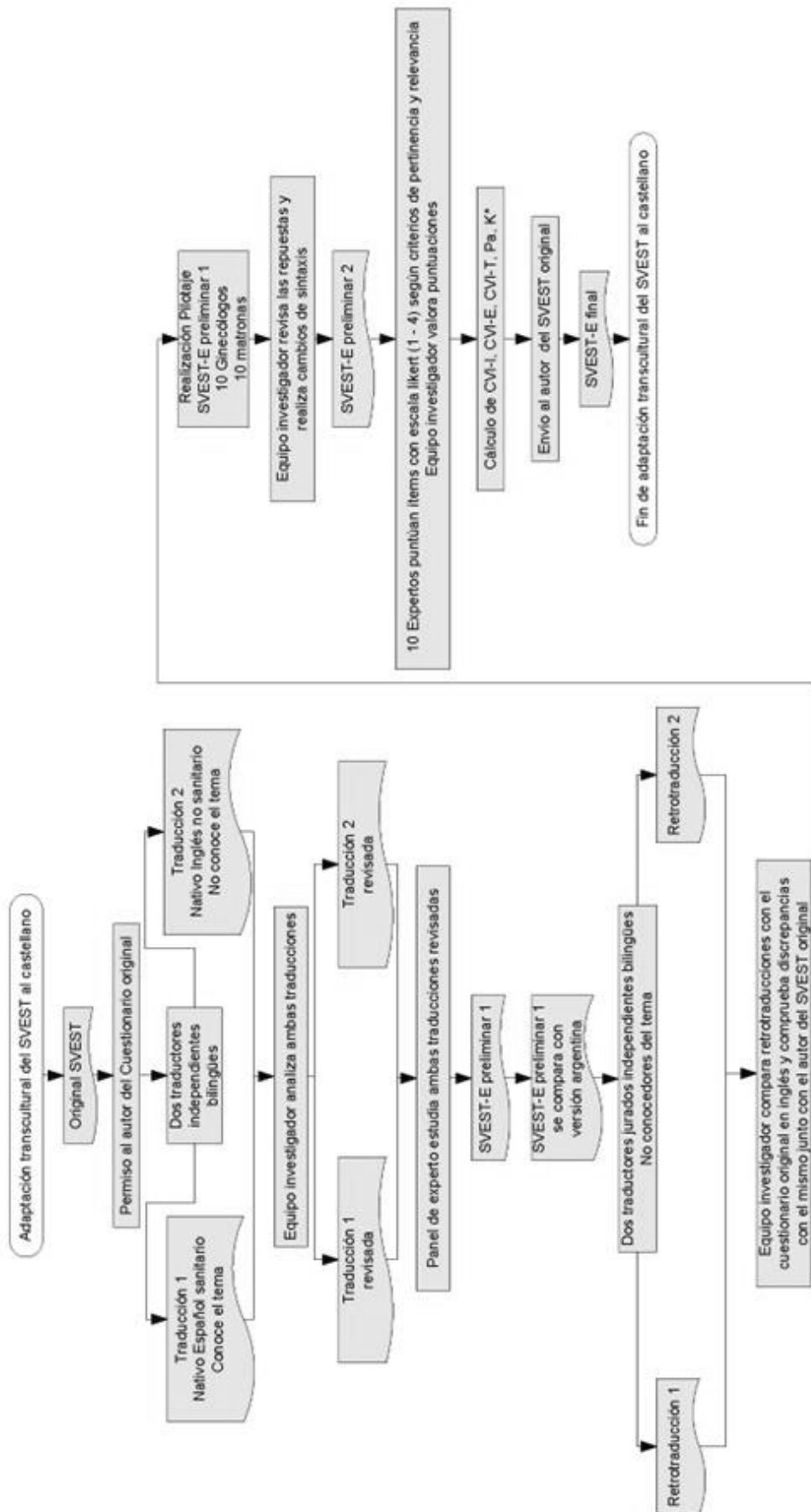


Ilustración 6 Diagrama de los pasos seguidos en Fase

FASE II:
Validación y evaluación de las
propiedades psicométricas del
SVEST-E

6 FASE II - Validación y evaluación de las propiedades psicométricas del SVEST-E

6.1 Antecedentes –Evaluación de las propiedades psicométricas de un instrumento de medida.

Una vez alcanzada la adaptación transcultural de un instrumento, el mismo ha de pasar por la evaluación de una serie de propiedades psicométricas, garantizando que el instrumento tiene el suficiente rigor para ser usados^{254,255,274}.

A continuación se presentan las propiedades psicométricas más importantes que se deben evaluar en los instrumentos de medida^{275,276}:

Viabilidad: Se valoran diferentes características, como el tiempo que se debe emplear para la cumplimentación del cuestionario, los recursos necesarios (personal, procesamiento de datos) o la dificultad de comprensión del instrumento de medida tanto para los profesionales como los usuarios^{277,278}.

Sensibilidad al cambio: Se define como la capacidad de discriminar los cambios en el estado de salud. Para su evaluación y análisis se emplea la prueba de Friedman, el modelo de medidas repetidas y análisis de varianza para mediciones repetidas²⁷⁹.

Validez: Es la capacidad que posee un instrumento de evaluar aquel constructo para el que ha sido elaborado^{254,255}, los dos primeros tipos de validez que van a nombrarse, han sido comprobados en la fase I, el resto van a calcularse a lo largo de esta fase:

- Validez facial, lógica o aparente: Este término valora si el cuestionario o instrumento que se evalúa alcanza a medir el fenómeno que se pretende estudiar de manera adecuada respecto a la aceptabilidad que tiene dentro de la población a la que va dirigido, evaluando cada ítem según criterios de comprensión, precisión del lenguaje y claridad.
- Validez de contenido: Determina si el instrumento y sus ítems son indicadores de lo que se pretende medir. Se emplea un panel de expertos para evaluar la validez de contenido, puntuando mediante criterios de pertinencia (el ítem mide lo que se pretende medir en relación con su contenido) y relevancia (importancia de cada ítem respecto al constructo que pretende medir).
- Validez de constructo: Se centra en la recolección e interpretación de la información conseguida, garantizando que los datos obtenidos puedan considerarse y emplearse para medir el fenómeno en estudio. Para su cálculo se utiliza el análisis inferencial, el análisis factorial y la matriz multirrasgo-multimétodo.

Hay dos aspectos que se pueden diferenciar en la validez de constructo: la validez estructural y la evaluación de hipótesis.

- ✓ Validez estructural: Permite establecer si el constructo consta de una o más dimensiones. Mokkink et al²⁸⁰ define la validez estructural como el grado en que las puntuaciones de un instrumento de medida son un reflejo adecuado de la dimensionalidad del constructo que se va a medir²⁸⁰.
- ✓ Evaluación de hipótesis: El principio básico de la validación de constructo es que dichas hipótesis se formulen sobre las relaciones de las puntuaciones del instrumento bajo estudio con las puntuaciones de otros instrumentos que midan constructos similares o no, o sobre las diferencias en las puntuaciones de instrumentos entre subgrupos²⁸¹.

La validez estructural se puede medir a través de un Análisis Factorial (AF). El AF se define como un análisis estadístico multivariante que limita un conjunto de variables relacionadas en un número de factores (variables comunes)²⁵⁴. El AF se emplea para visualizar las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems del instrumento. Existen dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio²⁸².

El AFE, se usa para tratar de descubrir la estructura interna de un número amplio de variables. La hipótesis previa describe la posible existencia de factores asociados a un conjunto de variables. Examinando las cargas factoriales de los ítems podemos hacer la interpretación de un factor. Representan la variabilidad de cada ítem explicada por cada factor^{275,276}.

Ciertos autores, instan a señalar las cargas cuyos ítems muestren al menos un 15% de la varianza común con el factor²⁸³. Para ello se hace necesario que una correlación entre las variables del instrumento^{275,276,281}.

La prueba de Bartlett tiene como objetivo analizar si la hipótesis de que todas las correlaciones entre los diferentes ítems son iguales a 0 es cierta; si fuera así, no tendría sentido hacer grupos de variables especialmente relacionados. Si la prueba sale significativa ($p \leq 0,05$), se puede descartar esta nulidad de la matriz de correlaciones y por tanto puede ser conveniente hacer el análisis factorial. La prueba de esfericidad es especialmente potente cuando las muestras analizadas son pequeñas ($n < 100$) y hay muchas variables (> 9)^{284,285}.

El KMO muestra el grado de intercorrelación de las variables; es un índice que varía entre 0 y 1; cuanto más cercano a 1 más pertinente es hacer el análisis factorial; si es mayor de 0,7 se considera factible. Dziuban y Shirkey²⁸⁶ propusieron unos valores orientativos para interpretar el KMO. Se pueden consultar en la Tabla 17.

Tabla 17 valores Kaiser-Meyer-Olkin para el Análisis factorial

Valor de KMO	Adecuación muestral
> 0,9	Excelente
0,8 - 0,9	Destacable
0,7 - 0,8	Moderada
0,6 - 0,7	Mediocre
0,5 - 0,6	Insignificante
< 0,5	Inaceptable

Nota: Valores de KMO para realizar el análisis factorial. Tomada de Dziuban y Shirkey ⁽²⁸⁶⁾

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) su objetivo es analizar si el número de factores obtenidos y sus cargas son los que se habían determinado a priori, siendo ésta la existencia de unos determinados factores preestablecidos y que cada uno de ellos está asociado con un determinado subconjunto de las variables. El AF podría visualizar entonces el nivel de confianza para establecer si se puede aceptar o no la hipótesis nula^{276,281}.

- Validez de criterio: Consiste en la comparación de las puntuaciones obtenidas con un Gold Standard, que nos garantiza que el instrumento evalúa lo que se pretende medir. Sin embargo, no siempre se dispone de este patrón de oro, por lo que se suele recurrir en estos casos, a utilizar otros instrumentos que han sido comprobados en estudios previos y que permiten demostrar que existe garantía de medir lo que se desea medir. Dentro de la validez de criterio se pueden distinguir dos dimensiones: la validez concurrente y la validez predictiva^{287,288}
 - ✓ La validez concurrente mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo y en los mismos sujetos. Puede medir la correlación con el instrumento en global o de cada ítem. Esta técnica se utiliza también para seleccionar los mejores ítems de un instrumento y realizar las modificaciones en el instrumento que se está validando. Es importante estar seguro de que el instrumento utilizado como estándar ha sido validado y no solo reconocido como instrumento estándar por la frecuencia de su uso.
 - ✓ La validez predictiva mide el grado de correlación entre un instrumento y una medida posterior del mismo concepto o de otro que está estrechamente relacionado. Mide de qué manera un instrumento predice una evolución o un estado posterior^{276,281,289}.

En la Ilustración 7 se pueden consultar los diferentes tipos de validez.

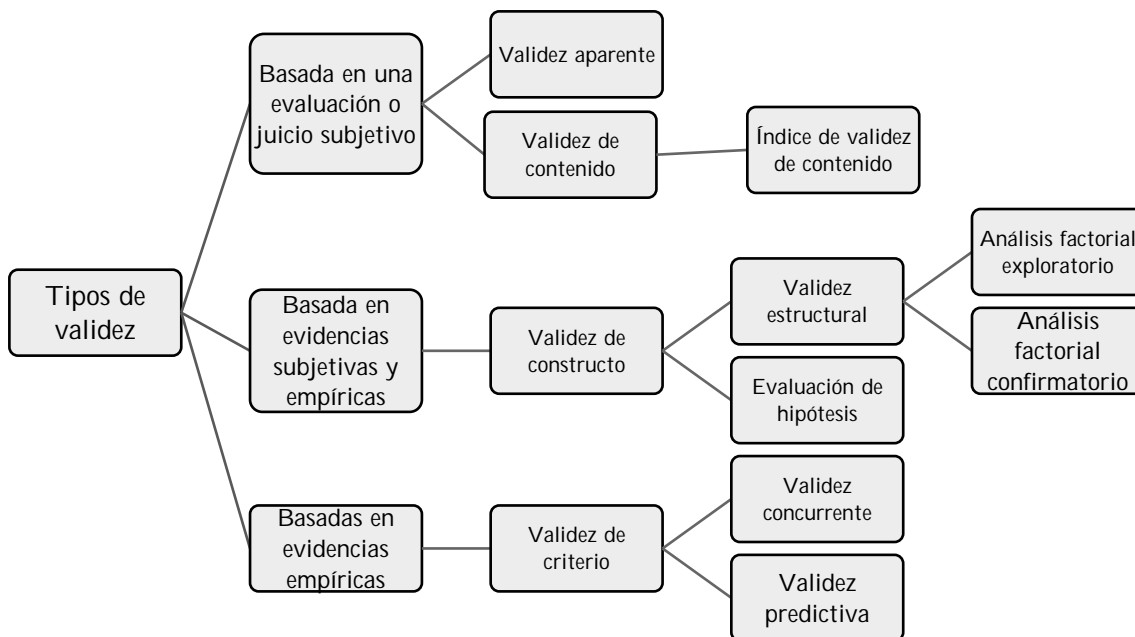


Ilustración 7 Tipos de validez instrumento de medida ^(287, 288)

Fiabilidad: También se denomina reliability (inglés original), y representa el grado en que el cuestionario es preciso en sus resultados, sin error aleatorio, siendo capaz de dar resultados veraces y constantes en condiciones similares^{276,281,289}. La fiabilidad de un instrumento se puede estimar en base a diferentes maneras: en términos de estabilidad temporal o al cambio, consistencia interna o concordancia interobservador.

- Estabilidad temporal o al cambio: Es la correlación obtenida entre los resultados del test al ser evaluado en diferentes momentos por el mismo evaluador y en la misma muestra, detectando cambios clínicamente relevantes en caso de que se presentaran (fiabilidad test-retest)²⁵⁴. Cuando el instrumento de medida es cuantitativo, la valoración de la estabilidad se realiza mediante el cálculo del Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI). Los valores del CCI pueden variar entre 0 y 1. El criterio para interpretar los valores del CCI es orientativo. Un valor de 0,7 o superior se considera aceptable²⁰⁴.
- Consistencia interna: Se refiere a la relación que presentan los ítems o preguntas entre sí dentro del cuestionario o escala. Actualmente es el método más utilizado para verificar la fiabilidad de los instrumentos. La consistencia interna se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos. El coeficiente alfa de Cronbach (α) es uno de los más usados. Sus puntuaciones

oscilan entre 0 y 1. Se estima que existe una buena consistencia interna cuando el valor se sitúa por encima de 0,7^{281,289}.

Sin embargo, en los últimos años el uso generalizado del coeficiente alfa de Cronbach (α) ha sido duramente criticado^{290,291}. Debido a esto, algunos autores han recomendado el uso de otros indicadores de fiabilidad, como el coeficiente omega^{292,293}. Este coeficiente tiene como ventaja que trabaja de forma directa con las cargas factoriales de los reactivos, lo que implica que los cálculos sean más estables, disminuyendo de esta forma la dependencia del número de ítems de la herramienta que se ha de evaluar²⁹¹. Se consideran apropiados los valores superiores a 0,80²⁹².

- Concordancia interobservador: Muestra el nivel de acuerdo cuando el instrumento es valorado por diferentes evaluadores. Su estimación se realiza mediante el porcentaje de acuerdo y el índice de kappa²⁴⁴.

A continuación, se muestra una tabla resumen donde se recogen las principales propiedades psicométricas de los instrumentos (Tabla 18).

Tabla 18 Propiedades psicométricas a evaluar en un instrumento de medida

Propiedades	Aspectos a considerar	Técnicas de análisis
Fiabilidad	Consistencia Interna	Alfa de Cronbach > 0,7
	Repetibilidad	Coeficiente de correlación de Pearson > 0,6 Coeficiente de correlación intraclase (CCI)
	Intraobservador	Cualitativo: Índice de Kappa Cuantitativo: Coeficiente de correlación intraclase (CCI)
Validez	Lógica o facial	Juicio expertos y población a la que va dirigida el instrumento
	Contenido	Índice de validez de contenido (CVI) Juicio de expertos
	Constructo	Análisis factoriales o pruebas de correlación
	Criterio	Comparación con gold estandar
Sensibilidad al cambio	Capacidad de discriminar los cambios en el estado de salud	Pruebas de Friedman y modelo de medidas repetidas Análisis de varianza para mediciones repetidas
Viabilidad	Tiempo empleado en contestar el instrumento, comprensión, extensión, claridad, idioma disponible	Minutos Posibilidad de acceder al instrumento

Nota: Descripción de las principales propiedades psicométricas de un instrumento de medida. Tomado de Peralta (²⁹⁴)

- Herramientas de evaluación de los instrumentos de medida en Ciencias de la Salud

En ciencias de la salud hay disponibles diversas iniciativas, cuyo objetivo se enfoca en la evaluación y selección de los instrumentos de medida más adecuados mediante el uso

de herramientas específicas. Son tres las iniciativas más extendidas: el índice GraQol²⁹⁵, la herramienta EMPRO (Evaluating the Measurement of Patient-Reported Outcomes)²⁹⁶ y la iniciativa COSMIN (Consensus based Standards for the Selection of health status Measurement Instruments)²⁹⁷. Las dos primeras facilitan una puntuación global que hace posible evaluar los cuestionarios según su calidad metodológica y diseño, mientras que la tercera realiza una síntesis a partir de la evaluación de las diferentes propiedades de los instrumentos.

- Índice GraQol

Iniciativa llevada a cabo por investigadores españoles, el índice GraQol²⁹⁵ se elaboró como una herramienta descriptiva especialmente dirigida a cuestionarios utilizados en el ámbito de la AP. Cuenta con once criterios de evaluación que involucran: adaptación al idioma diana, prueba de pilotaje, evaluación de la validez en todas sus dimensiones, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

Para cada criterio evaluado se obtienen dos puntos, mientras que a los criterios no evaluados se asignan cero puntos. Una puntuación total < 50% mostraría escalas con un desarrollo pobre, valores entre 50-70% implicarían un desarrollo aceptable, mientras que valores > 70% sugerirían un desarrollo satisfactorio del cuestionario de interés²⁹⁵.

- EMPRO (Evaluating the Measurement of Patient-Reported Outcomes)

EMPRO es una herramienta de medida estandarizada que se centra en evaluar las propiedades psicométricas de los cuestionarios²⁹⁶. Su diseño se basó en las recomendaciones realizadas por el Scientific Advisory Committee del Medical Outcomes Trust. Consta de treinta y nueve ítems subdivididos en ocho atributos que se numeran a continuación: concepto y modelo de medida, fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio, interpretabilidad, facilidad de uso del instrumento, formas alternativas de administración, proceso de adaptación cultural y lingüística.

Todas las puntuaciones oscilan de 0-100 puntos, representando el mínimo y máximo valor respectivamente. Puntuaciones aceptables se consideran aquellas que llegan por los menos a los 50 puntos de la puntuación global²⁹⁶.

- COSMIN (Consensus based Standards for the Selection of health status Measurement Instruments)

La iniciativa COSMIN, permite la valoración de herramientas y escalas de evaluación en salud. Consta de 119 ítems subdivididos en ocho secciones: consistencia interna, fiabilidad, error de medición, validez de contenido, validez estructural, evaluación de hipótesis, validez de la adaptación cultural, validez de criterio, sensibilidad al cambio, e interpretabilidad²⁹⁷.

Fue diseñada a través del método Delphi, liderado por un grupo holandés del University Medical Centre de Ámsterdam.

La puntuación de los ítems de esta herramienta se vale de cuatro posibles alternativas, lo que conlleva mayor variabilidad en las puntuaciones finales²⁹⁸.

6.2 Tipo de estudio

Estudio transversal para la validación y evaluación de las propiedades psicométricas del SVEST-E. Se siguieron las recomendaciones Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)²⁹⁹. (Ver Anexo XXI)

6.3 Ámbito de aplicación

Multicéntrico, Profesionales pertenecientes a centros de salud, centros de asistencia especializada sanitaria (CAES), hospitales (tanto públicos como privados) de las 17 comunidades autónomas del territorio español participaron en el estudio.

6.4 Población de estudio

6.4.1 Sujetos de estudio y tipo de muestreo

Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología y Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) que desempeñan su labor profesional en España. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

6.4.1.1 Criterios de inclusión

Profesionales Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología y Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), que desempeñan su labor profesional en España y que dan asistencia directa a mujeres.

6.4.1.2 Criterios de exclusión

Profesionales que no hayan finalizado el programa de formación sanitaria especializada (MIR y EIR) de obstetricia y ginecología.

6.5 Muestreo y captación de la muestra

Se ha utilizado un muestreo no probabilístico de conveniencia³⁰¹. Fueron incorporados a la muestra, aquellos profesionales que cumplían con los criterios de inclusión establecidos previamente y que además habían contestado el 100% del contenido del cuestionario SVEST-E.

6.6 Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se apoyó inicialmente en la recomendación clásica de contar con al menos 10 participantes por cada ítem del instrumento a validar³⁰⁰. Por tanto, se estimó un número mínimo de 360 participantes. En referencia al AF a realizar, debido a que la literatura advierte que las matrices de correlación de tipo policórico requieren de tamaños muestrales superiores a 400 sujetos³⁰¹ y a la naturaleza de los ítems que componían el cuestionario que aconsejaban este tipo de matriz, finalmente se estimó un mínimo de 400 participantes para este estudio.

6.7 Variables sociodemográficas

A continuación, se muestran las definiciones operativas propuestas para las variables demográficas presentadas:

6.7.1.1 Taxonomía

Sexo

Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos (anatomía del sistema reproductivo y a las características sexuales secundarias). Variable nominal dicotómica.

Edad

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta el momento de referencia (cumplimentación el cuestionario) medida en años. Variable cuantitativa discreta.

Estado civil

Condición individual que expresa la persona, con respecto a sus vínculos personales con otras personas (casado, soltero, divorciado, separado, viudo, otros). Variable nominal policotómica.

Categoría profesional

Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, y que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario. En nuestra investigación se consideraron dos opciones. Variable nominal dicotómica:

- Médico-Obstetra Médico especialista en obstetricia-ginecología. Especialidad expedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Aquellas personas con una especialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad independientemente de si la han obtenido mediante programas de formación especializada (MIR según la Ley 44/2003 de 21 de

noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) o por vía extraordinaria (según se establece en el Real Decreto 967/2014 de 21 de noviembre).

- Enfermera-Matrona: Enfermera especialista en obstetricia-ginecología con Especialidad expedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Aquellas personas con una especialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad independientemente de si la han obtenido mediante programas de formación especializada (EIR para los enfermeros según la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) o por vía extraordinaria (según se establece en el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril).

Nivel de estudios

Máximo nivel de estudios alcanzados. Se consideraron los siguientes niveles: estudios universitarios, título de experto, máster, doctor, otros. Variable nominal policotómica.

Años de experiencia en la categoría profesional

Años que lleva ejerciendo el profesional la profesión desde la obtención del título de especialista hasta el momento de referencia (cumplimentación del cuestionario). Variable cuantitativa discreta.

Tipo de centro en referencia a su titularidad

Centro adscrito a una institución sanitaria en la que el profesional presta servicios. Variable nominal policotómica. Se consideraron estos tres tipos de centros:

- Centro público: Centros sanitarios dependientes de organismos oficiales del estado, ya sea la administración general del estado, los servicios de salud dependientes de los gobiernos autonómicos u otros organismos públicos.
- Centro privado: Centros sanitarios de carácter privado, cuya asistencia es proporcionada por organismos diferentes a los organismos públicos, a las que el usuario contribuye (habitualmente a través de seguros de salud).
- Otro tipo de centros: Centros que no pueden enmarcarse en ninguna de las categorías anteriores (centros dependientes de fundaciones, empresas públicas de gestión privada etc.).

Unidad departamental donde ejerce su profesión

Estructura organizativa dentro de una institución, que se divide según ámbito y especificidad de tratamientos y pacientes. Variable nominal policotómica. Se distinguieron entre:

- Atención Especializada: Hace referencia al área de hospitalización (hospitales de cualquier nivel, centros de especialidades dependientes de un centro hospitalario).
- Atención no especializada: Hace referencia a Atención Primaria (centros de salud).

Comunidad Autónoma

Se consideraron cada una de las 17 entidades (uniprovincial o pluriprovincial) con límites territoriales que conforman el estado español y que está dotada de autonomía legislativa y competencias ejecutivas en todo aquello que no sea común con el resto del Estado. Variable nominal policotómica.

Conocimientos previos sobre segundas víctimas

Se determinó si el profesional tenía conocimientos previos sobre la temática a estudio o no. Se consideraron tres niveles de conocimientos: Nulo (cuando el profesional nunca había oído hablar del término "segunda víctima"), Medio (si el profesional tenía algún conocimiento del término "segunda víctima") y Alto (cuando se disponían de amplios conocimientos sobre el término "segunda víctima"). Variable nominal policotómica.

Existencia de programa de apoyo a las segundas víctimas en el centro de trabajo

Se valoró si el profesional tenía conocimientos sobre la existencia o no de programas de apoyo a segundas víctimas en su centro de trabajo. Variable nominal policotómica.

Programa de apoyo: Protocolo de atención específico para segundas víctimas de un centro, que regula normas y actuaciones que son llevadas a cabo por un grupo específico de profesionales que permiten dar soporte emocional, administrativo, legal a otros compañeros que han sufrido un evento adverso y se convierten en segunda víctima.

Sentimiento de segunda víctima

Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que se ve involucrado en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte a su vez en víctima¹¹⁰.

Esta variable mide si el profesional involucrado presenta sentimientos de segunda víctima; tomando como valor si los profesionales tenían autopercepción de ser segunda víctima. Se define como variable nominal dicotómica.

Tiempo que ha transcurrido desde que se convierte el profesional en segunda víctima

Se preguntó a los profesionales por el periodo transcurrido desde que se sintió segunda víctima o había sufrido un evento adverso, especificado en años, mediante tres rangos establecidos por el equipo investigador, hasta el momento de referencia (cumplimentación del cuestionario): menos de un año, entre un año y dos años y más de dos años. Variable nominal policotómica.

Información del suceso

Se estableció si el profesional había informado, en su caso, a su supervisor o a la institución del evento adverso susceptible de convertirle en segunda víctima, o si, por el contrario, no lo notificó. Variable nominal dicotómica.

6.8 Creación SVEST-E online

Para la confección del cuestionario online se tuvieron presentes las recomendaciones recogidas en las normas CHERRIES²⁹².

Se creó una página web "ac hoc" donde se incluyó el cuestionario SVEST-E obtenida en la Fase I de esta investigación: el mismo hacía uso de una aplicación de administración de formulario y otra de herramientas de analítica web.

6.8.1 Herramientas de administración de formulario

6.8.1.1 Google Forms®

Es una aplicación para realizar y administrar encuestas online, que se incluye en la suite ofimática de Google Drive®.

Las características principales que llevaron a su elección fueron, por una parte que se trataba de una aplicación gratuita respaldada por la compañía Google®, permitía visualizar los resultados en gráficos circulares y de columnas en tiempo real, almacenando los mismos en la nube, lo que admitía acceder a ellos desde cualquier dispositivo, además de tener la posibilidad de exportar las respuestas de los usuarios a una hoja de cálculo, lo que conllevaba mayor facilidad para su análisis posterior en programas estadísticos.

6.8.2 Herramientas de analítica web

6.8.2.1 Google Analytics®

Es una herramienta de analítica web respaldada por Google®. Con el mismo se manejaba información sobre el tráfico web: visitas de la página por los usuarios, usuarios únicos, tiempo medio de visita a la página, porcentaje de rebote, idioma, país, ciudad, navegador, sistema operativo, registro del número de clics que era enviado a herramienta Google Tag Manager®.

6.8.2.2 Google Tag Manager®

Se trata de una herramienta para gestionar etiquetas y añadirlas a los elementos de una página web, el objetivo buscado con esta herramienta era medir el comportamiento de navegación de los usuarios en cada pantalla.

Para este cuestionario se crearon etiquetas que identificaban los elementos de la web que queríamos medir:

Página web del consentimiento informado

- Botón "Entrar al cuestionario"
- Botón "Sí, entrar al cuestionario" (ventana emergente consentimiento informado)
- Botón "No" (ventana emergente consentimiento informado)
- Botón "X" (ventana emergente consentimiento informado)

Página web del cuestionario

- Botón "Finalizar cuestionario"
- Botón "Sí, finalizar y enviar cuestionario" (ventana emergente cuestionario)
- Botón "No" (ventana emergente cuestionario)
- Botón "X" (ventana emergente cuestionario)

Posteriormente, se configuraron unos activadores, cuya misión era enviar un evento a Google Analytics® cuando el profesional pulsaba los elementos previamente reseñados, dejando así registro de cada movimiento de navegación.

En la Ilustración 8, se observa un diagrama de las herramientas utilizadas para la creación del SVEST online.

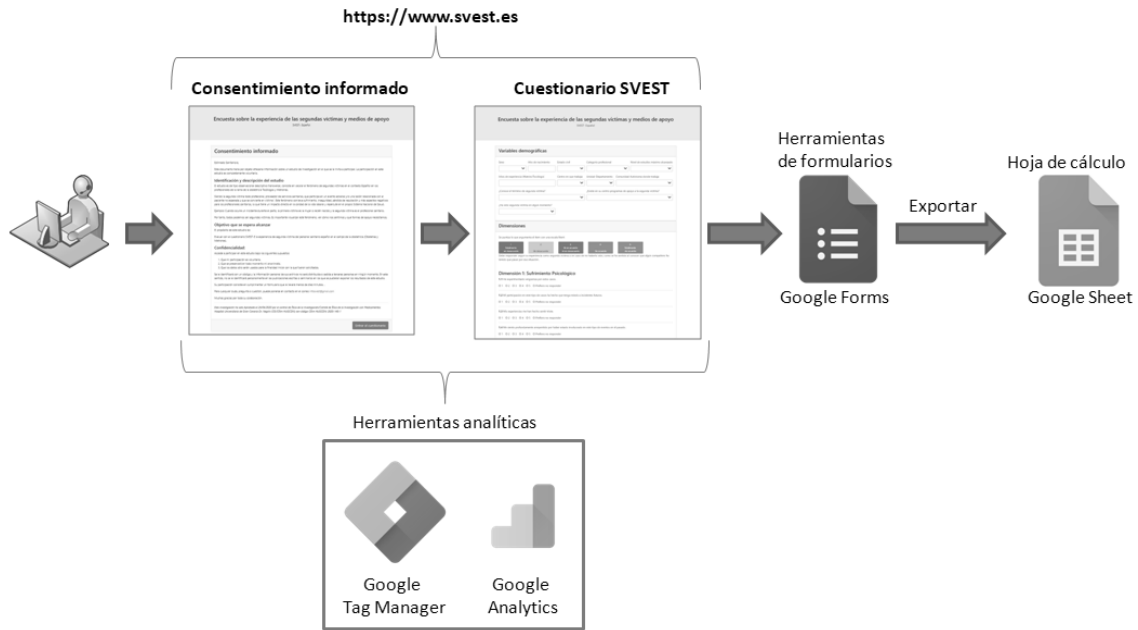


Ilustración 8 Diagrama de las herramientas del SVEST- E online

6.8.3 Recogida datos online

La aplicación de recogida de datos se realizó utilizando un diseño responsive, que hizo posible su uso en diferentes dispositivos como: móviles, tabletas u ordenadores de escritorio. Las tecnologías empleadas para su creación englobaron el HTML5, JavaScript y CSS.

La aplicación web de datos estaba compuesta por dos pantallas:

Una primera pantalla donde se podía visualizar el consentimiento informado (Anexo XXII) y una segunda pantalla con el cuestionario in situ.

El consentimiento: Cuya aceptación era requisito indispensable para acceder al cuestionario posteriormente; los datos que se plasmaban en el consentimiento fueron:

- Identificación y descripción del estudio.
- Los objetivos que se pretendían alcanzar.
- Los aspectos legales de confidencialidad: participación voluntaria, anónima y señalización de que los datos serán usados para la finalidad con la que han sido solicitados.
- Datos complementarios de los que también se informaba:
 - Duración aproximada que se necesita para cumplimentar el cuestionario (menos de diez minutos).
 - Cómo y para qué iban a ser usados los datos obtenidos derivados de la colaboración (se señaló que se emplearían para realizar una tesis doctoral,

además de que los datos podrían estar sujetos a empleo para confeccionar publicaciones escritas o seminarios, puntualizando que nunca aparecerían datos personales ya que su identificación se basaría en códigos).

- Información de que se trataba de un proyecto de investigación respaldado por la aprobación del comité de ética de la investigación con medicamentos hospital universitario de gran canario Dr. Negrín con código CEIm HUGCDN: 2020-140-1.
- Se mostró además un correo infosvest@gmail.com para enviar dudas, preguntas o sugerencias por parte de los profesionales.

El Cuestionario: Se componía a su vez de tres secciones bien diferenciadas:

Las variables demográficas, la sección dimensiones y las formas de apoyo deseadas. Para ver el contenido completo (Anexo XXIII).

En la siguiente ilustración (Ilustración 9) se muestra la sección de variables demográficas del cuestionario original:

Encuesta sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo
SVEST- Español

Variables demográficas

Sexo	Año de nacimiento	Estado civil	Categoría profesional	Nivel de estudios máximo alcanzado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Años de experiencia (Matrón/Tocólogo)		Centro en que trabaja	Unidad-Departamento	Comunidad Autónoma donde trabaja
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Conoce el término de segunda víctima?		¿Existe en su centro programas de apoyo a la segunda víctima?		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
¿Ha sido segunda víctima en algún momento?				
<input type="text"/>				

Ilustración 9 Sección de variables demográficas

Para puntuar las nueve dimensiones, se empleó una escala Likert de 1 al 5, además se incorporó la opción "Prefiero no contestar" para cumplir las recomendaciones de las normas CHERRIES³⁰². La selección de una de las respuestas excluía al resto, opción única.

Para explicar el significado de la escala Likert se manejó una leyenda de colores que reflejaba el significado de cada puntuación, como puede visualizarse en la siguiente imagen (Ilustración 10):

Dimensiones

Se puntúa lo que argumenta el ítem con una escala likert:

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	--------------------	--	-----------------	-------------------------------

Debe responder según su experiencia como segunda víctima o en caso de no haberlo sido, como se ha sentido al conocer que algún compañero ha tenido que pasar por esa situación.

Dimensión 1: Sufrimiento Psicológico

1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.
 1 2 3 4 5 Prefiero no responder

1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.
 1 2 3 4 5 Prefiero no responder

1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.
 1 2 3 4 5 Prefiero no responder

1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.
 1 2 3 4 5 Prefiero no responder

Dimensión 2: Sufrimiento Físico

2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.
 1 2 3 4 5 Prefiero no responder

Ilustración 10 Leyenda sección Dimensiones

Formas de apoyo deseada:

Esta sección detallaba las siete formas de apoyo disponibles del cuestionario, se utilizó el mismo método de la sección anterior de dimensiones, con una escala Likert de 1-5 y una opción adicional de "Prefiero no contestar". La señalización de una de las respuestas era excluyente del resto, opción única.

Para explicar el significado de la escala Likert se manejó una leyenda de colores que reflejaba el significado de cada puntuación (Ilustración 11):

Formas de apoyo

Se puntúa lo que argumenta el ítem con una escala likert:

1 No deseado	2 Poco deseado	3 Ni deseado ni no deseado	4 Deseado	5 Muy deseado
-----------------	-------------------	----------------------------------	--------------	------------------

Debe responder según su experiencia como segunda víctima o en caso de no haberlo sido, como se ha sentido al conocer que algún compañero ha tenido que pasar por esa situación.

Formas de Apoyo deseadas

10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.

1 2 3 4 5 Prefiero no responder

10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.

1 2 3 4 5 Prefiero no responder

10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.

1 2 3 4 5 Prefiero no responder

Ilustración 11 Leyenda sección formas de apoyo

Una vez completadas las tres secciones que componían el cuerpo del cuestionario se visualizaba el botón "Finalizar cuestionario" en la parte inferior derecha de la página, pulsando en el mismo se validaba el formulario y eran enviadas las respuestas a la plataforma de Google® formulario apareciendo ventana de agradecimiento de participación. Sin embargo, en caso de que el profesional se hubiera olvidado de cumplimentar algún apartado, aparecía una ventana emergente de advertencia, que recordaba que todos los campos debían ser cumplimentados, asegurándose así que el envío de los mismos era válido en el 100% de los casos.

Con la cumplimentación total del cuestionario, se podía proseguir pulsando en el botón "Finalizar cuestionario" que llevaba a su vez a otra ventana emergente que nos preguntaba si estábamos seguros de querer finalizar y enviar el cuestionario, si no era así, se podía optar por pulsar no o cerrar la ventana, para así revisar las respuestas previas a su envío final, si estábamos seguros se hacía clic en sí y se nos agradecía nuestra participación; terminando así la intervención de los profesionales.

6.8.4 Difusión y métodos de control para cumplimentación del SVEST-E

Para difundir el cuestionario, se adquirió el dominio <https://www.svest.es>. Se empleó un certificado de seguridad para que la página fuera segura y se enviaran los datos encriptados, haciendo uso del protocolo https.

Para alojar el cuestionario, se consiguió un hosting, al cual se le añadió autenticación con usuario y contraseña (usuario: 2020 y contraseña: 2020) para garantizar que el acceso al mismo fuera únicamente por las personas que tuvieran las credenciales (tocólogos y matronas) ya que sin ellas no se permite su acceso.

Al tener autenticación a nivel del servidor, la página no fue indexada por los buscadores de internet.

La muestra a la que se le aplicó el cuestionario ha sido captada a través de:

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
- Sociedad de obstetricia y ginecología de Canarias (SOGC)
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)
- Sindicato de Matronas (SIMAES)
- Asociación Española de Matrona (AEM)

Además, se habla telefónicamente con los responsables de los departamentos de obstetricia y los supervisores de treinta hospitales públicos del SNS y tres hospitales privados, que aceptan proporcionar el enlace del cuestionario online a los profesionales de sus unidades.

A estas organizaciones y hospitales se les hizo llegar vía email, una petición de colaboración, junto con el enlace y claves del cuestionario. También se empleó la vía telefónica para contactar con aquellas asociaciones que no disponían de otra vía telemática. Se pactó entre las asociaciones y el equipo investigador que se dejaría claro que la encuesta y participación eran en todo momento de carácter voluntario, que su cumplimentación no arrojaría beneficios extras.

El cuestionario fue creado gracias a la participación de un Ingeniero Superior en Telecomunicaciones, experto en programación, que alojó el mismo en una página web personalizada para tal fin, descartando de este modo que la web influenciara de algún modo a la participación en la misma.

El Ingeniero Superior en Telecomunicaciones testeó el cuestionario para su óptimo funcionamiento previo a su difusión nacional; además para comprobar la usabilidad y que cumplía los objetivos que se querían conseguir, es decir, su pertinencia, previa difusión, el equipo investigador formado por doctoranda y directores también lo probaron, obteniendo resultados satisfactorios.

Para preservar la seguridad y controlar que nuestra muestra seleccionada era la única que podía tener acceso al cuestionario, ya que éste se encontraba en una web de visualización pública, se protege la mismas con claves; entre las que se encontraban usuario y contraseña, además señalar, que sólo la doctoranda era la autorizada para verificar y comprobar los datos que se iban obteniendo sobre la participación del estudio, con ello se intentó limitar posibles manipulaciones de datos.

Las dimensiones e ítems no se aleatorizaron o alternaron ya que los mismos seguían una secuencia lógica, la misma había sido empleada en otros estudios^{199,215} por ello se asumió

que el empleo de la técnica de aleatorización podría reducir la tasa de comprensión del cuestionario, con la consecuencia de respuestas no coherentes y no comparables a estudios previos.

Para la puntuación del mismo se usó escalas Likert de 1-5, cómo insta a usar el autor del cuestionario original, pero además se ha incluido la opción de "prefiero no responder" como se recomienda en las normas cherries, todas las respuestas del cuestionario eran opciones únicas.

Los campos fueron diseñados como obligatorios, sin su completa cumplimentación, el cuestionario no era válido para finalizar y enviar, previa ejecución de esta acción, el programa preguntaba a los participantes si deseaban en ese momento enviar las respuestas, o el botón no, que permitía volver a revisarlas. Por tanto, todas las respuestas enviadas por los participantes eran válidas para su análisis estadístico posterior.

3.3.1.1 Tasa de respuestas del cuestionario

Se analizaron con los siguientes parámetros:

- Número de usuarios únicos

Opciones existentes para calcularla:

Mediante registro de los usuarios: Esta técnica consiste en registrar al usuario mediante un campo único como por ejemplo DNI; de esta forma se puede identificar inequívocamente al usuario teniendo una fiabilidad 100%. Se descartó completamente la misma, debido a que en todo momento en la investigación se tenía como requisito esencial, garantizar el anonimato y confidencialidad de los profesionales sanitarios.

Mediante IP: Está técnica es menos fiable que la anterior ya que varios usuarios se pueden conectar desde la misma red y ser identificado con la misma IP, lo que llevaría a un cálculo erróneo del número de usuarios únicos. Asumiendo que esto es altamente probable se descartó la opción.

Mediante Cookie: Esta técnica consiste en guardar una cookie en el navegador del usuario, identificando al mismo, en las posteriores sesiones que se conecte a la misma web, por lo que con esta técnica se solventaba los problemas de la técnica mediante IP, ya que los profesionales podían utilizar la misma red, asumiendo que esto era altamente probable si se cumplimentaba el cuestionario en horario laboral.

Sin embargo, no debemos olvidar que, si varios usuarios se conectan desde el mismo dispositivo, se daría el caso de una detección errónea de usuario único.

Por la tanto, la opción elegida que maximiza la fiabilidad, garantizando el anonimato de los usuarios fueron las cookies; para ello se empleó la herramienta Google Analytics®.

Tasa de visualización

Definido como el total de los usuarios únicos que visualizan la primera página de la encuesta (en nuestro caso el consentimiento informado), dividido por el número de usuarios únicos que visitan la web, teniendo en cuenta que la web es personalizada e incluye únicamente el cuestionario de participación a la investigación, se determina que la tasa de visualización es de un 100%.

$$\text{Tasa de visualización} = \frac{\text{Ratio de visualizaciones de la encuesta}}{\text{número de usuarios únicos}}$$

Tasa de participación o de reclutamiento

Definido como el conjunto de personas únicas que rellenaron la primera página de la encuesta o aceptaron participar marcando el botón en un checkbox, (en nuestra investigación la primera página se trataba del consentimiento y la aceptación era sobre el mismo), dividido del número de usuarios que visitaron la primera página de la encuesta.

$$\text{Tasa de participación} = \frac{\text{Ratio de usuarios únicos que aceptaron participar}}{\text{Nº de visitantes de la primera página de la encuesta}}$$

Tasa de Finalización

Definido como el total de personas que enviaron la última página del cuestionario, dividido sobre el total de aquellos que aceptaron participar (consentimiento informado). Este parámetro es una medida importante para determinar el abandono de la encuesta.

$$\text{Tasa de Finalización} = \frac{\text{Ratio Nº usuarios que finalizan la encuesta}}{\text{Nº de usuarios que aceptaron participar}}$$

6.9 Análisis e interpretación de los datos

Se realizó un análisis de las variables con el programa estadístico IBM® SPSS Statistics® v.24.0, expresándose las variables cualitativas en porcentajes y frecuencias, y en el caso de las variables cuantitativas, en medias, desviación estándar y valores mínimo-máximo.

Se utilizó la prueba X^2 de Pearson para las variables categóricas para establecer si había diferencias entre grupos. Se comprobó la hipótesis de normalidad en la distribución de los datos de las variables cuantitativas continuas (prueba de Kolmogorov-Smirnov), posteriormente, asumiendo normalidad, se utilizó la prueba t de Student para la comparación de medias, estableciéndose un nivel de significación de $\alpha=0,05$.

Para la evaluación de la validez de constructo, se realizó un análisis factorial mediante el programa FACTOR v.10³⁰³⁻³⁰⁵, utilizando el procedimiento SOLOMON que se emplea para dividir de forma efectiva una muestra en dos submuestras equivalentes, representándose las posibles fuentes de varianza común por igual^{301,306}.

Para estimar si la varianza común justificaba un análisis factorial, se utilizó el índice KMO²⁸⁶, considerándose adecuados los valores superiores a 0,70, así como el estadístico de Bartlett^{307,308} con valores $p \leq 0,05$ considerados estadísticamente significativos.

Para investigar la estructura del cuestionario se seleccionó una muestra aleatoria de 360 sujetos de 689 incluidos en la muestra total en esta fase II, con la que se llevó a cabo un AF, con matriz de correlaciones policórica, debido al carácter ordinal y la falta de simetría de los ítems (el test de Mardia para simetría y kurtosis indicó no normalidad), con extracción de factores por mínimos cuadrados no ponderados (Unweighted Least Squares, ULS)³⁰¹ y rotación PROMIN³⁰⁸. Se utilizó un análisis paralelo (parallel analysis) para establecer el número de factores a retener. Se calculó la consistencia (reliability) de los factores retenidos. Utilizando bootstrapping, se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC95%) de las medidas del modelo.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) usando los datos de los 329 sujetos restantes, tomando como referencia la matriz de cargas factoriales obtenida en el análisis factorial exploratorio de la primera muestra. La matriz de cargas semiespecificada se configuró con valores distintos de cero en los coeficientes identificados con valores superiores a 0,30 para cada factor y valor cero en el resto. En aquellos casos en los que la carga factorial sobre un ítem fue superior a 0,30 en más de un factor se asignó valor distinto de 0 en el de mayor carga y 0 en el resto, excepto cuando el ítem afectado tuvo un valor superior a 0,30 en una sección (dimensión, variable resultado o sección de formas de apoyo) predefinida del cuestionario y también valor superior a 0,30 en otra sección, en cuyo caso se atribuyó siempre a la sección predefinida.

Para evaluar la adecuación se utilizaron los siguientes índices de la solución factorial: Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), índice de ajuste normalizado (NFI), índice de ajuste no normalizado (NNFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI)³⁰¹.

Los valores de RMSEA inferiores a 0,05 se consideraron indicativos de un buen ajuste y valores entre 0,05 y 0,08 un ajuste razonable. Los valores de NNFI y CFI de 0,95 o superiores se aceptaron como indicadores de un buen ajuste³⁰¹.

Para la fiabilidad y estabilidad del instrumento, la consistencia de los factores fue evaluada con los coeficientes ORION (Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP scores)^{309,310}.

Para estudiar la estabilidad del instrumento se llevó a cabo una prueba test-retest. Para ello, se obtuvo una muestra de 21 profesionales (obstetras y matronas), llevándose a cabo 2 medidas con el instrumento con un intervalo de dos semanas. Se calculó el coeficiente de correlación intraclase y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se usó un modelo de efectos mixtos de dos factores, calculado bajo "acuerdo absoluto". Adicionalmente se realizó un gráfico de Bland y Altman para la representación gráfica de esta propiedad del instrumento.

6.10 Resultados FASE II

El instrumento de recogida de datos online que contenía el SVEST-E online estuvo disponible para su cumplimentación desde el 15 de mayo al 9 de septiembre del 2020.

A todas las instituciones participantes y hospitales se les facilitó el número de registro de la aprobación del comité de ética CEI/CEIm HUGCDN del presente estudio y el siguiente flyer publicitario (Ilustración 12) como método de captación. Además, el estudio fue publicado en el Boletín oficial de la Asociación Española de Matronas (Anexo XXIV).

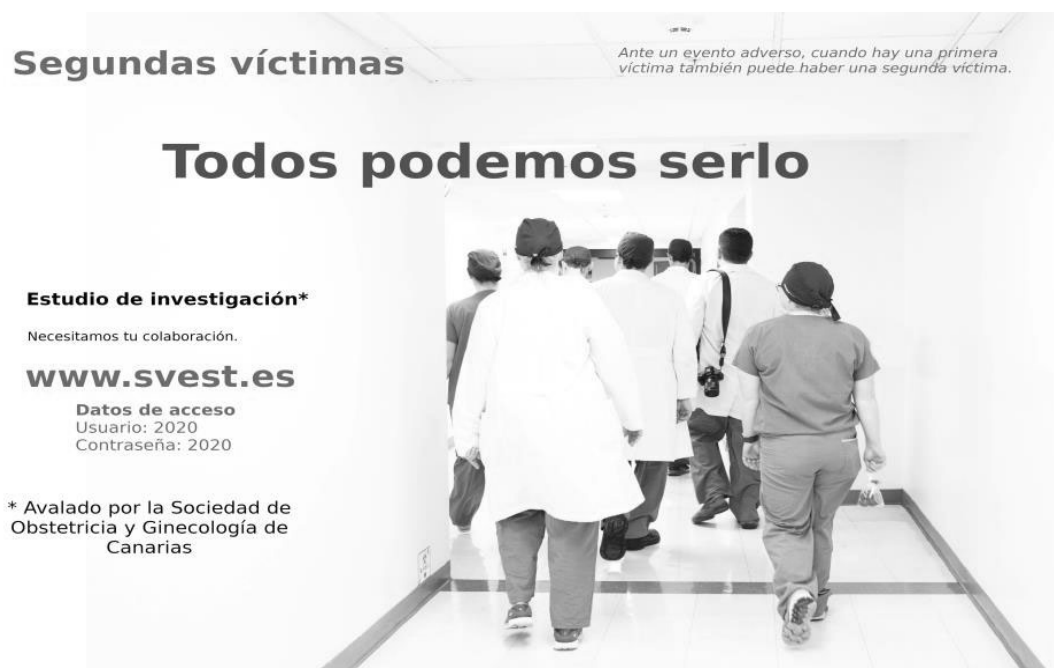


Ilustración 12 Flyer informativo para la captación de profesionales

6.10.1 Resultados de la recogida y manejo de datos

A continuación, se presentan, los datos obtenidos de las herramientas de analíticas web empleadas en la investigación: Google Analytics® y Google Tag Manager® en Tabla 19 y Tabla 20.

Tabla 19 Resultados Google Analytics®

Google Analytics®		
Visitas de la página	957	
Usuarios únicos*	721	
Tiempo medio de visita a la página	7:05 minutos	
Porcentaje de rebote	14,75%	
Navegador / % usuarios	Chrome	49,38%
	Safari	34,30%
	Samsung Internet	8,94%
	Internet Explorer	4,11%
	Firefox	3,14%
	Edge	2,17%
	Android Webview	0,48%
	Opera	0,48%
Sistema operativo / % usuarios	Android	41,40%
	iOS	27,36%
	Windows	19,61%
	Macintosh	10,90%
	Linux	0,73%

*La cifra es menor al total de cuestionarios cumplimentados (796) ya que varios cuestionarios pueden haber sido realizados en el mismo navegador.

Tabla 20 Resultados Google Tag Manager®

Google Tag Manager®	
Página web del consentimiento informado	
Clics en el botón "Entrar al cuestionario"	883
Clics en el botón "Sí, entrar al cuestionario" (ventana emergente consentimiento informado)	844
Clics en el botón "No" (ventana emergente consentimiento informado)	8
Clics en el botón "X" (ventana emergente consentimiento informado)	12
Página web del cuestionario	
Clic en el botón "Finalizar cuestionario" *	863
Clics en el botón "Sí, finalizar y enviar cuestionario" (ventana emergente cuestionario)	796
Clics en el botón "No" (ventana emergente cuestionario)	0
Clics en el botón "X" (ventana emergente cuestionario)	2

*Se incluyen los clics tanto si el formulario pasa la validación de campos obligatorios como si no.

TASA DE RESPUESTAS

Tasa de participación o de reclutamiento

Definido como el conjunto de personas únicas que rellenaron la primera página de la encuesta o aceptaron participar marcando el botón en un checkbox, (en nuestra investigación la primera página se trataba del consentimiento y la aceptación era sobre

el mismo), dividido del número de usuarios que visitaron la primera página de la encuesta.

$$\text{Tasa de participación} = \frac{\text{Ratio de usuarios únicos que aceptaron participar}}{\text{Nº de visitantes de la primera página de la encuesta}} = \frac{844}{957} = 88,19\%$$

Tasa de Finalización

Definido como el total de personas que enviaron la última página del cuestionario, dividido sobre el total de aquellos que aceptaron participar (consentimiento informado). Este parámetro es una medida importante para determinar el abandono de la encuesta.

$$\text{Tasa de Finalización} = \frac{\text{Ratio Nº usuarios que finalizan la encuesta}}{\text{Nº de usuarios que aceptaron participar}} = \frac{796}{844} = 94,31\%$$

6.10.2 Análisis descriptivo de la muestra y diferencias entre grupos

Cumplimentaron el cuestionario online un total de 796 profesionales, sin embargo, la muestra quedó reducida a 689 profesionales ($n = 689$), ya que se eliminaron todos aquellos participantes que hubieron empleado la opción de "prefiero no responder" en cualquiera de los ítems o formas de apoyo deseadas, ya que el manejo de esta opción de respuesta hacía imposible el cálculo de algunos parámetros.

La muestra final, por tanto, estuvo constituida por 689 profesionales procedentes de 19 regiones españolas (17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), de los cuales 323 (46,9%) eran médicos obstetras y 366 (53,1%) eran matronas. La media de edad fue de 43,44 años ($DE = 10,56$ años / Mínima = 26- Máxima = 71), con una experiencia profesional media de 15,03 años ($DE = 10,42$ / Mínima = 0- Máxima = 45). Del total de la muestra, 436 (63,3%) referían sentimientos de segunda víctima después de haber estado involucrados en un evento adverso con pacientes, mientras que 253 (36,7%) no.

Entre aquellos profesionales que se sintieron segundas víctimas, 217 (49,8%) informaron a sus instituciones acerca de esta situación y 219 (50,2%) no. Respecto a la temporalidad de esta situación, 132 (30,3%) habían sufrido el evento adverso hacía menos de un año, 57 (13,1%) entre 1 y 2 años, 225 (51,6%) más de 2 años y 22 (5,0%) no podían precisarlo o no lo recordaban.

En la Tabla 21 se reflejan la frecuencia en porcentajes, media y desviación estándar de las características demográficas de toda la muestra.

Tabla 21 Características demográficas del total de la muestra n = 689

Variables	Frecuencia (%)	M(DE)
Edad (años)		43,44(10,56)
Experiencia profesional (años)		15,03(10,42)
Categoría profesional		
Matronas	366 (53,10%)	
Obstetras	323 (46,90%)	
Sentimiento de segunda víctima entre profesionales		
Si	436 (63,30%)	
No	253 (36,70%)	
Notificación suceso		
Si	217 (49,80%)	
No	219 (50,20%)	
Temporalidad		
Menos de 1 año	132 (30,30%)	
Entre 1 y 2 años	57 (13,10%)	
Más de 2 años	225 (51,60%)	
No podían precisar o no lo recordaban	22 (5,00%)	
Sexo		
Hombre	236 (34,25%)	
Mujer	453 (65,75%)	
Estado civil		
Casado	282 (12,48%)	
Soltero	242 (35,12%)	
Divorciado	63 (2,10%)	
Separado	65 (9,43%)	
Viudo	18 (2,61%)	
Otros	19 (2,76%)	
Nivel de estudios alcanzados		
Universitarios	254 (55,73%)	
Experto	129(18,19%)	
Máster	189 (27,43%)	
Doctor	94 (2,58%)	
Otros	23 (1,33%)	
Tipo de centro referencia		
Público	552 (26,66%)	
Privado	128 (18,58%)	
Otros	9 (0,73%)	
Departamento		
Atención especializada	487(29,00%)	
Atención no especializada	202(29,32%)	
Conocimiento previo sobre segundas víctimas		
Nulo	326 (47,31%)	
Medio	286 (41,51%)	
Alto	77 (11,17%)	
Conocimiento sobre existencia de grupo de apoyo		
Si	91 (13,21%)	
No	380 (55,15%)	
No lo sabe	218 (15,69%)	

A: Nulo = Nunca he escuchado el término de segunda víctima /Medio=Conozco el término y previamente lo había escuchado/Alto =Tengo conocimientos amplios sobre el tema
M=Media DE=Desviación estándar

Las puntuaciones brutas que se consiguieron con el modelo del SVEST-E fueron, para el total de la muestra, puntuación media de 3,09 (DE=0,50), para la dimensión 1 (M=3,69 DE=1,0), dimensión 2 (M=3,18 DE=1,10), dimensión 3 (M=2,73 DE=0,55), dimensión 4 (M=2,92 DE=0,93), dimensión 5 (M=3,60 DE=0,99), dimensión 6 (M=1,65 DE=0,79), dimensión 7 (M=3,57 DE=0,91), dimensión 8 (M=3,03 DE=1,31), dimensión 9 (M=2,50 DE=1,24) y por último dimensión 10 (M=4,14 DE=0,71) las puntuaciones específicas de cada ítem pueden ser examinadas en la tabla que a continuación se muestra (Tabla 22).

Tabla 22 Puntuaciones del SVEST-E y dimensiones con el total de la muestra n = 689

Variables	M (DE)
Puntuación total del SVEST-E	3,09 (0,50)
Dimensión 1 – Sufrimiento psicológico	3,69 (1,00)
1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.	3,60 (1,25)
1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.	3,83 (1,14)
1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.	4,05 (1,10)
1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	3,30 (1,39)
Dimensión 2 – Sufrimiento físico	3,18 (1,10)
2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.	3,64 (1,18)
2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.	3,36 (1,28)
2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.	2,78 (1,32)
2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.	2,95 (1,31)
Dimensión 3 – Apoyo de los compañeros de trabajo	2,73 (0,55)
3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.	3,69 (1,20)
3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio *.	1,84 (0,97)
3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.	3,55 (1,31)
3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores *.	1,86 (0,97)
Dimensión 4 – Apoyo del supervisor	2,92 (0,93)
4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos *.	3,07 (1,25)
4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas *.	3,18 (1,23)
4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.	2,31 (1,08)
4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente *.	3,14 (1,23)
Dimensión 5 – Apoyo institucional	3,60 (0,99)
5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios *.	3,65 (1,16)
5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos *.	3,78 (1,26)
5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución	3,38 (1,32)

Dimensión 6 – Apoyo no relacionado con el trabajo	1,65 (0,79)
6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones *.	1,74 (0,91)
6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos *.	1,57 (0,78)
Dimensión 7 – Autoeficacia profesional	3,57 (0,91)
7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	3,42 (1,16)
7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.	3,54 (1,26)
7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	3,87 (1,18)
7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales *.	3,49 (1,22)
Dimensión 8- Variable resultado 1 – Intención de cambio de trabajo	3,03 (1,31)
8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente	3,05 (1,34)
8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.	3,03 (1,38)
Dimensión 9-Variable resultado 2 - Absentismo	2,50 (1,24)
9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.	2,54 (1,28)
9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.	2,47 (1,27)
Dimensión 10 – Formas de apoyo deseadas	4,14 (0,71)
10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo	3,81 (1,29)
10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	3,99 (1,15)
10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido	4,39 (0,76)
10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	4,32 (0,86)
10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.	4,05 (1,05)
10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.	4,24 (0,94)
10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	4,22 (1,03)
M=Media DE=Desviación estándar	
*Invertidos	

Asimismo, se analizaron estas variables por grupos, para establecer si había diferencias en referencia al sentimiento de segunda víctima. En la tabla que a continuación se visualiza, se presentan las puntuaciones medias para cada dimensión, según la estructura original del SVEST, así como el resto variables sociodemográficas consideradas, según refirieron sentimientos de segunda víctima o no (Tabla 23).

Tabla 23 Características sociodemográficas de la muestra, variables y puntuaciones del SVEST-E

Sentimiento de segunda víctima tras verse involucrado en un evento adverso			
Variables	SI (436)	NO (253)	
	M(DE)	M(DE)	
Edad	45,73 (10,65)	39,49 (9,16)	$p \leq 0,001^*$
Años de experiencia profesional	17,34 (10,54)	11,04 (8,92)	$p \leq 0,001^*$
Puntuación total del SVEST-E	3,27 (0,48)	2,79 (0,38)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 1 – Sufrimiento psicológico	4,14 (0,79)	2,92 (0,85)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 2 – Sufrimiento físico	3,58 (1,01)	2,50 (0,90)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 3 – Apoyo de los compañeros de trabajo	2,75 (0,53)	2,70 (0,58)	$p = 0,303$
Dimensión 4 – Apoyo del supervisor	2,85 (0,96)	3,04 (0,86)	$p = 0,007^*$
Dimensión 5 – Apoyo institucional	3,60 (1,05)	3,60 (0,86)	$p = 0,989$
Dimensión 6 – Apoyo no relacionado con el trabajo	1,46 (0,75)	1,99 (0,75)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 7 – Autoeficacia profesional	3,88 (0,85)	3,05 (0,76)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 8- Variable resultado 1 – Intención de cambio de trabajo	3,41 (1,25)	2,40 (1,14)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 9-Variable resultado 2 - Absentismo	2,70 (1,33)	2,15 (0,96)	$p \leq 0,001^*$
Dimensión 10- Formas de apoyo deseadas	4,26 (0,71)	3,96 (0,67)	$p \leq 0,001^*$
Variables	N (%)	N (%)	
Sexo			$p = 0,374$
Mujer	292 (67,00%)	161 (63,60%)	
Hombre	144 (33,00%)	92 (36,40%)	
Categoría profesional			$p = 0,950$
Obstetras	204 (46,80%)	119 (47,00%)	
Matronas	232 (53,20%)	134 (53,00%)	
Estado Civil			$p \leq 0,001^{**}$
Casado	198 (45,40%)	84 (33,20%)	
Soltero	121 (27,80%)	121 (47,80%)	
Divorciado	49 (11,20%)	14 (5,50%)	
Separado	43 (9,90%)	22 (8,70%)	
Viudo	16 (3,70%)	2 (0,80%)	
Otros	9 (2,10%)	10 (4,00%)	
Nivel de estudios máximo alcanzado			$p \leq 0,001^{**}$
Universitario	130(29,80%)	124 (49,00%)	
Experto	80 (18,30%)	49 (19,40%)	
Máster	135 (31,00%)	54 (21,30%)	
Doctorado	77 (17,70%)	17 (6,70%)	
Otros	14 (3,20%)	9 (3,60%)	
Tipo de centro			$p \leq 0,001^{**}$
Público	372 (85,30%)	180 (74,10%)	
Privado	60 (13,80%)	68 (26,90%)	
Otros	4 (0,90%)	5 (2,00%)	
Departamento			$p = 0,002^{**}$
Hospital	290 (66,50%)	197 (77,90%)	
Atención Primaria	146 (33,50%)	56 (22,10%)	
Conocimiento del término "segunda víctima" ^A			$p = 0,001^{**}$
Nulo	186 (42,70%)	140(55,30%)	
Medio	189 (43,30%)	97(38,30%)	
Alto	61 (14,00%)	16 (6,30%)	

Existencia de programas de apoyo a la segunda víctima		p ≤ 0,001**	
Si	69 (18,80%)	22 (8,70%)	
No	256(58,70%)	124(49,00%)	
No lo sabe	111(25,50%)	107(42,30%)	

A: Nulo = Nunca he escuchado el término de segunda víctima /Medio = Conozco el término y previamente lo había escuchado/Alto =Tengo conocimientos amplios sobre el tema
 * = t student estadísticamente significativa
 ** = Pearson X² estadísticamente significativa
 M=Media
 DE=Desviación estándar

6.10.3 Validez de constructo

6.10.3.1 Análisis factorial exploratorio (AFE)

El AFE presentó buena adecuación, con medida de KMO de 0,86 (IC 95%: 0,85-0,87) y estadístico de Bartlett significativo (p= 0,00001). El análisis paralelo sugirió una solución de 5 factores, con variabilidad explicada total de 61,8%. Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron RMSEA = 0,038 (IC 95%: 0,031-0,042) (inferior al límite 0,05 para ser considerado buen ajuste), NNFI = 0,985 (IC 95%: 0,984-0,989) y CFI = 0,989 (IC 95%: 0,988-0,992), superiores a 0,95, indicando un ajuste excelente. En la siguiente tabla (Tabla 24) se presentan las cargas factoriales (tras rotación) del modelo obtenido.

Tabla 24 Cargas factoriales (tras rotación) del modelo obtenido (cinco factores F1 a F5) sobre la primera muestra (n=360).

	F1 Formas de apoyo deseadas	F2 Variables resultados (Intención cambio de trabajo/Absentismo)	F3 Sufrimiento físico	F4 Sufrimiento psicológico, Apoyo de los compañeros, Apoyo no relacionado con el trabajo, Autoeficacia profesional	F5 Apoyo del supervisor e institucional
item1.1	0,031	0,033	0,289	0,378	0,118
item1.2	-0,089	0,019	0,512	0,429	0,076
item1.3	0,023	-0,296	0,651	0,333	0,042
item1.4	0,019	0,172	0,388	0,323	0,065
item2.1	0,115	-0,053	0,729	-0,011	-0,013
item2.2	-0,004	-0,091	0,980	-0,149	0,035
item2.3	0,022	0,288	0,858	-0,266	-0,014
item2.4	0,007	0,132	0,939	-0,247	-0,020
item3.1	-0,008	0,367	0,042	0,329	-0,045
item3.2	-0,021	0,007	-0,168	-0,555	0,105
item3.3	-0,041	0,423	0,072	0,344	-0,017
item3.4	-0,078	0,049	-0,084	-0,559	0,142
item4.1	0,004	0,109	-0,027	-0,065	0,824
item4.2	0,017	0,164	0,040	-0,133	0,872
item4.3	-0,164	-0,054	0,264	-0,020	0,160
item4.4	0,021	0,173	-0,081	-0,007	0,790
item5.1	0,046	-0,202	0,106	0,022	0,787
item5.2	-0,036	-0,291	0,109	0,113	0,815
item5.3	0,013	-0,187	-0,014	0,220	0,311
item6.1	-0,285	-0,081	0,105	-0,566	0,067
item6.2	-0,353	-0,129	0,086	-0,451	0,093
item7.1	-0,077	0,108	0,074	0,563	-0,049
item7.2	-0,165	0,141	0,123	0,646	0,001
item7.3	0,007	0,365	0,061	0,497	0,037
item7.4	0,027	-0,062	-0,219	0,492	0,043
item8.1	-0,021	0,503	0,321	0,072	0,061
item8.2	-0,082	0,574	0,352	0,044	0,036
item9.1	0,051	0,894	0,100	-0,252	-0,069
item9.2	0,043	0,976	0,077	-0,297	-0,123
item10.1	0,490	0,543	-0,200	0,044	0,192
item10.2	0,604	0,296	-0,183	0,165	0,203
item10.3	0,485	-0,149	0,053	0,238	0,112
item10.4	0,836	-0,165	0,078	-0,043	0,004
item10.5	0,774	-0,133	-0,008	-0,064	-0,193
item10.6	0,852	-0,006	0,132	-0,120	-0,001
item10.7	0,829	0,113	0,108	-0,240	-0,054

En negrilla cargas factoriales superiores a 0,30

Puede observarse que, en general, los resultados obtenidos mantienen la estructura del cuestionario original (7 dimensiones, 2 variables resultado y 1 dimensión de formas de apoyo), aunque agrupando algunas de ellas hasta reducir a 5 dimensiones. Así, el factor F1 recogería la dimensión de formas de apoyo deseadas, F2 agrupa las variables de resultado, F3 sería considerado factor de sufrimiento físico incluyendo la dimensión 2 del cuestionario, F4 sería el factor que incluiría las dimensiones 1-Sufrimiento psicológico, 3-Apoyo de compañeros de trabajo, 6-Apoyo no relacionado con el trabajo y 7-Autoeficacia Profesional, y por último el factor F5 recogería las dimensiones 4 y 5 de Apoyo del supervisor e institucional. Con esta estructura todos los ítems tienen carga factorial superior a 0,30 en el factor asignado, excepto el ítem 4.3 "Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos" que no recibe carga suficientemente satisfactoria para ningún factor.

La asignación de dimensiones a los factores F3 y F4 podría haber sido diferente, ya que por los valores de las cargas factoriales sería posible asignar la dimensión 1 al factor F3; sin embargo, el análisis confirmatorio posterior, realizado con la segunda muestra, confirmó que la asignación de la dimensión 1 sería mejor al factor F4.

Pueden observarse las correlaciones entre los factores del modelo en Tabla 25. Todos los factores presentaron correlaciones significativas entre sí, a excepción del factor F5, que no se correlacionó significativamente ni con F1 ni con F2, siendo su correlación con F3 y F4 baja, inferior a 0,10.

Tabla 25 Correlaciones (e intervalos de confianza al 95%) entre los factores del modelo obtenido por AFE

Factor	Factor	Correlación	IC95%
1	2	0,276*	(0,202-0,394)
1	3	0,487*	(0,460-0,558)
1	4	0,415*	(0,371-0,500)
1	5	0,008	(-0,060-0,125)
2	3	0,444*	(0,399-0,540)
2	4	0,520*	(0,500-0,599)
2	5	0,054	(-0,024 -0,203)
3	4	0,623*	(0,629-0,635)
3	5	-0,086*	(-0,236-0,021)
4	5	-0,095*	(-0,228-0,026)

(*) Correlación significativamente diferente de 0 ($p < 0,05$)

4.2.1.1. Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El modelo factorial obtenido con la primera submuestra ($n=360$) se confirmó mediante AFC usando la segunda submuestra ($n=329$). Para ello, como ya se ha mencionado, se

realizó un AFC con una matriz de coeficientes de cargas factoriales semiespecificada. Con este procedimiento se contrasta la congruencia o similitud con un modelo para el que las cargas factoriales valen 0 en los ítems especificados y distinto de 0 en el resto. De acuerdo con ello, la matriz de cargas factoriales a confirmar sería aquella con cargas factoriales distintas de 0 en los ítems obtenidos a partir del AFE con la primera muestra.

En el modelo de 5 factores propuesto, el factor F1 carga sobre la dimensión de respuestas de apoyo deseado, F2 sobre los ítems de las variables resultado, F3 sobre la dimensión 2 de Sufrimiento físico, F4 sobre la Dimensión 1 de Sufrimiento psicológico, la 6 de Apoyo no relacionado con el trabajo y la 7 de Autoeficacia, y F5 sobre las dimensiones 4 de Apoyo supervisor y 5 de Apoyo institucional. En Tabla 26 se pueden consultar las cargas factoriales tras rotación.

Tabla 26 Cargas factoriales (tras rotación) del modelo obtenido (cinco factores F1 a F5) sobre la segunda muestra (n=329)

	F1 Formas de apoyo deseadas	F2 Variables resultado (Intención cambio de trabajo /Absentismo)	F3 Sufrimiento físico	F4 Sufrimiento psicológico, Apoyo de los compañeros, Apoyo no relacionado con el trabajo, Autoeficacia profesional	F5 Apoyo del supervisor e institucional
item1.1	-0,050	-0,155	0,133	0,687	0,085
item1.2	-0,010	-0,242	0,157	0,818	0,069
item1.3	0,037	-0,460	0,527	0,520	-0,052
item1.4	-0,055	0,033	0,232	0,680	0,094
item2.1	0,076	-0,079	0,672	0,193	0,032
item2.2	0,016	-0,153	0,825	0,069	-0,007
item2.3	-0,080	0,143	0,848	0,025	0,020
item2.4	-0,030	0,061	0,884	-0,024	0,005
item3.1	-0,145	0,294	0,017	0,516	0,024
item3.2	0,072	0,132	-0,037	-0,706	0,132
item3.3	-0,109	0,370	-0,010	0,500	0,070
item3.4	0,055	0,028	-0,036	-0,633	0,169
item4.1	-0,085	0,113	-0,039	-0,056	0,824
item4.2	-0,061	0,131	-0,028	-0,048	0,842
item4.3	-0,062	-0,100	0,063	0,115	0,063
item4.4	-0,079	0,156	0,004	-0,055	0,813
item5.1	0,087	-0,257	0,033	0,091	0,800
item5.2	0,101	-0,340	0,038	0,100	0,771
item5.3	0,136	-0,138	0,006	0,106	0,295
item6.1	-0,345	0,001	0,047	-0,413	0,145
item6.2	-0,304	0,044	0,040	-0,366	0,243
item7.1	0,064	-0,144	-0,032	0,767	-0,004
item7.2	0,044	-0,145	-0,087	0,863	0,040
item7.3	0,192	0,073	-0,007	0,710	0,037

item7.4	0,024	-0,047	-0,067	0,282	0,039
item8.1	-0,061	0,264	0,004	0,604	0,073
item8.2	-0,143	0,339	-0,017	0,620	0,088
item9.1	-0,066	0,835	0,030	0,073	-0,140
item9.2	-0,131	0,856	0,058	0,067	-0,163
item10.1	0,292	0,505	-0,143	0,231	0,125
item10.2	0,438	0,293	-0,103	0,198	0,097
item10.3	0,512	-0,170	-0,215	0,355	0,005
item10.4	0,719	-0,051	0,040	-0,068	0,021
item10.5	0,664	-0,105	0,088	-0,180	-0,169
item10.6	0,824	0,122	0,092	-0,169	0,077
item10.7	0,698	0,348	0,130	-0,256	0,076

En negrilla cargas factoriales superiores a 0,30

La segunda submuestra (n = 329) presentó buena adecuación, con medida de KMO de 0,85 (IC 95%: 0,84, 0,86) y estadístico de Bartlett significativo (p = 0,00001), con una variabilidad explicada por los 5 factores de 60,5%. Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron RMSEA = 0,038 (IC 95%: 0,026-0,053) (inferior al límite 0,05 para ser considerado buen ajuste), NNFI = 0,985 (IC 95%: 0,957-1,000) y CFI = 0,989 (IC 95%: 0,969-1,000), superiores a 0,95, indicando un ajuste excelente del modelo.

La Tabla 27 refleja las congruencias estimadas para cada una de las variables a estudio entre los datos de la segunda submuestra y el modelo de 5 factores semiespecificado. Puede observarse que la congruencia del ítem 4.3 es la menor, lo cual es consistente con la baja identificación de este ítem en las cargas factoriales. Las congruencias globales estimadas para cada uno de los factores fueron de 0,715 (IC 95%: 0,535-0,837) para F1, 0,916 (IC 95%: 0,890-0,946) para F2, 0,878 (IC 95%: 0,806-0,934) para F3, 0,914 (IC: 95% 0,883-0,953) y 0,971 (IC 95%: 0,851-0,904) para F5, con un coeficiente de congruencia global para el modelo de 0,861 (IC 95%:0,839-0,894). De acuerdo con las indicaciones de interpretación de este índice³², valores en el rango 0,85-0,94 sugieren una similitud razonable entre el modelo que sugiere los datos y el modelo teórico especificado. En este caso todos los factores presentaron congruencias superiores a 0,85, excepto F1 que alcanzó el valor 0,715, moderado. El coeficiente de congruencia global del modelo fue superior a 0,85 (Tabla 27).

Tabla 27 Índices de congruencia de los datos con el modelo factorial de 5 factores semiespecificado a partir de los resultados del AFE de la primera submuestra

	Índice de congruencia	IC95%
item1.1	0,974	(0,942, 0,997)
item1.2	0,978	(0,944, 0,998)
item1.3	0,754	(0,647, 0,882)
item1.4	0,922	(0,812, 0,981)
item2.1	0,908	(0,808, 0,986)
item2.2	0,965	(0,878, 0,995)
item2.3	0,966	(0,912, 0,992)
item2.4	0,990	(0,979, 0,998)
item3.1	0,698	(0,325, 0,918)
item3.2	0,968	(0,918, 0,996)
item3.3	0,614	(0,342, 0,865)
item3.4	0,948	(0,760, 0,994)
item4.1	0,975	(0,902, 0,995)
item4.2	0,975	(0,859, 0,994)
item4.3	0,351	(0,048, 0,997)
item4.4	0,966	(0,905, 0,988)
item5.1	0,940	(0,829, 0,986)
item5.2	0,899	(0,792, 0,974)
item5.3	0,794	(0,361, 0,989)
item6.1	0,773	(0,474, 0,977)
item6.2	0,739	(0,324, 0,956)
item7.1	0,994	(0,986, 1,000)
item7.2	0,986	(0,958, 0,999)
item7.3	0,939	(0,871, 0,990)
item7.4	0,951	(0,951, 0,995)
item8.1	0,592	(0,309, 0,836)
item8.2	0,676	(0,387, 0,873)
item9.1	0,967	(0,862, 0,994)
item9.2	0,965	(0,867, 0,995)
item10.1	0,592	(0,409, 0,822)
item10.2	0,836	(0,628, 0,963)
item10.3	0,657	(0,022, 0,918)
item10.4	0,969	(0,901, 0,995)
item10.5	0,904	(0,739, 0,979)
item10.6	0,985	(0,943, 0,998)
item10.7	0,913	(0,069, 0,973)

4.2.1.2. Fiabilidad y Estabilidad del instrumento

Los valores alcanzados para los coeficientes ORION fueron de 0,92 (IC 95%: 0,90, 0,94) para F1, 0,93 (IC 95%: 0,92, 0,95) para F2, 0,94 (IC 95%: 0,93, 0,95) para F3, 0,90 (IC 95%: 0,88, 0,92) para F4 y 0,93 (IC95%: 0,91, 0,97), obteniendo así una consistencia excelente ya que todos los valores se situaron por encima del valor 0,80 a partir del cual se puede considerar consistencia adecuada.

En Tabla 28 se pueden consultar los valores de coeficiente de correlación intraclase con los intervalos de confianza logrados en la prueba test-retest.

Tabla 28 Resultados Test- retest

Medidas individuales	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Puntuación Total SVEST-E	0,97	0,94	0,99
Factor 2	0,98	0,95	0,99
Factor 3	0,95	0,89	0,98
Factor 4	0,98	0,96	0,99
Factor 5	0,97	0,94	0,99

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

Adicionalmente para estudiar la estabilidad del instrumento se realizó un gráfico de Bland y Altman, el cual indicó una adecuada estabilidad del instrumento para la puntuación total del SVEST-E. En la Ilustración 13 puede ser consultado el gráfico de Bland y Altman.

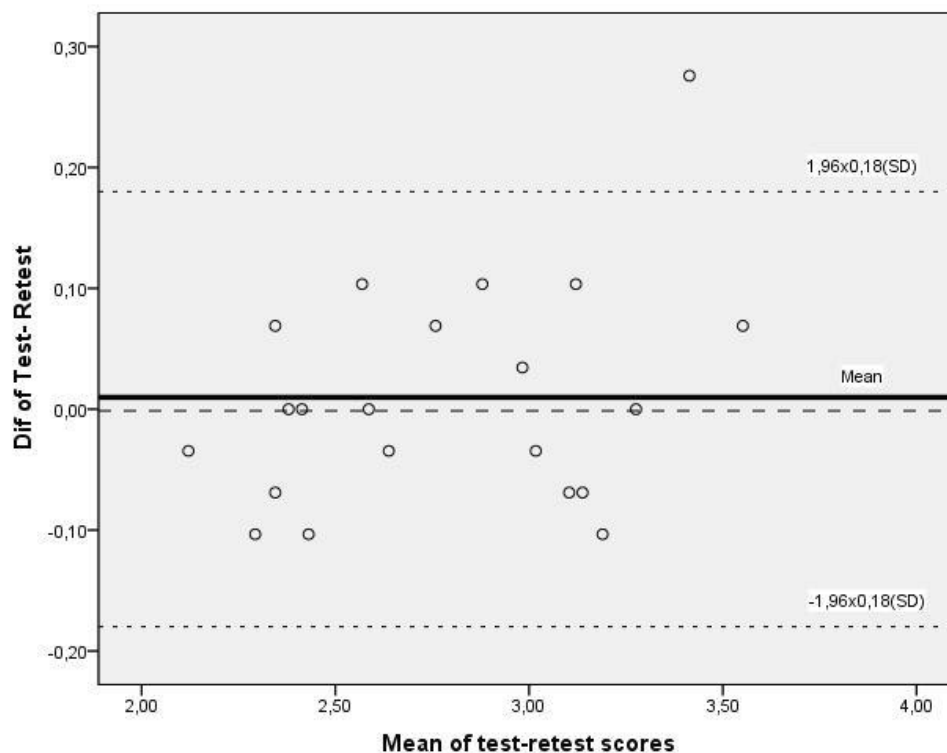


Ilustración 13 Gráfico de Bland-Altman para la estabilidad del instrumento

En definitiva, el proceso de adaptación y validación del SVEST al contexto español ha dado lugar a una versión que, si bien mantiene los mismos ítems del cuestionario original, introduce cambios en la organización de sus dimensiones (4 factores y las respuestas de apoyo deseadas). Por tanto, se propone un modelo final para la versión española del SVEST-E compuesto por 5 factores con una variabilidad explicada total del 61,8%.

Así, el factor F1 recoge la dimensión de formas de apoyo deseadas, este factor está compuesto por 7 ítems (10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6, 10.7) y hemos mantenido el mismo nombre que el original "Formas de apoyo deseadas", F2 agrupa las variables de resultado por lo que el factor 2 recibe el nombre de "Variable de resultado" y está compuesto por un total de 4 ítems (8.1, 8.2, 9.1, 9.2), F3 incluye la dimensión 2 del cuestionario original, contiene un total de 4 ítems (2.1, 2.2, 2.3, 2.4), conserva de igual forma que los factores previos el nombre del cuestionario original "Sufrimiento físico", F4 es el factor que incluye las dimensiones 1 (sufrimiento psicológico), 3 (apoyo de los compañeros de trabajo), 6 (apoyo no relacionado con el trabajo), y 7 (autoeficacia profesional) está compuesto por un número total de 13 ítems (1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 6.1, 6.2, 7.1, 7.2, 7.4) y se le ha asignado el nombre "Recursos profesionales" y, por último, el factor F5 incluye las dimensiones 4 y 5 de supervisor e institucional, 7 ítems componen este último factor(4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3) y se cataloga como "Apoyo disponible".

El factor 1 "Las formas de apoyo deseadas" se puntúan con la siguiente escala Likert: 1 - No deseado 2 - Poco deseado 3 - Ni deseado ni no deseado 4 - Deseado 5 - Muy deseado.

Los factores 2, 3, 4 y 5 se puntúan con la escala Likert: 1 - Totalmente en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4 - De acuerdo 5 - Totalmente de acuerdo.

Los ítems invertidos tienen el mismo funcionamiento que el cuestionario original. Los mismos están señalados con asterisco.

Los resultados obtenidos muestran que este modelo que se propone mantiene una adecuada validez de constructo, fiabilidad y estabilidad temporal. Por tanto, el SVEST-E es un instrumento válido para evaluar la experiencia de segundas víctimas en profesionales sanitarios españoles

Se puede consultar el SVEST -E con la distribución final conseguida (modelo de 5 factores en el siguiente (Anexo XXV).

En la Tabla 29, se plasma la comparativa entre el modelo de 5 factores propuestos para el SVEST-E y el modelo del instrumento original.

Tabla 29 Comparativa modelo propuesto SVEST-E y modelo instrumento original (SVEST)

Factor	Ítems	Dimensiones / Ítems
Factor 1 Formas de Apoyo Deseadas	<p>1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.</p> <p>1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.</p> <p>1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.</p> <p>1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar a asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.</p> <p>1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.</p> <p>1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.</p> <p>1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.</p>	<p>Dimensión 10 Formas de apoyo deseadas</p> <p>10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.</p> <p>10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.</p> <p>10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.</p> <p>10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar a asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.</p> <p>10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.</p> <p>10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.</p> <p>10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.</p>
Factor 2 Variable resultado	<p>2.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.</p> <p>2.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.</p> <p>2.3 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.</p> <p>2.4 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.</p>	<p>Dimensión 8 Variable resultado 1- Intención de cambio de trabajo</p> <p>8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.</p> <p>8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.</p> <p>Dimensión 9 Variable resultado 2 - Absentismo</p> <p>9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.</p> <p>9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.</p>

Factor	Ítems	Dimensiones / Ítems
<p>Factor 3 Sufrimiento o Físico</p>	<p>3.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora. 3.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño. 3.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos. 3.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.</p>	<p>Dimensión 2 Sufrimiento Físico</p> <p>2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora. 2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño. 2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos. 2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.</p>

Factor	Ítems	Dimensiones / Ítems
Factor 4 Recursos profesionales	4.1 He experimentado vergüenza por estos casos.	Dimensión 1 Sufrimiento Psicológico
	4.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.	1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.
	4.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.	1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.
	4.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	Dimensión 3 Apoyo de los compañeros de trabajo
	4.5 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.	3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.
	4.6 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.	3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.
	4.7 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.	3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.
	4.8 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.	Dimensión 6 Apoyo no relacionado con el trabajo
	4.9 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.	6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.
	4.10 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.	6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.
	4.11 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	Dimensión 7 Autoeficacia profesional
	4.12 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.	7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.
	4.13 Después de estas experiencias, he tenido miedo a	7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.
	7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	
	7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.	

Factor	Ítems	Dimensiones / Ítems
Factor 5 Apoyo disponible	<p>5.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos* .</p> <p>5.2 Las respuestas de mi supervisor son justas* .</p> <p>5.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.</p> <p>5.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente* .</p> <p>5.5 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios* .</p> <p>5.6 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos* .</p> <p>5.7 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.</p>	<p>Dimensión 4 Apoyo del supervisor</p> <p>4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos* .</p> <p>4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas* .</p> <p>4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.</p> <p>4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente* .</p> <p>Dimensión 5 Apoyo institucional</p> <p>5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios* .</p> <p>5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos* .</p> <p>5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.</p>

En el siguiente diagrama (Ilustración 14) se resumen los análisis realizados en la Fase II:

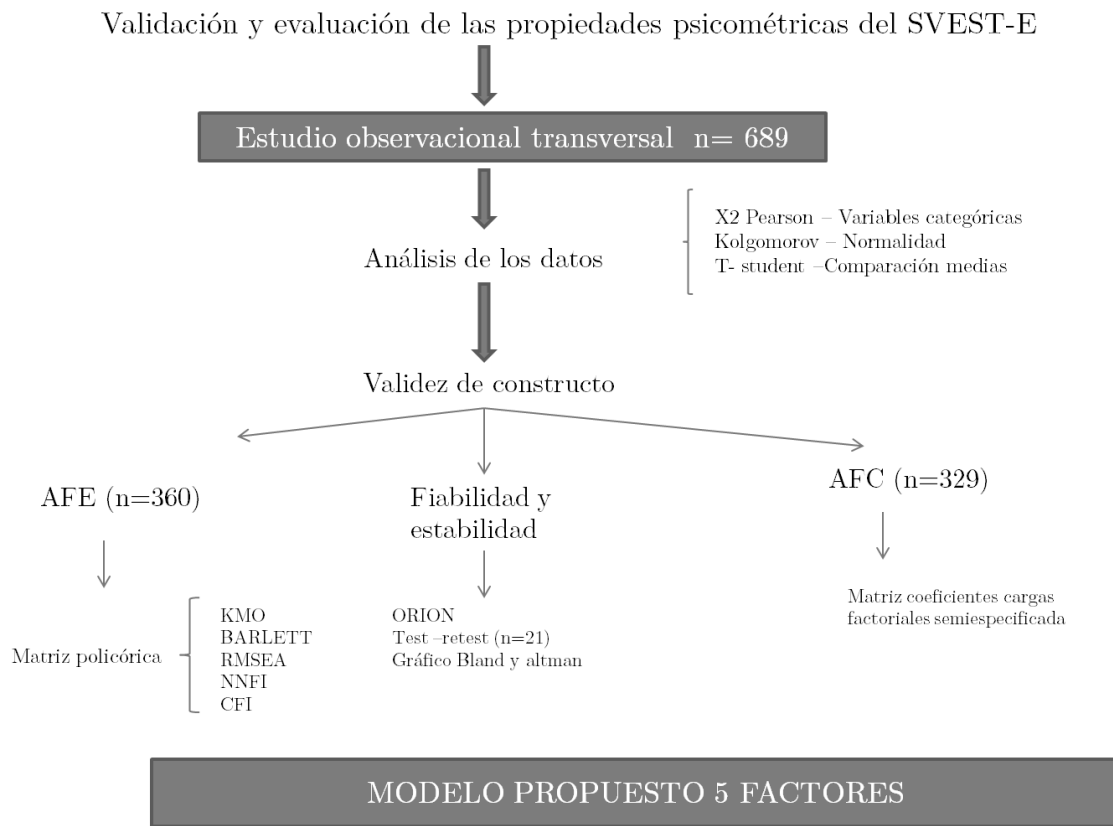


Ilustración 14 Análisis realizados fase II

AFE	Análisis factorial exploratorio
AFC	Análisis factorial confirmatorio
KMO	índice Kaiser-Meyer-Olkin
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación
NNFI	índice de ajuste no normalizado
CFI	índice de ajuste comparativo
ORION	Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP scores

FASE III:

Fenómeno de Segundas Víctimas

en

Médicos-Obstetras y

Matronas Españolas

7 FASE III –Fenómeno de segundas víctimas en médicos-obstetras y matronas españolas

7.1 Material y método

7.1.1 Diseño

Se planteó un estudio observacional transversal con componente analítico.

7.1.2 Población a estudio

Matronas y médicos obstetras de todo el territorio español, pertenecientes a centros de salud, centros de asistencia especializada sanitaria y hospitales públicos y privados de las 17 comunidades autónomas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser médico Especialista en Obstetricia y Ginecología o matrona y desempeñar su labor profesional con asistencia directa a mujeres. Se emplearon los mismos criterios de inclusión y exclusión de la fase II.

7.1.3 Muestreo y recogida de datos

Para la selección de la muestra, se empleó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

El equipo investigador se puso en contacto vía telefónica/email con diferentes asociaciones profesionales españolas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-SEGO, Federación de Asociaciones de Matronas de España-FAME, Asociación Española de Matronas-AEM y el Sindicato de Matronas de España-SIMAES) con el objetivo de difundir entre sus asociados la posibilidad de participación.

A aquellos profesionales que quisieron participar se les hizo llegar un enlace vía email, a través del cual accedieron al cuestionario SVEST-E versión online en una plataforma online segura (Google Forms®) siguiendo las recomendaciones de las normas CHERRIES²⁶¹. El periodo de recogida de datos se inició el 15 de mayo del 2020, finalizando el 31 de diciembre del 2020.

7.1.4 Constitución de la muestra

La muestra empleada en esta tercera fase unía los profesionales captados en la fase II en el periodo transcurrido entre el 15 de mayo y 9 de septiembre, un total de 689 participantes, más los que cumplimentaron el SVEST-E del 9 de septiembre al 31 de diciembre (30 profesionales), es decir un total de 719 profesionales de ambas categorías.

7.1.5 Variables e instrumento para la recogida de datos

Para la valoración del fenómeno de segundas víctimas se utilizó el cuestionario, Second Victim Experience and Support Tool en su versión española (SVEST-E)¹⁹⁷, herramienta obtenida en la Fase I de esta investigación y cuyas propiedades psicométricas fueron evaluadas y validadas en la Fase II.

El SVEST-E conserva los mismos ítems que la versión original del SVEST, aunque realiza cambios en la organización de las dimensiones.

Se empleó una versión en línea del SVEST- E para su cumplimentación y se recogieron doce variables sociodemográficas, las mismas que fueron usadas en la fase previa de esta investigación.

7.1.6 Análisis de los datos

Las medidas de resultados fueron representadas principalmente a través de los índices que se describen en la Tabla 30.

Tabla 30 Resumen de las medidas de resultado

Medida de resultado	Descripción
Frecuencia	Determina la ocurrencia de un fenómeno de salud en la población ³¹¹ .
Porcentaje	Es una forma de referirse a una proporción tomando como referencia el número 100 ³¹¹ .
Media (M)	Medida de tendencia central que se alcanza, sumando todas las observaciones o mediciones y dividiéndolo entre el número de mediciones consideradas, se utiliza para describir variables de tipo numérico ^{312,313} .
Desviación estándar (DE)	Medida de dispersión de los datos es la raíz cuadrada positiva de la varianza, con ello se puede estimar cuántos valores están cercanos a la media, asumiendo una distribución normal ^{312,313} .
Grado de acuerdo	El porcentaje de acuerdo de las diferentes dimensiones está representado por el porcentaje de encuestados con una puntuación media global de la dimensión de $\geq 4,0$.
Porcentaje techo	Muestra sólo las puntuaciones más altas (techo) alcanzadas en cada ítem.
Porcentaje suelo	Muestra sólo las puntuaciones más bajas (suelo) alcanzadas en cada ítem.
Tamaño del efecto de Cohen	Medida del tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada, un valor = 0,2-0,5 efecto pequeño, entre 0,5-0,8 moderado y por encima de 0,8 gran efecto ³¹⁴ .
X2 de Pearson	Prueba no paramétrica que valora la diferencia entre la distribución observada y otra teórica mostrando las diferencias existentes entre ambas, y de haberlas, si son ocasionadas al azar en el contraste de hipótesis. ³¹⁵
U de Mann-Whitney	Prueba no paramétrica, que se emplea en dos muestras independientes para comparar medias o medianas ^{316,317} .
P valor	Probabilidad de que un valor estadístico calculado sea posible dada una hipótesis nula cierta. Un valor por igual o por debajo de 0,05 significa que la hipótesis nula es falsa ³¹⁸ .

Nota: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada⁽³¹¹⁻³¹⁸⁾

Se realizó un análisis descriptivo de las variables con el programa estadístico IBM® Statistics v.24.0.

En una primera etapa se realizó un análisis descriptivo de las variables expresándose las variables categóricas en porcentajes y frecuencias, y en el caso de las variables cuantitativas, en medias, desviación estándar y valores mínimo y máximo.

En una segunda etapa, se realizó un análisis inferencial. Para establecer si existían diferencias entre los grupos se realizó la prueba del X^2 de Pearson para aquellas variables que eran categóricas. Para comprobar la hipótesis de normalidad en la distribución de los datos se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Si la distribución era normal se aplicó la prueba t de Student para la comparación de medias. Si los datos no presentaban una distribución normal se aplicó la correspondiente prueba no paramétrica (Mann-Whitney Test), estableciéndose un nivel de significación para este estudio de $\alpha = 0,05$.

Adicionalmente se calculó el tamaño del efecto, tal como lo define Cohen³¹⁹. Así, se calculó como la diferencia entre las puntuaciones medias de los grupos considerados dividido por la desviación estándar combinada de los dos grupos. Se consideraron tamaños de efecto entre 0,2-0,5 como "pequeños", entre 0,5-0,8 como "moderados" y por encima de 0,8 como "grandes".

El grado de acuerdo de los participantes para cada una de las dimensiones se calculó como el porcentaje de participantes que respondieron "de acuerdo" o "muy de acuerdo" en cada ítem, según el estudio original de Burlinson et al³²⁰.

Se realizó un análisis doble en base al modelo de 5 factores del SVEST-E y al modelo del instrumento original de 7 dimensiones principales, 2 variables resultados y formas de apoyo deseadas de Burlinson et al¹⁹², para poder comparar los resultados con otros estudios que han mantenido este modelo original.

Resultados FASE III

7.1.1 Variables sociodemográficas y diferencias entre las categorías en el total de la muestra N=719

La muestra final estuvo compuesta por un total de N= 719 profesionales de un total de 19 regiones españolas. La región con mayor participación fue la Comunidad de Canarias con 111 profesionales (15,4%) y Andalucía con 93 (12,9%), por otro lado, la que menos cooperó fue Ceuta con 13 sanitarios únicamente (1,8%). La contribución de los profesionales en el resto de las comunidades queda reflejada en la tabla que a continuación se aporta (Tabla 31).

Tabla 31 Participación de los profesionales en cada comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	N (%)
Canarias	111(15,40%)
Andalucía	93 (12,90%)
Comunidad Valenciana	42 (5,80%)
Aragón	40 (5,60%)
Comunidad de Madrid	40(5,60%)
Cataluña	40(5,60%)
Galicia	39 (5,40%)
Castilla y León	35 (4,90%)
Principado de Asturias	34 (4,70%)
Melilla	29 (4,00%)
Castilla la Mancha	28 (3,90%)
Comunidad Foral de Navarra	28 (3,90%)
País vasco	26 (3,60%)
Islas baleares	26 (3,60%)
Región de Murcia	25 (3,50%)
La Rioja	24 (3,30%)
Extremadura	23 (3,20%)
Cantabria	23 (3,20%)
Ceuta	13 (1,80%)

En cuanto a categoría profesional podemos contabilizar que 330 (45,9%) eran médicos obstetras y 389 (54,1%) matronas. En ambos casos la mayoría eran mujeres (473/65,8%). La edad media de los participantes fue de 43,01 \pm 10,54 años [Edad Mínima-Máxima: 25-71 años] con una experiencia profesional media de 14,57 \pm 10,46 años [Años de Experiencia Profesional Mínima-Máxima: 0-45 años].

En la Tabla 32 se pueden consultar las frecuencias y porcentajes de las variables consideradas para cada uno de los grupos.

Tabla 32 Características sociodemográficas de la muestra total (N = 719).

Variable	Obstetras	Matronas	
	N = 330	N = 389	
	N (%)	N (%)	
Sexo			p = 0,080
Mujer	206 (62,40)	267 (68,60)	
Hombre	124 (37,60)	122 (31,40)	
Sentimiento de segunda víctima			p = 0,934
Si	206 (62,40)	244 (62,70)	
No	124 (37,60)	145 (37,30)	
Estado Civil			p = 0,001*
Casado	152 (46,10)	141 (36,20)	
Soltero	90 (27,30)	167 (42,90)	
Divorciado	32 (9,70)	33 (8,50)	
Separado	34 (10,30)	31 (8,00)	
Viudo	11 (3,30)	7 (1,80)	
Otros	11 (3,30)	10 (2,60)	
Nivel de estudios máximo alcanzado			p ≤= 0,001*
Universitario	120 (36,40)	146 (37,50)	
Experto	37 (11,20)	102 (26,20)	
Máster	97 (29,40)	100 (25,70)	
Doctorado	59 (17,90)	35 (9,00)	
Otros	17 (5,20)	6 (1,50)	
Tipo de centro			p = 0,003*
Centro público	262 (79,40)	313 (80,50)	
Centro privado	60 (18,20)	75 (19,30)	
Otros tipos de centro	8 (2,40)	1 (0,30)	
Departamento			p = 0,007*
Hospital	249 (75,50)	258 (66,30)	
Centro de salud	81 (24,50)	131 (33,70)	
Conocimiento del término "segunda víctima" ^A			p = 0,005*
Nulo	133 (40,30)	203 (52,20)	
Medio	156 (47,30)	143 (36,80)	
Alto	41 (12,40)	43 (11,10)	
Existencia de programas de apoyo a las segundas víctimas en centro de trabajo			p = 0,003*
Si	60 (18,20)	38 (9,80)	
No	177 (53,60)	218 (56,00)	
No sabe	93 (28,20)	133 (34,20)	
¿Se sintió segunda Víctima: informó del suceso?			p = 0,698
Si	107 (32,40)	117 (30,10)	
No	99 (30,00)	127 (32,60)	
Tiempo transcurrido desde el suceso que provocó sentimiento de ser una "segunda víctima"			p = 0,540
Menos de un año	58 (17,60)	80 (20,60)	
Entre 1 año y 2 años	26 (7,90)	36 (9,20)	
Más de dos años	109 (33,00)	119 (30,60)	

Variable	M(DE)	M(DE)	
Edad	46,45 (9,98)	40,28 (10,17)	$p \leq 0,001^{**}$
Años de experiencia profesional	16,28 (10,05)	13,03 (10,60)	$p \leq 0,001^{**}$

A: Nulo = Nunca he escuchado hablar del término "segunda víctima"/ Medio = He escuchado el término "segunda víctima" y conozco su significado / Alto = Tengo conocimientos amplios sobre las "segundas víctimas"
M=Media/DE=Desviación estándar
* = Estadísticamente significativo χ^2 de Pearson
** = Estadísticamente significativo test de U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos médicos Obstetras y matronas respecto a la edad y los años de experiencia profesional, así como respecto el estado civil, máximo nivel de estudios alcanzado, tipo de centro-departamento, conocimiento del término "Second Victim" y existencia de un programa de apoyo en el centro. No se encontraron diferencias en el sentimiento de haber sido segunda víctima en algún momento ($p = 0,934$) ni respecto al tiempo aproximado que hacía del suceso que había provocado este sentimiento ($p = 0,540$). Los participantes de ambos grupos informaron a sus instituciones del evento que había provocado la situación de segunda víctima de forma similar ($p = 0,698$). Tras el análisis y visión global de las características de los 719 profesionales, se filtra la muestra considerando sólo aquellos sanitarios que en algún momento de sus carreras habían sufrido un evento adverso, segundas víctimas.

7.1.2 Variables sociodemográficas y diferencias entre las categorías en los profesionales que han sentido ser segundas víctimas $n = 450$

El 63% ($n=450$) del total de la muestra ($n=719$) declaró haberse sentido segunda víctima en algún momento de su carrera profesional, de entre ellos, más de la mitad (54,22%) pertenecían a la categoría enfermería obstétrico- Ginecológica (matrona) además, se determinó que el sexo femenino en ambas categorías era mayoritario entre las segundas víctimas. Estos datos se plasman en la siguiente ilustración (Ilustración 15).

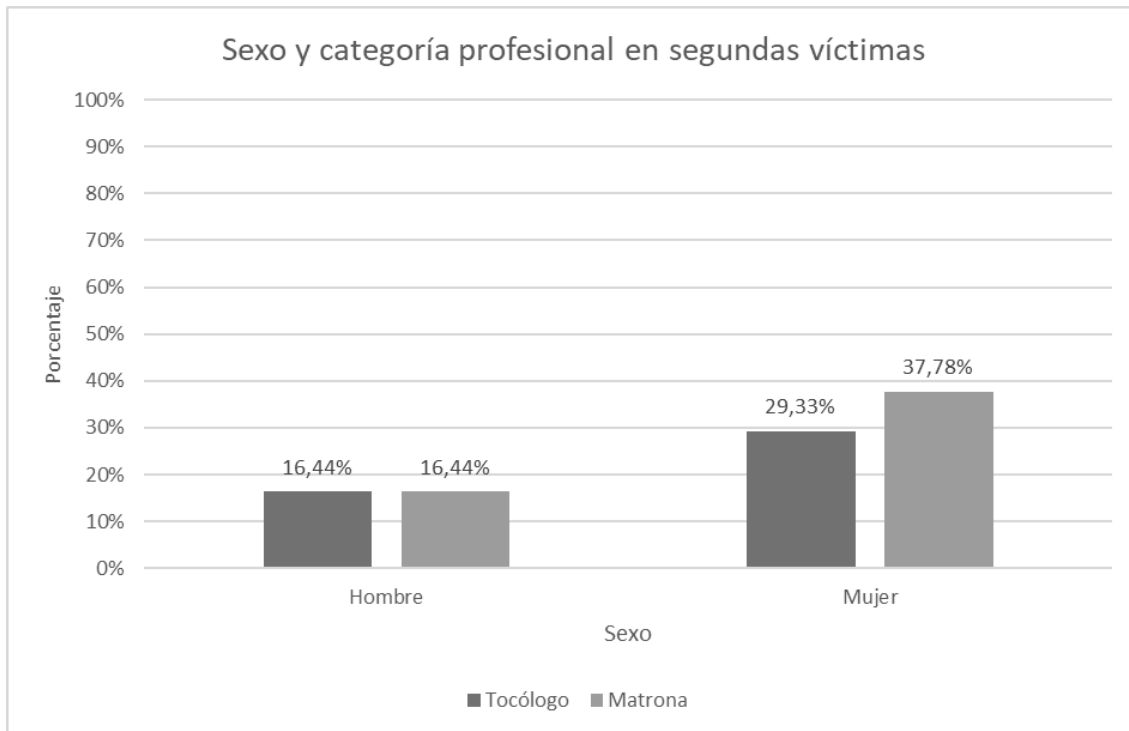


Ilustración 15 Sexo y categoría profesional en las segundas víctimas

A pesar de que el término "segunda víctima" fue creado por el Dr. Wu en el año 2000, sólo el 16,02% de los Tocólogos y el 13,52% de las matronas referían tener conocimientos amplios sobre el fenómeno de segundas víctimas, estos resultados pueden consultarse en la Ilustración 16.

Esta situación permanecía similar cuando se analizó el conocimiento entre los profesionales según sus años de experiencia; con una experiencia profesional media de $17 \pm 10,58$ años [Años de Experiencia Profesional Mínima-Máxima: 0-45 años], se analizó la variable creando tres rangos, los profesionales que tenían menos de 5 años de experiencia, entre 5 y 15 años, y los que ostentaban más de 15 años; los resultaron fueron 8,11%, 13,82% y el 17,41% respectivamente (Ilustración 17).

Por tanto, el nivel de conocimiento entre los profesionales de la obstetricia en España era muy bajo, ya que menos del 20% conocían y manejaba este fenómeno.

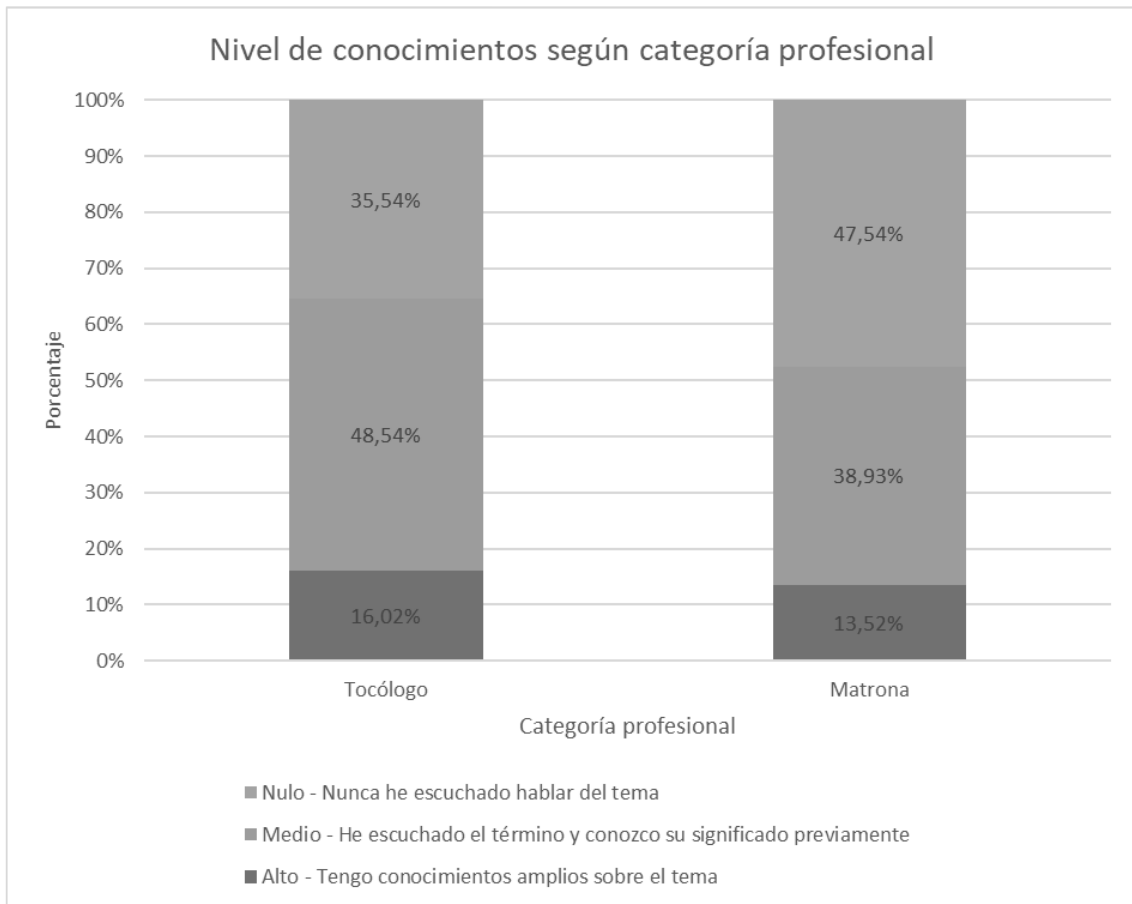


Ilustración 16 Nivel de conocimiento según categoría profesional



Ilustración 17 Nivel de conocimiento según experiencia profesional en años

Otro aspecto que se exploró fue la notificación del evento adverso entre las segundas víctimas; de igual forma que la variable anterior, la notificación fue analizada según la categoría profesional y años de experiencia.

El 51,94% de los tocólogos informaron del suceso respecto al 47,95% de las matronas (Ilustración 18).

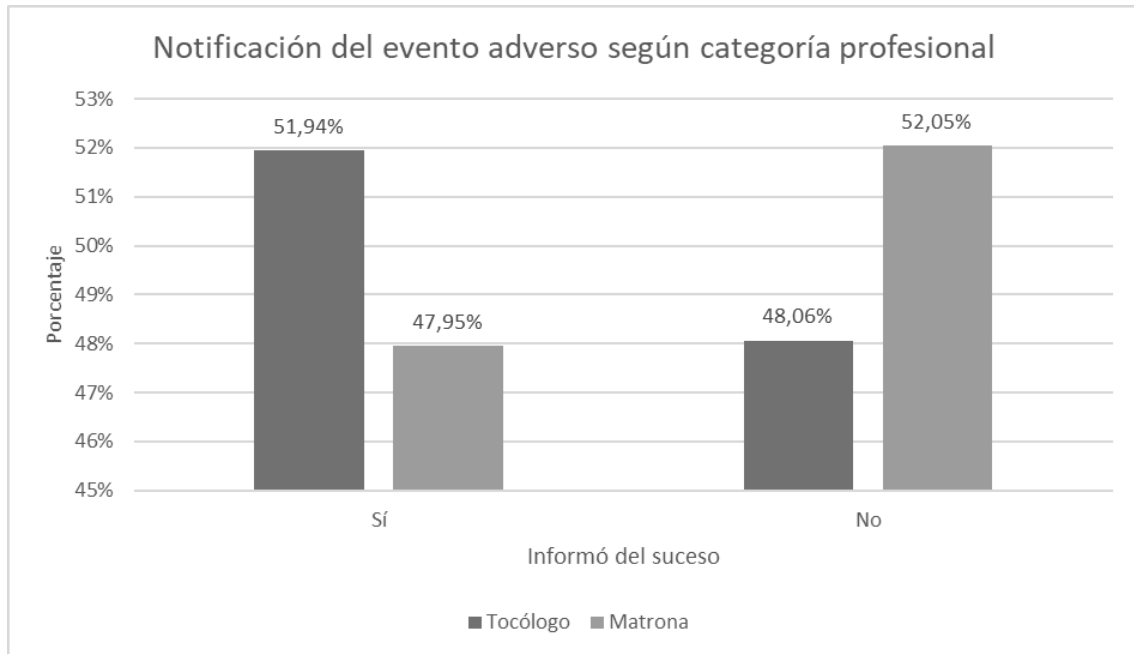


Ilustración 18 Notificación del evento adverso según categoría profesional

Los profesionales que tenían entre 5 y 15 años de experiencia fueron los que más notificaron, seguidos de los de más de 15 años de experiencia, según se muestra en la Ilustración 19.

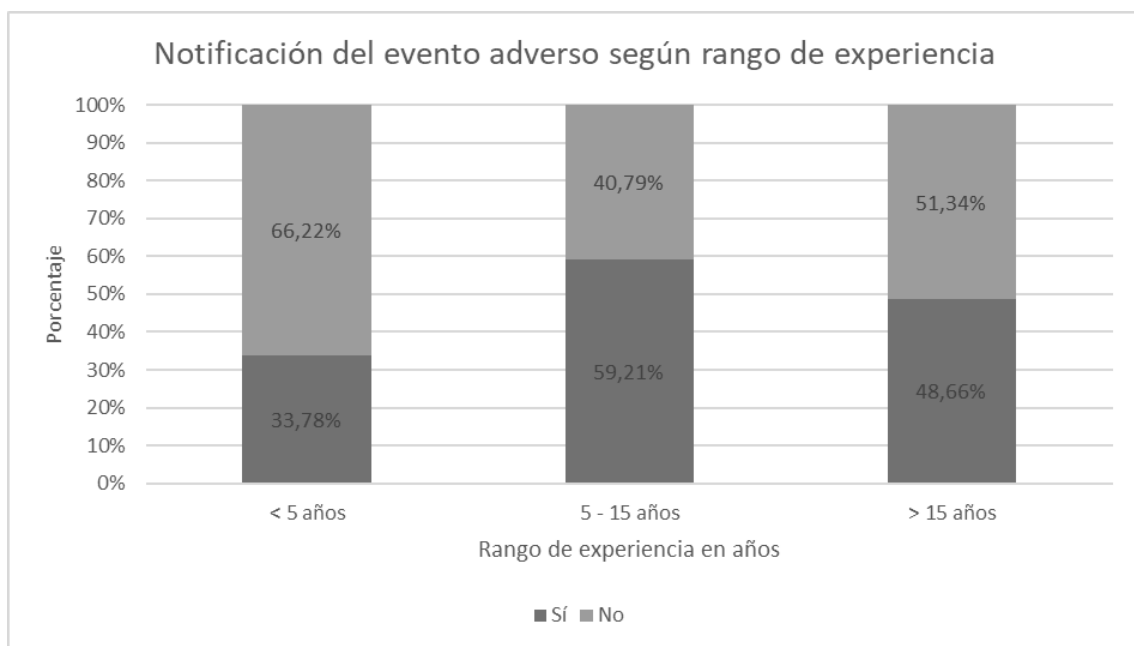


Ilustración 19 Notificación del evento adverso según años de experiencia profesional

Los resultados del resto de variables sociodemográficas analizadas pueden ser consultados en la Tabla 33.

Tabla 33 Características sociodemográficas y variables de las segundas víctimas n=450

Variable	Obstetras	Matronas	
	N=206	N=244	
	N (%)	N (%)	
Sexo			p = 0,209
Mujer	132 (64,10%)	170 (69,70%)	
Hombre	74 (35,90%)	74 (30,30%)	
Estado Civil			p = 0,858
Casado	106 (51,50%)	98 (40,20%)	
Soltero	42 (20,40%)	83 (34,00%)	
Divorciado	23 (11,20%)	28 (11,50%)	
Separado	19 (9,20%)	24 (9,80%)	
Viudo	10 (4,80%)	6 (2,50%)	
Otros	6 (2,90%)	5 (2,00%)	
Nivel de estudios máximo alcanzado			p = 0,008*
Universitario	61 (29,60%)	72 (29,50%)	
Experto	23 (11,20%)	62 (25,40%)	
Máster	66 (32,00%)	75 (30,70%)	
Doctorado	47 (22,80%)	30 (12,30%)	
Otros	9 (4,40%)	5 (2,00%)	
Tipo de centro			p = 0,716
Centro público	175 (85,00%)	208 (85,20%)	
Centro Privado	28 (13,60%)	35 (14,30%)	
Otros tipos de centro	3 (1,50%)	1 (0,40%)	
Departamento			p = 0,003*
Hospital	151 (73,30%)	147 (60,20%)	
centro de salud	55 (26,70%)	97 (39,80%)	
Conocimiento del término "segunda víctima"A			p = 0,028*
Nulo	73 (35,40%)	116 (47,50%)	
Medio	100 (48,50%)	95 (38,90%)	
Alto	33 (16,00%)	33 (13,50%)	
Existencia de programas de apoyo a las segundas víctimas en centro de trabajo			p = 0,093
Si	43 (20,90%)	32 (13,00%)	
No	114 (55,30%)	148 (60,70%)	
No sabe	49 (23,80%)	64 (26,20%)	
¿Informó del suceso?			p = 0,400
Si	107 (51,90%)	117 (48,00%)	
No	99 (48,10%)	127 (52,00%)	
Tiempo transcurrido desde el suceso que provocó sentimiento de ser una "segunda víctima"			p = 0,123
Menos de un año	58 (28,20%)	80 (32,80%)	
Entre 1 año y 2 años	26 (12,60%)	36 (14,80%)	
Más de dos años	109 (52,90%)	119 (48,80%)	

Variable	M(DE)	M(DE)	
Edad	48,61 (9,95)	42,87 (10,52)	p = 0,001**
Años de experiencia profesional	18,36 (9,89)	15,85 (11,02)	p = 0,003**

A: Nulo = Nunca he escuchado hablar del término "segunda víctima" / Medio = He escuchado el término "segunda víctima" y conozco su significado / Alto = Tengo conocimientos amplios sobre las "segundas víctimas"
M=Media/DE=Desviación estándar
*= Estadísticamente significativo X² de Pearson
**= Estadísticamente significativo test de U de Mann-Whitney

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Médicos Obstetras y Matronas respecto a edad, años de experiencia, nivel de estudios máximos alcanzados, tipo de departamento, conocimiento del término "Second Victim". Sin embargo, no se hallaron diferencias entre, estado civil (p = 0,858), tipo de centro (p = 0,716), existencia de programas de apoyo a las segundas víctimas en centro de trabajo (p = 0,093) ni respecto a tiempo transcurrido desde el suceso que provocó sentimiento de ser una "segunda víctima" (p = 0,123).

7.2 PUNTUACIONES BRUTAS EN EL CUESTIONARIO SVEST-E Y MODELO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL

7.2.1 Puntuaciones obtenidas en el SVEST-E para las segundas víctimas n=450

A continuación, se exponen las puntuaciones del SVEST-E. La puntuación media con el cuestionario SVEST-E para el total de las segundas víctimas (n = 450) fue de 3,06 ± 0,55. En la Tabla 34 se aportan las puntuaciones brutas de todos los ítems incluidos en el cuestionario SVEST-E.

Tabla 34 puntuaciones brutas de los ítems del SVEST-E n = 450

Ítem SVEST-E	Puntuaciones escala likert				
	1	2	3	4	5
1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.	36 (8%)	50 (11%)	36 (8%)	120 (26%)	208 (46%)
1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	19 (4%)	28 (6%)	39 (8%)	143 (31%)	221 (49%)
1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido	3 (0%)	8 (1%)	15 (3%)	158 (35%)	266 (59%)
1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar a asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	7 (1%)	13 (2%)	20 (4%)	157 (34%)	253 (56%)
1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.	13 (2%)	32 (7%)	42 (9%)	148 (32%)	215 (47%)

Ítem SVEST-E	Puntuaciones escala likert				
	1	2	3	4	5
1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.	12 (2%)	18 (4%)	27 (6%)	149 (33%)	244 (54%)
1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	11 (2%)	21 (4%)	42 (9%)	122 (27%)	254 (56%)
2.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.	53 (11%)	76 (16%)	42 (9%)	190 (42%)	89 (19%)
2.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo	58 (12%)	78 (17%)	46 (10%)	165 (36%)	103 (22%)
2.3 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.	117 (26%)	98 (21%)	59 (13%)	132 (29%)	44 (9%)
2.4 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.	128 (28%)	107 (23%)	50 (11%)	121(26%)	44 (9%)
3.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora	10 (2%)	44 (9%)	39 (8%)	196 (43%)	161 (35%)
3.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.	25 (5%)	60 (13%)	36 (8%)	202 (44%)	127 (28%)
3.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos	70 (15%)	88 (19%)	59 (13%)	167 (37%)	66 (14%)
3.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.	52 (11%)	79 (17%)	70 (15%)	173 (38%)	76 (16%)
4.1 He experimentado vergüenza por estos casos.	31 (6%)	37 (8%)	35 (7%)	166 (36%)	181 (40%)
4.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros	318 (70%)	107 (23%)	12 (2%)	9 (2%)	4 (0%)
4.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.	18 (4%)	70 (15%)	53 (11%)	195 (43%)	114 (25%)
4.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	23 (5%)	54 (12%)	32 (7%)	170 (37%)	171 (38%)
4.5 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.	16 (3%)	29 (6%)	36 (8%)	128 (28%)	241 (53%)
4.6 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.	37 (8%)	53 (11%)	44 (9%)	202 (44%)	114 (25%)
4.7 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.	9 (2%)	11 (2%)	27 (6%)	190 (42%)	213 (47%)
4.8 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.	0 (0%)	16 (3%)	17 (3%)	140 (31%)	277 (61%)
4.9 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.	41 (9%)	56 (12%)	43 (9%)	125 (27%)	185 (41%)
4.10 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.	19 (4%)	51 (11%)	46 (10%)	137 (30%)	197 (43%)

Ítem SVEST-E	Puntuaciones escala likert				
	1	2	3	4	5
4.11 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	261 (58%)	155(34%)	21 (4%)	7 (1%)	6 (1%)
4.12 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario	32 (7%)	49 (10%)	41 (9%)	123 (27%)	205 (45%)
4.13 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	264 (58%)	146 (32%)	21 (4%)	11 (2%)	8 (1%)
4.14 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.	289 (64%)	118 (26%)	18 (4%)	17 (3%)	8 (1%)
5.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*.	72 (16%)	120 (26%)	77 (17%)	125 (27%)	56 (12%)
5.2 Las respuestas de mi supervisor son justas*.	65 (14%)	104 (23%)	73 (16%)	156 (34%)	52 (11%)
5.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.	119 (26%)	172 (38%)	88 (19%)	58 (12%)	13 (2%)
5.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*.	56 (12%)	119 (26%)	69 (15%)	150 (33%)	56 (12%)
5.5 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*.	30 (6%)	78 (17%)	46 (10%)	183 (40%)	113 (25%)
5.6 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*.	36 (8%)	50 (11%)	38 (8%)	190 (42%)	136 (30%)
5.7 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.	58 (12%)	86 (19%)	50 (11%)	132 (29%)	124 (27%)
Los ítems del 1.1 al 1.7 se puntúan con la siguiente escala Likert:1 - No deseado 2 - Poco deseado 3 - Ni deseado ni no deseado 4 - Deseado 5 - Muy deseado. El resto de ítems se puntúan con la siguiente escala Likert: 1 - Totalmente en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4 - De acuerdo 5 - Totalmente de acuerdo.					
*Items invertidos. Las calificaciones de las declaraciones escritas en términos negativos se invierten					

En la Tabla 35 se recoge el porcentaje suelo, el porcentaje techo, la M y la DE de cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario SVEST-E sobre el total de las 450 profesionales. El ítem con mayor puntuación fue 4.3 "Mis experiencias me han hecho sentir triste" con una puntuación de $4,51 \pm 0,74$ y el de menos 4.10 "El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos" con $1,39 \pm 0,72$.

Tabla 35. Puntuaciones del SVEST -E con porcentaje suelo, techo, media y desviación estándar

Ítem SVEST-E	Suelo Muy en desacuerdo ^A N (%)	Techo Muy de acuerdo ^A N (%)	M(DE)
1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.	36 (8%)	208 (46%)	3,92 (1,31)
1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	19 (4%)	221 (49%)	4,15 (1,09)
1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido	3 (0%)	266 (59%)	4,50 (0,71)
1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar a asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	7 (1%)	253 (56%)	4,41 (0,83)
1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.	13 (2%)	215 (47%)	4,15 (1,05)
1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.	12 (2%)	244 (54%)	4,32 (0,95)
1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	11 (2%)	254 (56%)	4,30 (0,99)
2.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.	53 (11,80%)	89 (19,80%)	3,41 (1,30)
2.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo	58 (12,90%)	103 (22,90%)	3,39 (1,35)
2.3 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.	117 (26,00%)	44 (9,80%)	2,75 (1,37)
2.4 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.	128 (28,40%)	44 (9,80%)	2,66 (1,39)
3.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora	10 (2,20%)	161 (35,80%)	4,01 (1,02)
3.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.	25 (5,60%)	127 (28,20%)	3,06 (1,16)
3.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos	70 (15,60%)	66 (14,70%)	2,76 (1,33)
3.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.	52 (11,60%)	76 (16,90%)	3,32 (1,27)
4.1 He experimentado vergüenza por estos casos.	31 (6,90%)	181 (40,20%)	3,95 (1,20)
4.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros	9 (2,00%)	213 (47,30%)	4,30 (0,85)
4.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.	16 (3,60%)	277 (61,60%)	4,51 (0,74)
4.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	41 (9,10%)	185 (41,10%)	3,79 (1,34)

Ítem SVEST-E	Suelo Muy en desacuerdo ^A N (%)	Techo Muy de acuerdo ^A N (%)	M(DE)
4.5 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.	19 (4,20%)	197 (43,80%)	3,98 (1,17)
4.6 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.	261 (58,00%)	6 (1,30%)	1,54 (0,77)
4.7 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.	32 (7,10%)	205 (45,60%)	3,93 (1,27)
4.8 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.	264 (58,75%)	8 (1,80%)	1,56 (0,84)
4.9 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.	289 (64,20%)	8 (1,80%)	1,53 (0,88)
4.10 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.	318 (70,70%)	4 (0,90%)	1,39 (0,72)
4.11 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	18 (4,00%)	114 (25,30%)	3,70 (1,13)
4.12 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario	23 (5,10%)	171 (38,00%)	3,92 (1,18)
4.13 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	16 (3,60%)	241 (53,60%)	4,22 (1,07)
4.14 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.	37 (8,20%)	114 (25,30%)	3,67 (1,21)
5.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*.	72 (16,00%)	56 (12,40%)	2,94 (1,30)
5.2 Las respuestas de mi supervisor son justas*.	65 (14,40%)	52 (11,60%)	3,06 (1,27)
5.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.	119 (26,40%)	13 (2,90%)	2,28 (1,08)
5.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*.	56 (12,40%)	56 (12,40%)	3,07 (1,26)
5.5 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*.	30 (6,70%)	113 (25,10%)	3,60 (1,22)
5.6 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*.	36 (8,00%)	136 (30,20%)	3,76 (1,22)

Ítem SVEST-E	Suelo Muy en desacuerdoA N (%)	Techo Muy de acuerdoA N (%)	M(DE)
5.7 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.	58 (12,90%)	124 (27,60%)	3,40 (1,40)
A= Sólo se muestran las respuestas superiores (techo) o inferiores (suelo) por ítem M=Media/DE=Desviación estándar			

7.2.2 Puntuaciones obtenidas en el modelo de 5 dimensiones del SVEST-E y comparativa con las 7 dimensiones y 2 variables resultado del modelo del instrumento original para las segundas víctimas

Tras el análisis bruto de los ítems, se pasa a analizar la media, desviación estándar, el grado de acuerdo y porcentaje para cada una de las cinco dimensiones del SVEST-E (Tabla 36) y para las siete dimensiones y dos variables resultado del modelo del instrumento original (Tabla 37).

Tabla 36 Análisis Modelo de 5 dimensiones SVEST-E

Dimensiones	Media	Desviación estándar	Grado de acuerdo ^a	% acuerdo
1. Formas de apoyo deseadas	4,253	0,71	338	75,11%
2.Variable resultado	3,054	1,13	134	29,78%
3.Sufrimiento Físico	3,563	1,01	231	51,33%
4.Recursos profesionales	3,057	0,40	2	0,44%
5.Apoyo disponible	3,210	0,88	83	18,44%
^a = El porcentaje de acuerdo de las diferentes dimensiones estaba representado por el porcentaje de encuestados con una puntuación media global de la dimensión de $\geq 4,0$				

Tabla 37 Análisis 7 dimensiones y dos variables resultado del modelo del instrumento original de Burlison

Dimensión	Media	Desviación Estándar	Grado de acuerdo ^a	% acuerdo
1.Sufrimiento psicológico	4,139	0,78	325	72,22%
2.Sufrimiento Físico	3,563	1,01	231	51,33%
3.Apoyo de los compañeros de trabajo	2,754	0,52	4	0,89%
4.Apoyo del supervisor	2,836	0,97	66	14,67%
5.Apoyo institucional	3,584	1,07	222	49,33%
6.Apoyo no relacionado con el trabajo	1,457	0,74	12	2,67%
7.Autoeficacia profesional	3,878	0,86	272	60,44%
8.Variable resultado 1 - Intención de cambio de trabajo	3,403	1,26	254	56,44%
9.Variable resultado 2 - Absentismo	2,704	1,34	158	35,11%

^a = El porcentaje de acuerdo de las diferentes dimensiones estaba representado por el porcentaje de encuestados con una puntuación media global de la dimensión de $\geq 4,0$

La dimensión que recibió mayor grado de acuerdo con un 75,11% fue "formas de apoyo deseadas" (Dimensión 1 SVEST-E/dimensión 10 modelo del instrumento original). Sin embargo, en el SVEST-E se obtuvo menor grado de acuerdo en los recursos profesionales con un 0,44%, en contraposición con el modelo del instrumento original, que obtuvo menor puntuación en la dimensión apoyo de los compañeros de trabajo.

7.3 INFERENCIA ENTRE CATEGORÍAS PROFESIONALES SVEST-E Y MODELO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL

7.3.1 Puntuaciones obtenidas en el total de ítems del SVEST-E para las segundas víctimas según categoría profesional

Se estudiaron las diferencias entre las dos categorías profesionales en los ítems pertenecientes a las dimensiones 2 a la 5. La dimensión 1 (Formas de apoyo deseadas), se estudiará de forma diferenciada posteriormente.

Se puede consultar las medias y desviaciones estándar por ítems para los grupos médicos obstetras y matronas, así como los valores p obtenidos y el tamaño de efecto. La puntuación media total del SVEST-E fue de $3,04 \pm 0,56$ para los médicos obstetras y $3,05 \pm 0,48$ para las matronas, siendo este resultado estadísticamente significativo (U Mann Whitney $p = 0,003$ / Tamaño del efecto de Cohen = 0,23). Todos los valores pueden visualizarse en la siguiente tabla (Tabla 38).

Tabla 38 Puntuaciones de los ítems del SVEST-E por grupos Matronas/ Obstetras (n=450)

Ítem SVEST-E	Obstetras N=206	Matronas N=244	U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto de Cohen ^A
	M (DE)	M (DE)		
2.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.	3,07 (1,35)	3,62 (1,22)	≤ 0,001**	0,35
2.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo	3,09 (1,38)	3,57 (1,30)	0,004**	0,28
2.3 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.	2,68 (1,37)	2,81 (1,38)	0,344	0,09
2.4 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.	2,66 (1,42)	2,66 (1,36)	0,894	0
3.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora	3,93 (1,05)	4,07 (0,99)	0,144	0,14
3.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.	3,79 (1,22)	3,75 (1,19)	0,902	0,35
3.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos	3,21 (1,34)	3,01 (1,32)	0,419	0,08
3.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.	3,33 (1,31)	3,31 (1,23)	0,732	0,02
4.1 He experimentado vergüenza por estos casos.	3,74 (1,34)	4,14 (1,03)	0,005**	0,33
4.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros	4,21 (0,97)	4,38 (0,73)	0,212	0,20
4.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.	4,48 (0,78)	4,53 (0,69)	0,804	0,07
4.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.	3,50 (1,45)	4,05 (1,18)	≤ 0,001**	0,42
4.5 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.	3,94 (1,24)	4,02 (1,12)	0,682	0,07
4.6 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.	1,57 (0,87)	1,51 (0,68)	0,996	0,08
4.7 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.	3,89 (1,33)	3,97 (1,23)	0,739	0,06

Ítem SVEST-E	Obstetras N=206	Matronas N=244	U de Mann- Whitney	Tamaño del efecto de Cohen ^A
	M (DE)	M (DE)		
4.8 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.	1,61 (0,91)	1,52 (0,77)	0,410	0,11
4.9 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.	1,55 (0,89)	1,50 (0,87)	0,478	0,06
4.10 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.	1,37 (0,66)	1,40 (0,77)	0,993	0,04
4.11 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.	3,59 (1,13)	3,80 (1,11)	0,031**	0,19
4.12 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario	3,82 (1,24)	4,00 (1,12)	0,158	0,15
4.13 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	4,09 (1,08)	4,33 (1,05)	0,001**	0,23
4.14 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.	3,64 (1,20)	3,70 (1,22)	0,440	0,05
5.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*.	2,79 (1,29)	3,07 (1,29)	0,025**	0,22
5.2 Las respuestas de mi supervisor son justas*.	2,91 (1,28)	3,08 (1,26)	0,019**	0,21
5.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.	2,19 (1,06)	2,35 (1,09)	0,117	0,15
5.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*.	2,95 (1,27)	3,07 (1,25)	0,057	0,17
5.5 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*.	3,46 (1,29)	3,73 (1,15)	0,040**	0,22
5.6 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*.	3,58 (1,30)	3,91 (1,14)	0,009**	0,27

Ítem SVEST-E	Obstetras N=206	Matronas N=244	U de Mann-Whitney	Tamaño del efecto de Cohen ^A
	M (DE)	M (DE)		
5.7 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.	3,31 (1,43)	3,47 (1,37)	0,274	0,11
R= Las calificaciones de las declaraciones escritas en términos negativos se invierten **= Estadísticamente significativo U de Mann-Whitney Test A=tamaño del efecto de Cohen = 0,2-0,5efecto pequeño, entre 0,5-0,8 moderado y por encima de 0,8 gran efecto M=Media/DE=Desviación estándar				

7.3.2 Puntuaciones obtenidas en las dimensiones del SVEST-E versus dimensiones del modelo del instrumento original para las segundas víctimas según categoría profesional

Se estudiaron las diferencias entre las categorías profesionales con las dimensiones del SVEST-E versus dimensiones del modelo del instrumento original, en la Tabla 39 se presenta la media, desviación estándar y la prueba de U de Mann-Whitney para cada una de las dimensiones del SVEST-E y dimensiones del modelo del instrumento original.

Tabla 39 Puntuaciones dimensiones SVEST-E versus dimensiones modelo del instrumento original

	Obstetras N=330	Matronas N=389	U de Mann-Whitney Test
Modelo 5 dimensiones SVEST-E	M(DE)	M(DE)	
Dimensión 1 Formas de Apoyo deseadas	3,98 (0,89)	4,34 (0,69)	0,001**
Dimensión 2 Variable Resultado	2,93 (1,18)	3,16 (1,08)	0,052
Dimensión 3 Sufrimiento Físico	3,56 (1,02)	3,56 (1,00)	0,829
Dimensión 4 Recursos profesionales	3,21 (0,52)	3,35 (0,38)	0,060
Dimensión 5 Apoyo Disponible	3,03 (0,89)	3,27 (0,86)	0,003**
Modelo del instrumento original	M(DE)	M(DE)	
Dimensión 1 - Sufrimiento psicológico	3,98 (0,89)	4,27 (0,66)	0,002**
Dimensión 2 - Sufrimiento Físico	3,56 (1,02)	3,56 (1,01)	0,829
Dimensión 3 - Apoyo de los compañeros de trabajo.	2,75 (0,58)	2,76 (0,46)	0,653
Dimensión 4 - Apoyo del supervisor	2,71 (0,96)	2,94 (0,96)	0,007**
Dimensión 5 - Apoyo institucional	3,44 (1,11)	3,70 (1,02)	0,013**
Dimensión 6 - Apoyo no relacionado con el trabajo	1,46 (0,71)	1,45 (0,77)	0,538
Dimensión 7 – Autoeficacia Profesional	3,78 (0,88)	3,95 (0,83)	0,025**
8-Variable resultado 1 - Intención de cambio de trabajo	3,07 (1,31)	3,59 (1,19)	≤0,001**
9-Variable resultado 2 - Absentismo	2,67 (1,37)	2,73 (1,31)	0,608
M=Media/DE=Desviación estándar **=Estadísticamente significativo test de U de Mann-Whitney			

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en dos dimensiones del SVEST-E, dimensión 1 formas de apoyo deseadas y dimensión 5 poyo disponible, mientras que según el modelo del instrumento original las diferencias se

mostraron en cinco de las nueve dimensiones: en todas ellas existió mayor sentimiento de segunda víctima en las matronas (sufrimiento psicológico/ $p = 0,002$, Apoyo del supervisor/ $p = 0,007$, Apoyo Institucional / $p = 0,013$, Autoeficacia profesional / $p = 0,025$, Intención de cambio de trabajo / $p \leq 0,001^*$).

Del grupo de profesionales que habían sido segundas víctimas se seleccionan aquellas que habían sufrido un evento adverso en los últimos 12 meses. Los resultados están desglosados en la

Tabla 40, primero según las dimensiones ofrecidas por el SVEST –E y posteriormente según el modelo del instrumento original.

Tabla 40 Segundas víctimas en los últimos 12 meses

	Haber sido segunda víctima en los últimos 12 meses				U de Mann-Whitney Test
	SI (n=138)		NO (n=312)		
Dimensiones SVEST-E	Grado de acuerdo N(%) ^A	M (DE)	Grado de acuerdo N(%) ^A	M (DE)	
1. Formas de Apoyo deseadas	103 (74)	4,30 (0,69)	234 (75)	4,23 (0,71)	$p = 0,001^{**}$
2. Variable Resultado	41 (29)	3,18 (1,09)	92 (29,80)	2,99 (1,14)	$p = 0,052$
3. Sufrimiento Físico	71 (51,40)	3,54 (1,03)	160 (51,20)	3,57 (1,00)	$p = 0,829$
4. Recursos profesionales	0,6 (0,43)	3,36 (0,44)	1,39 (0,44)	3,25 (0,46)	$p = 0,060$
5. Apoyo Disponible	25 (18,11)	3,05 (0,98)	58 (18,60)	3,20 (0,83)	$p = 0,003^{**}$
Dimensiones modelo del instrumento original	Grado de acuerdo N(%) ^A	M (DE)	Grado de acuerdo N(%) ^A	M (DE)	U de Mann-Whitney Test
1. Sufrimiento psicológico	109 (78,90)	4,21 (0,67)	216 (69,23)	4,10 (0,83)	$p = 0,002^{**}$
2. Sufrimiento Físico	70 (50,72)	3,55 (1,03)	161 (51,60)	3,57 (1,00)	$p = 0,821$
3. Apoyo de los compañeros de trabajo	2 (1,44)	2,82 (0,45)	2 (0,64)	2,73 (0,55)	$p = 0,005^{**}$
4. Apoyo del supervisor	20 (14,49)	2,79 (0,99)	46 (14,74)	2,85 (0,96)	$p = 0,265$
5. Apoyo institucional	63 (45,65)	3,40 (1,20)	159 (50,96)	3,67 (0,99)	$p = 0,002^{**}$
6. Apoyo no relacionado con el trabajo	3 (2,17)	1,43 (0,67)	9 (2,88)	1,47 (0,77)	$p = 0,150$
7. Autoeficacia profesional	97 (70,29)	4,02 (0,85)	175 (56,09)	3,82 (0,86)	$p = 0,136$
8. Intención de cambio de trabajo	83 (60,14)	3,45 (1,27)	171 (54,80)	3,38 (1,26)	$p = 0,686$
9. Absentismo	61 (44,20)	2,91 (1,32)	97 (31,09)	2,61 (1,34)	$p = 0,948$
A= El porcentaje de acuerdo de las diferentes dimensiones estaba representado por el porcentaje de encuestados con una puntuación media global de la dimensión de $\geq 4,0$ M=Mean/DE=Desviación Estándar **= Estadísticamente significativo U de Mann-Whitney Test					

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a dos dimensiones del SVEST-E (dimensión 1 formas de apoyo deseadas / $p = 0,001$ y dimensión 5 apoyo disponible / $p = 0,003$); y en tres de las nueve dimensiones del

modelo del instrumento original; existió mayor sentimiento de segunda víctima en los que habían sufrido el evento adverso en los últimos 12 meses (sufrimiento psicológico / $p = 0,002$, Apoyo de los compañeros de trabajo/ $p = 0,005$) la dimensión de (Apoyo Institucional/ $p = 0,002$) fue a favor de los que habían sufrido el evento adverso hacía más de 12 meses.

Además de las 4 dimensiones principales de los que consta el SVEST-E, existe otra dimensión que corresponde a las formas de apoyo deseadas, dimensión 1, que integra desde el ítem 1.1 al 1.7. Estos ítems también fueron analizados. Cabe señalar que coinciden exactamente con la dimensión 10 del modelo del instrumento original, por tanto, el análisis que se presenta es válido para ambos modelos.

Todas las opciones de apoyo obtuvieron una media por encima de 3,65 puntos. La opción de apoyo más deseada para ambas categorías fue "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido" (Obstetras = $4,43 \pm 0,78$ / Matronas = $4,57 \pm 0,64$).

El 33,78% de las matronas indicaron que era una forma de apoyo muy deseada, siendo este porcentaje menor entre los tocólogos 25,33%. Estos resultados quedan registrados en la siguiente ilustración (Ilustración 20).

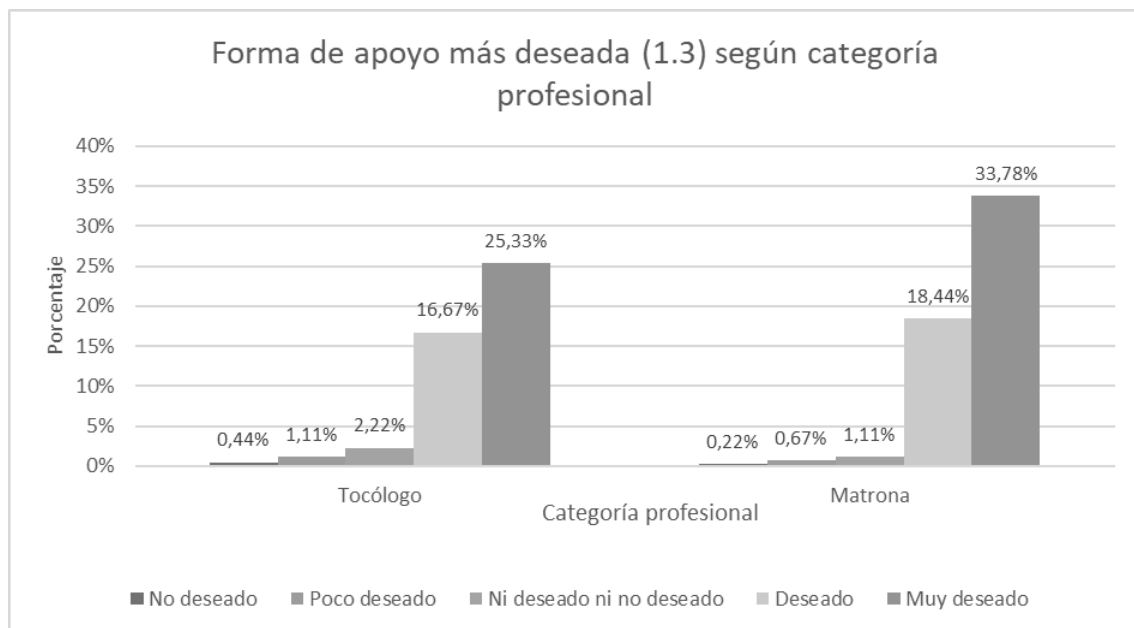


Ilustración 20 Forma de apoyo más deseada "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido" porcentaje según categoría profesional

Conjuntamente, se indagó la relación que existía entre la variable sociodemográfica edad y la forma de apoyo más deseada; para un mejor manejo y comprensión de los datos se agruparon las edades por rangos.

Se detectó que los profesionales con edades comprendidas entre 40 y 55 años fueron los que mayor puntuación dieron a la forma de apoyo "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido", el 28,67%, seguido del grupo de edad de menores de 40 años. Estos datos se presentan en la Ilustración 21.

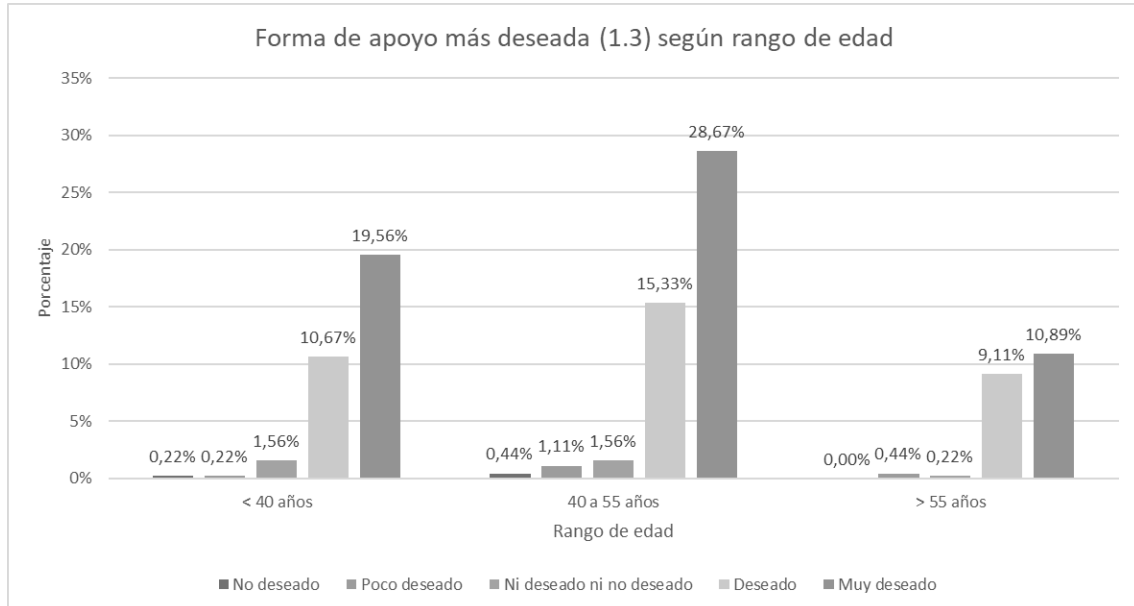


Ilustración 21 Forma de apoyo más deseada "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido" porcentaje según rango de edad

Existió también coincidencia en la opción menos deseada, que fue en ambos casos "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo", aunque existieron diferencias acusadas en este caso entre los grupos (Obstetras = $3,65 \pm 1,41$ / Matronas = $4,15 \pm 1,17$; $p \leq 0,001^*$).

La Ilustración 22 muestra que el 28,89% de las matronas indicaron esta forma de apoyo como muy deseada, este porcentaje en los tocólogos se reducía al 17,33%.

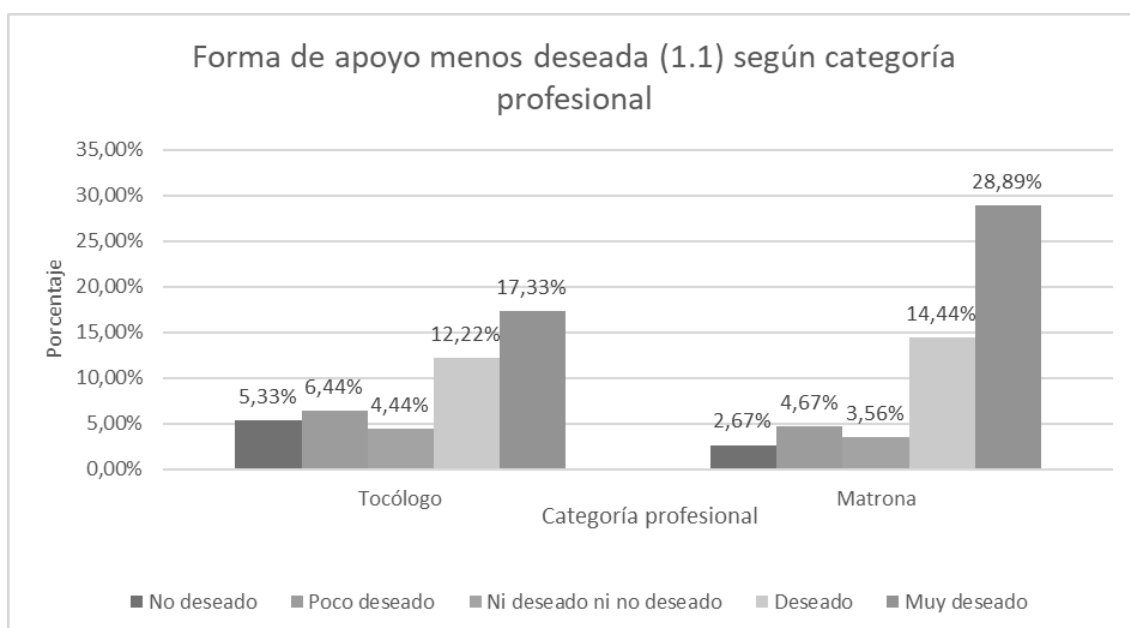


Ilustración 22 Forma de apoyo menos deseada "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo" según categoría profesional.

Esto fue detallado de igual forma según rango de edad. (Ilustración 23).

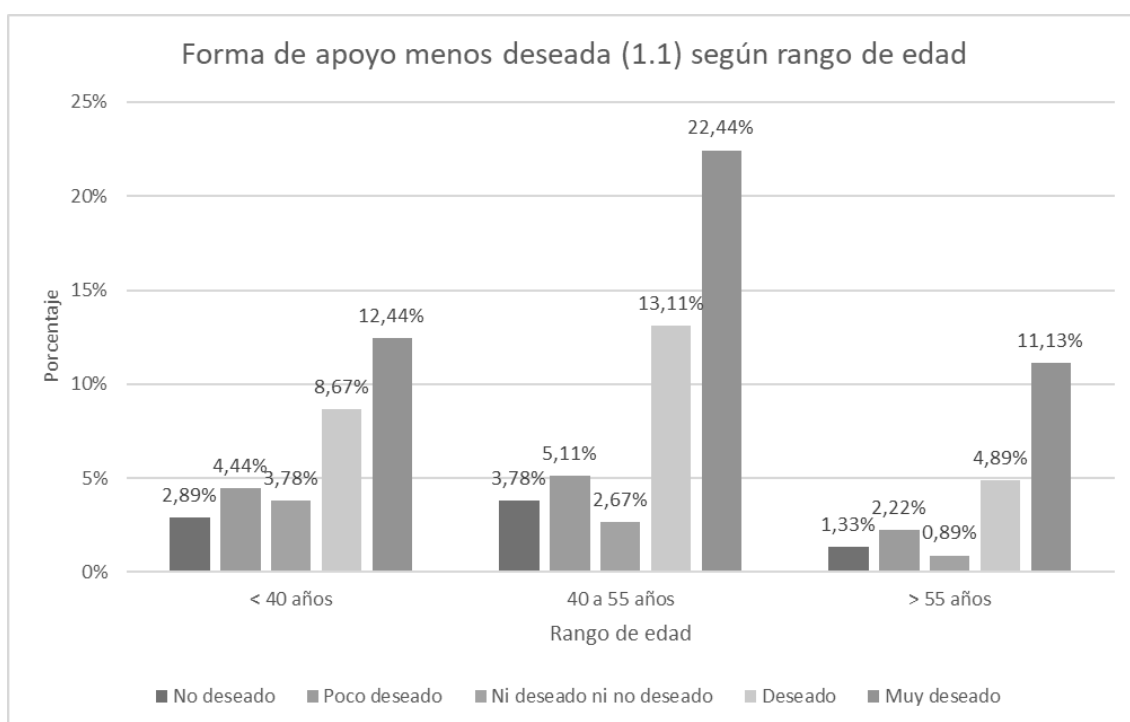


Ilustración 23 Forma de apoyo menos deseada "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo" según rango de edad.

En la tabla que a continuación se aporta (Tabla 41), se visualizan todas las medias, desviaciones estándar y tamaño de Cohen para el conjunto de formas de apoyo deseadas.

Tabla 41 Formas de apoyo deseadas (n=450)

	Deseado ^A N (%)		No deseado ^B N (%)		M(DE)		U de Mann-Whitney Test	Tamaño del efecto de Cohen ^C
	Obstetras	Matronas	Obstetras	Matronas	Obstetras	Matronas		
Factor 1 Formas de apoyo deseadas								
1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.	133 (64,60)	205 (79,90)	53 (25,80)	33 (13,50)	3,65 (1,41)	4,15 (1,17)	≤ 0,001**	0,39
1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	153 (74,30)	211 (86,50)	31 (15,00)	16 (6,60)	3,96 (1,20)	4,32 (0,96)	≤ 0,001**	0,33
1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.	189 (91,70)	235 (96,30)	7 (3,40)	4 (1,60)	4,43 (0,78)	4,57 (0,64)	0,076	0,20
1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	186 (90,30)	224 (91,80)	9 (4,40)	11 (4,05)	4,38 (0,83)	4,44 (0,83)	0,351	0,07
1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.	167 (81,00)	196 (80,30)	23 (11,20)	22 (9,00)	4,13 (1,06)	4,18 (1,04)	0,522	0,05
1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.	176 (85,50)	217 (89,00)	13 (6,30)	17 (7,00)	4,28 (0,96)	4,36 (0,94)	0,238	0,08
1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	165 (80,10)	211 (86,50)	18 (8,70)	14 (5,80)	4,25 (1,04)	4,35 (0,94)	0,450	0,10
<p>A-Formas de apoyo deseadas = respuestas 4 o 5 puntos B-Formas de apoyo no deseadas = respuestas 1 o 2 puntos. C-Tamaño efecto cohen = 0,2-0,5 efecto pequeño, entre 0,5-0,8 moderado y encima 0,8 grande M=Media/DE= Desviación Estándar</p>								

En la Tabla 42, se plasman las formas de apoyo por las que se inclinan los profesionales que se han sentido segundas víctimas en los últimos doce meses.

Tabla 42 Formas de apoyo deseadas entre las segundas víctimas recientes

Formas de apoyo deseadas	Haber sido segunda víctima en los últimos 12 meses				U de Mann-Whitney Test
	SÍ (n=138)		NO (n=312)		
	Deseo N (%) ^A	M (DE)	Deseo N (%)	M (DE)	
1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.	109 (78,99%)	4,07 (1,17)	219 (70,19%)	3,85 (1,36)	p = 0,219
1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.	119 (86,23%)	4,28 (0,97)	245 (78,52%)	4,10 (1,13)	p = 0,216
1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.	133 (96,38%)	4,57 (0,65)	291 (93,27%)	4,47 (0,73)	p = 0,197
1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.	128 (92,75%)	4,44 (0,84)	182 (58,33%)	4,40 (0,83)	p = 0,540
1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.	114 (82,61%)	4,21 (1,09)	249 (79,80%)	4,13 (1,02)	p = 0,170
1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.	123 (89,13%)	4,27 (1,00)	270 (86,53%)	4,35 (0,92)	p = 0,464
1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.	118 (85,50%)	4,30 (1,01)	258 (82,69%)	4,31 (0,98)	p = 0,982
A-Formas de apoyo deseadas =respuestas 4 or 5 puntos. M=Media/DE=Desviación Estándar **= Estadísticamente significativo test de U de Mann-Whitney					

Los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las formas de apoyo deseadas entre las segundas víctimas que sufrieron un evento adverso en los últimos doce meses o a los profesionales que se han visto involucrados en un evento adverso con mayor antigüedad.

DISCUSIÓN

8 Discusión

8.1 Fase I

En los últimos años se han diseñado un gran número de instrumentos de medida para evaluar diferentes aspectos dentro de las ciencias de la salud^{276,321}.

La mayor parte de estas herramientas se han elaborado en inglés para ser utilizados en países anglosajones. Para poder sistematizar su uso en otros países, deben ser sometidos a un proceso de adaptación a la lengua y a la cultura del país a la que va a ser destinado el instrumento, ya que no es válida la simple traducción, debido a las grandes diferencias culturales que existen entre los países^{276,321}.

Como la mayoría de los instrumentos que existen hoy en día, el cuestionario SVEST fue desarrollado por Burlison et al. en 2014¹⁹² en inglés, se ha validado y utilizado en diferentes contextos y países y ha sido el primer instrumento de medida diseñado específicamente para evaluar la experiencia de los profesionales sanitarios que han mostrado sentimientos de segundas víctimas¹⁹².

Aunque, recientemente, se ha desarrollado una nueva herramienta, el SeViD-I survey^{191,322} el SVEST continua siendo la herramienta más conocida para la evaluación del fenómeno de second victim, habiendo sido traducida y adaptada en numerosos países y utilizada en múltiples entornos^{193,194,196}.

La mayoría de los estudios donde se han abordado las consecuencias que tienen los eventos adversos se han basado tradicionalmente en la detección y evaluación de los efectos psicológicos (presencia de ansiedad, depresión, stress, burnout o, especialmente, post-traumatic stress disorder (PTSD)^{276,321,323}.

Estos problemas psicológicos, si bien están muy relacionados con el fenómeno de las segundas víctimas, no son exclusivos de este.

En nuestra opinión, una de las fortalezas del cuestionario SVEST es que incluye otros aspectos importantes relacionados con la temática de segundas víctimas, tales como la autoeficacia profesional, el absentismo laboral o el abandono de la profesión. Estos elementos han sido frecuentemente olvidados cuando se ha abordado las consecuencias negativas de este fenómeno. Aun así, es indudable que la esfera psicológica es una de las más afectadas^{276,321,323}.

El SVEST ha sido adaptado transculturalmente a diversos contextos y diferentes idiomas por todo el mundo.

En 2016 al coreano¹⁹³, dos años más tarde se realizó una adaptación al español de Argentina¹⁹⁴, en 2019 al chino¹⁹⁵, 2020 al persa¹⁹⁸, en 2021 al italiano²⁰⁰, danés²⁰¹ y alemán²⁰².

Las versiones más recientes corresponden a las efectuadas en 2022 por Mohd et al²⁰⁵ SVEST-R al malayo, al portugués hablado en Brasil de Sordi et al²⁰⁶ y la versión más reciente de Koca et al²⁰⁷ al turco.

La versión alemana y malaya fueron llevadas a cabo con la versión revisada del SVEST publicada en 2020¹⁹⁹, hasta la actualidad son las únicas adaptaciones transcultural que han empleado el SVEST revisado.

Como se ha podido observar, existen adaptaciones en diferentes idiomas, sin embargo no existía ninguna adaptación del SVEST en España, aunque existe una versión en castellano, esta versión fue validada en otro país, Argentina¹⁹⁴.

Actualmente existe la recomendación de realizar una adaptación transcultural de cualquier instrumento de medida, pues pueden existir aspectos lingüísticos, con notaciones culturales o variaciones que afecten a la fiabilidad del instrumento^{249,324}.

Por ello, se realizó una adaptación transcultural completa, iniciando el proceso desde el cuestionario original¹⁹² y obviando la versión argentina¹⁹⁴, aunque ésta fue utilizada como elemento comparativo.

No existe un método estándar para la realización de adaptaciones transculturales de herramientas de medida como los cuestionarios, existiendo variaciones metodológicas según se consulte una u otra fuente^{237,249}.

En esta investigación se ha seguido un método que se ajusta a las recomendaciones generales propuestas para ello²⁴¹, se realiza el método de traducción y retrotraducción, pilotaje y valoración por un panel de expertos de 6 pasos propuesto por Sousa et al²⁴¹, se tienen en cuenta además, tanto las directrices de la CIT²⁴³, como las guías de la OMS²⁴⁶ así como los pasos empleados en el desarrollado de otras versiones adaptadas del SVEST.

La adaptación del SVEST español (SVEST-E), se inició con la traducción del instrumento por dos traductores, uno de ellos nativo español sanitario y conocedor del tema y otro traductor nativo inglés no sanitario y no conocedor del tema, cuya misión consistía en una traducción conceptual y semántica del cuestionario que facilitara la equivalencia de las condiciones del cuestionario original.

Todos los estudios conocidos hasta el momento de adaptaciones transculturales del SVEST han manejado dos traductores para este primer paso^{193-195,215}, salvo en la adaptación Danesa en 2021 que emplea un único traductor (siendo éste, uno de los autores del artículo publicado en la revista *Scandinavian Journal of Public Health*)²⁰¹ y

la reciente versión adaptada al malayo de 2022²⁰⁵. En contraposición tenemos la adaptación portuguesa de Sordi et al²⁰⁶, última adaptación publicada hasta el momento, donde tres traductores son partícipes de la traducción.

Las traducciones que se alcanzaron en nuestra investigación fueron evaluadas por el equipo investigador, una ginecóloga y dos matronas, se buscó analizar las erratas, fallos de expresión, faltas de ortografía, identificación de ítems iguales. Se cambiaron las palabras necesarias para que se ajustara al sentido del cuestionario original pero adaptado al contexto español.

Cuando todas estas apreciaciones fueron tomadas en cuenta, se redactó por consenso del equipo investigador, una primera versión, que sería la que se retraduciría.

Posteriormente dos traductores jurados, que no conocían el tema y de forma independiente entre ellos, retro tradujeron la versión española a dos versiones en inglés, anteponiendo el sentido conceptual y semántico del cuestionario a una traducción literal de las palabras; la versión argentina¹⁹⁴ y china¹⁹⁵, contó con dos traductores para este proceso, los coreanos¹⁹³, iraníes¹⁹⁸, italianos²⁰⁰, daneses²⁰¹, alemanes³²⁵, los malayos²⁰⁵ y los brasileños²⁰⁶ emplearon en la retro traducción un único profesional.

Una vez en mano, estas dos retro traducciones fueron nuevamente analizadas por el equipo investigador comparándolas con el original, para poder detectar discrepancias con el mismo

Además contamos con la opinión del mayor experto del cuestionario, el autor original, Dr. Burlison¹⁹². De esta manera cuidamos que el proceso de adaptación transcultural se llevara a cabo de acuerdo con su supervisión, evitando de esta forma la existencia de versiones no autorizadas.

La meta consistía en conseguir una equivalencia semántica con la versión original lo más fiel posible al mismo. Estos pasos sistematizados nos permitieron afirmar que la adaptación era equivalente a nivel semántico y conceptual.

La versión conseguida en las fases preliminares, fue testeada con una prueba piloto o de campo, siendo éste uno de los pasos esenciales para cotejar empíricamente la equivalencia del instrumento de medida²³⁸, según remarca Kiling³²⁶ y Elosua³²⁷, a pesar de la importancia que este paso conlleva, es habitual encontrar la falta de esta prueba en muchas adaptaciones de instrumentos²⁶⁰.

Al igual que en los estudios de Kim et al¹⁹³, Chen et al¹⁹⁵, Ajaudani¹⁹⁸ y Scarpis²⁰⁰, Mohd y Sordi²⁰⁶, el SVEST-E se sometió a una prueba piloto. Fase cualitativa que admitió detectar errores y valorar la comprensibilidad de los ítems y su aplicabilidad, verificando a su vez, aspectos prácticos de su uso, como por ejemplo el tiempo que requería su cumplimentación²³⁸.

Otras adaptaciones transculturales del SVEST, la argentina¹⁹⁴ y danesa²⁰¹, no dejan constancia de la aplicación de esta fase.

Uno de los aspectos que más genera controversia en la prueba de campo hoy día, se enfoca en el cálculo del tamaño muestral.

De acuerdo con García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga^{259,260}, se encomiendan incluir entre 30 y 50 sujetos, los cuales deben tener las particularidades que se desean medir en la población objetivo, esta cantidad resultaría suficiente para obtener una curva de normalidad. Sin embargo otros autores remarcan que la cifra ideal se encuentra en un rango de 20-40 sujetos²³⁸.

Actualmente no existe una guía que puntualice este aspecto. Prueba de ello es que diferentes artículos de revisión concluyen que son pocos los estudios que hacen uso de un pilotaje y dejan constancia clara de las condiciones de aplicación, entrenamiento, tamaño muestral y población seleccionada; concluyendo de esta forma que el número de participantes queda sujeto al diseño de investigación y los objetivos buscados en la investigación, en definitiva la muestra dependerá de la metodología utilizada²⁶⁰.

En los estudio de Kim et al¹⁹³, Mohd et al y Ajoudani et al se utiliza un conjunto de 30 profesionales con experiencia directa en eventos adversos; en el de Ajoudani et al¹⁹⁸ los 30 profesionales son enfermeras de un gran hospital universitario de Urmia. La versión china¹⁹⁵ aumenta esta cifra y realiza su test-retest con 40 enfermeras de un hospital general de chongqing. Por su parte, la adaptación alemana³²⁵ contó con 10 profesionales, enfermeras y médicos que contaban con al menos diez años de experiencia profesional. La versión italiana²⁰⁰, es la que emplea un menor número de profesionales, 5 profesionales únicamente, un médico, una enfermera, un técnico de laboratorio y sociólogo (3 hombres y dos mujeres).

En nuestra investigación se manejó un grupo de 10 Tocólogos y 10 Matronas, 20 profesionales en total. El equipo investigador asumió que esta cantidad era suficiente para el pilotaje de esta investigación, tomando como referencia el número de profesionales empleados en las adaptaciones previamente citadas, en adaptaciones de otros instrumentos de medida al español³²⁸⁻³²⁹ y contemplando los objetivos y metodología que se aplicaban en esta investigación.

Para el pretest se contó únicamente con la participación de profesionales asistenciales de dos categorías profesionales diferentes (ginecólogos y matronas) como se ha comentado anteriormente.

Esto quizás pueda considerarse una limitación potencial, aunque hay que decir que tanto el SVEST original como sus otras versiones han sido validados y utilizados hasta la fecha, exclusivamente en profesionales de enfermería^{193,194,215}.

Por tanto, el uso de dos categorías profesionales diferentes, creemos que puede aportar un valor a esta investigación, ya que los médicos presentan el mismo riesgo de sufrir el fenómeno de segundas víctimas. Además, la especialidad de Obstetricia y Ginecología es especialmente vulnerable a este fenómeno^{145,147,330}.

En nuestro estudio piloto, sí se realizó un análisis descriptivo más detallado de esta fase en comparación con el resto de los estudios realizados, ya que en la mayoría no queda constancia.

La prueba de pilotaje en nuestro estudio detectó la necesidad de cambios de sintaxis en 11 ítems, no obstante, ninguna de las modificaciones supuso cambios mayores, simplemente se basaban en cambios para mejorar las expresiones dentro de la cultura española, no hubo aumento ni eliminación del número de ítems con respecto al original.

Por su parte, la versión adaptada en argentina¹⁹⁴ detectó confuso el ítem "Las respuestas de mi supervisor son justas" dentro de la dimensión de apoyo al supervisor, siendo modificado por "Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió" sin embargo en esta fase no añadieron ni eliminaron ítems con respecto al original.

En el estudio de Winning et al¹⁹⁹ un estudio en unidades de cuidados intensivos neonatales, añadieron 9 ítems además de decidir según consenso de sus investigadores ampliar el cuestionario original con una nueva dimensión, la de resistencia, en ella incluyeron 5 ítems, lo que suma un total de 14 ítems nuevos.

Por otro lado, en la versión china¹⁹⁵ según las consideraciones de sus expertos y para la adecuación de sus condiciones culturales añadieron en la dimensión apoyo de los compañeros de trabajo el ítem "Mis compañeros de trabajo me dan cuidado y ayuda tras el evento adverso", y en la dimensión apoyo institucional añadieron tres nuevos ítems "Mi hospital cuenta con un sistema o política de estrategia de respuesta ante la ocurrencia de un evento adverso", "Mi hospital cuenta con un protocolo de aprendizaje y publicidad de cómo prevenir y responder a los pacientes ante los eventos adversos", "Mi hospital ha creado una cultura de seguridad positiva , pudiendo informar de los eventos adversos sin temor".

En la adaptación danesa²⁰¹ se planteó la modificación de ciertos términos e ítems. El ítem "He experimentado vergüenza por estos casos", fue uno de los propuestos a cambiar, ya que su redacción en danés literal era "forlegenhed" ("sentimiento provocado por otros") y no por el acto del evento adverso, lo que discrepaba del original, de la dimensión apoyo al supervisor se cambió la palabra "supervisor" por "nærmeste leder" "jefe de línea" para adaptarse al contexto danés.

De la versión persa de 2020¹⁹⁸, el equipo investigador, decide cambiar los siguientes términos, "el supervisor" se definió como el director de la sala y/o del hospital e "institución" como hospital; además dado que no existe en el sistema sanitario iraní, la salud mental como tal, el ítem 9.1 de la variable resultado: Absentismo "La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme" se transformó en baja por enfermedad, quedando de esta manera: "La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a pedir baja por enfermedad". Su comité de expertos no recomendó añadir o eliminar ningún componente y consideró que todos los elementos del cuestionario traducido tras los cambios llevados a cabo eran comprensibles para los profesionales sanitarios.

La versión alemana²⁰² encontró problemático el ítem 31 correspondiente a la dimensión de absentismo, "Cuando estoy en el trabajo, me distraigo y no estoy presente al 100% debido a mi participación en estas situaciones" fue modificada por "Cuando trabajo, me distraigo por mi participación en tales situaciones y no estoy presente al cien por cien", que se encontró más adecuada en la cultura germana, la versión malaya eliminó 4 ítems.

El resto de adaptaciones, como el BR-SVEST no modifica la estructura original del SVEST^{193,200}.

Es necesario verificar que el instrumento adaptado cumple las propiedades instrumentales que ha demostrado tener la versión original, la simple traducción y retrotraducción no se acepta como válido en si mismo²⁴⁸.

Esta premisa no presenta un acuerdo unánime entre autores, algunos determinan que, una vez realizada la equivalencia conceptual, el instrumento debería mantener esas propiedades sin necesidad de ser comprobadas.

Otros por el contrario afirman, que todo proceso de adaptación transcultural puede provocar algún cambio en la medida, no pudiendo ser detectados si no se analizan las propiedades psicométricas^{331,332}.

Por ello, uno de los primeros pasos que se establecen para valorar las propiedades psicométricas de un instrumento de medida, consiste en evaluar la validez del contenido, ya que esta puede restringir a todas las demás propiedades de medición³³³.

El cálculo del CVI, proporciona evidencia de la validez de contenido del instrumento y es frecuentemente utilizado por su facilidad de cálculo y simplicidad²⁶⁴.

Esta prueba fue manejada para el cálculo de la validez de contenido en el SVEST-E. Además ha sido utilizada en anteriores validaciones del SVEST, como en la versión coreana¹⁹³, china¹⁹⁵, persa¹⁹⁸ e italiana²⁰⁰, no así en la versión argentina¹⁹⁴ ni danesa²⁰¹.

El CVI, a pesar de haber sido ampliamente utilizado, ha sido objeto de debate ya que algunos autores la critican por ser un sistema muy sensible al número de expertos y porque argumentan las opiniones de expertos sobre la pertinencia o representatividad del contenido de un instrumento, por lo que no se deben interpretar como sinónimo de validez³³⁴.

Por ello, existe la recomendación de reclutar entre 8-12 expertos, seleccionados cuidadosamente, y aplicar medidas correctoras en el análisis, tales como la corrección del probable acuerdo por azar (Pa) y el cálculo del estadístico kappa modificado (K^*)^{265,334}.

En esta investigación se han realizado ambas actitudes, pues además del cálculo de estos parámetros, se reclutaron 10 expertos, en la selección de los mismo se buscó la mayor diversidad posible.

Para obtener las puntuaciones del panel de expertos se les instó a que valoraran cada ítem según los criterios de pertinencia y relevancia empleando una escala Likert del 1 al 4, la propugnada por Davis ²⁶⁸ que es citada y manejada frecuentemente en la literatura científica²⁶⁴.

Al ser un proceso transdisciplinar se pidió a los expertos puntuaran los ítems según criterios nombrados previamente, para este fin se publicó una web a la que tenían acceso éstos 10 expertos para albergar sus respuestas.

Este mismo método con escala Likert del 1-4 es el manejado en el estudio de validación transcultural de la versión coreana¹⁹³, el estudio de Chen¹⁹⁵, Zhang¹⁹⁶ y la versión italiana²⁰⁰, ésta última, usa un panel de 10 expertos al igual que nuestro estudio, el C-SVEST¹⁹⁵, 9 expertos como Burlison et al¹⁹² en la elaboración del cuestionario original (tres enfermeras, tres médicos y tres farmacéuticos) todos ellos ajenos al grupo investigador principal.

El resto de estudios difieren en el número de expertos, situándose por debajo de la recomendación dada por los autores^{265,334}.

En la versión persa son 8 los expertos que participan en la investigación. El BR-SVEST²⁰⁶ emplea 7 expertos. Esta misma cifra es la usada en el K-SVEST¹⁹³ un total de 7 expertos con experiencia en la seguridad del paciente y asistencia directa a los pacientes.

El estudio de Winning et al¹⁹⁹ emplea la misma cifra que las adaptaciones previas, pero con diferentes perfiles, un farmacéutico, trabajador social, dos médicos, dos enfermeras de grupos de apoyo, y como último componente un psicólogo. Calculan el CVI mediante una validación cualitativa por consenso entre los expertos y usando guías de literatura sobre segundas víctimas.

El estudio de Zhang et al²¹⁶ se vale de un total de 6 expertos pertenecientes al campo de la seguridad del paciente en las categorías médica y enfermera.

La adaptación argentina¹⁹⁴ sólo especifica el uso de 5 expertos sin describir las características de los profesionales y por último la versión alemana³²⁵ y Malaya que hasta el momento es la que manejan el menor número de expertos en el proceso de adaptación, 4 profesionales de la medicina.

Una vez se obtuvieron las puntuaciones del panel de expertos del SVEST-E, se procedió a realizar el cálculo de la validez de contenido del cuestionario, se estimó a través de los índices de validez de contenido para cada ítem (CVI-i, calculado como la razón entre el número de expertos que habían dado una puntuación de 3 o 4 en la escala Likert y el número total de expertos que había participado) y la validez de contenido para toda la escala, usando dos cálculos, el de SCVI/ ave (SCVI/ ave, calculado como la razón entre la suma de los I-CVI de todos los ítems y el número total de ítems del instrumento) y el de S- CVIUA escala de Validez de contenido por ítem por acuerdo universal (SCVI/ ave, calculado como la proporción de ítems que han obtenido puntuación de 3 o 4 por todos los expertos partido por el número total de ítems). Además, se calculó el índice kappa modificado (k^*), probabilidad de acuerdo por azar entre expertos, el índice de validez de contenido individual para cada experto y la validez de contenido general del instrumento.

Los resultados del índice de validez de contenido I-CVI fueron medidos según los siguientes rangos, si el resultado era mayor del 79% el ítem fue considerado apropiado, si los valores se encontraban comprendidos entre 70-79 necesitaban revisión y un valor menor de 70, indica que debía ser propuestos para ser eliminado²⁶⁶, este mismo protocolo lo siguieron los autores del cuestionario original¹⁹², aquellos ítems con menos del 70% de acuerdo (que habían sido marcados según el mejor ajuste percibido para el campo de las segundas víctimas) fueron propuestos para eliminación

La media de puntuación del CVI- I fue de 0,87 por encima del estándar mínimo aceptable ($> 0,78$) según las guías y Polit and Beck²⁶⁴.

El resultado del S- CVI fue de 0,87 inferior al estándar recomendado por Polit and Beck ($> 0,90$), sin embargo una limitación de este índice es que no contempla que una parte de la concordancia entre los expertos es debida al efecto azar, y al número de expertos empleados³³³, por lo que el cálculo del estadístico k^* , permitió precisar que el acuerdo entre los expertos respecto a la relevancia y claridad de los ítems fue excelente ($> 0,74$)^{265,335} en la inmensa mayoría de ellos. Los criterios de evaluación aplicados para el índice kappa modificado (K^*) que se consideraron fueron los propuestos por Polit et al²⁶⁵ y Cicchetti et al³³⁵.

Esto nos permite afirmar que la versión española del SVEST, SVEST-E¹⁹⁷ refleja el dominio conceptual de interés que se pretende medir y posee una adecuada validez de contenido para medir la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios en España.

Si nos trasladamos a otros estudios en la versión china¹⁹⁵ consiguieron resultados de CVI y SCVI de 0,89 y 0,99 respectivamente, se basaron en las guías de Polit and Beck del 2006, corea¹⁹³ refleja una puntuación de 0,95 para ambos valores, consideraron valores aceptables de CVI > de 0,78 y S- CVI > 0,80 ¹⁹³ , el estudio de Zhang et al alcanza valores de CVI-I con rangos entre 0,85 -0,97 y S-CVI de 0,91, determinaron los valores mínimos según guías de Polit and Beck.

8.2 Fase II

En la fase II de esta investigación, para la recogida de datos se empleó una versión online del SVEST-E, confeccionado siguiendo las recomendaciones CHERRIES²⁶¹, directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online; esta forma de cumplimentación dio a los participantes la oportunidad de completar el cuestionario a través de diferentes dispositivos, PC, tableta o Smartphone, no hubo formato en papel. El tiempo promedio de duración en la cumplimentación del SVEST-E fue de 10,3 minutos (DE = 1,4 minutos), similar al registrado para el G-SVEST 9,4 minutos (DE = 3,6 minutos)³²⁵.

A todas las instituciones participantes y hospitales se les explicó de forma clara en qué consistía el estudio, los objetivos buscados, el empleo que se iba a dar a los resultados obtenidos; así mismo se les facilitó la aprobación del comité de ética CEI/CEIm HUGCDN y se obtuvo consentimiento informado de todos los profesionales que participaron en las diferentes fases de esta investigación. El resto de estudios del SVEST^{194,195,216}, siguen estas mismas directrices.

Si analizamos el método de recogida de datos, podemos determinar que existe cierta homogeneidad entre los estudios.

Kim et al¹⁹³ en 2016 insta a los profesionales a la cumplimentación del cuestionario de forma telemática, al igual que en nuestro estudio, sin embargo, la difusión de su estudio es propiciado por medio de los directivos del hospital, a diferencia de nuestra investigación en la que no recibimos tal apoyo.

En el estudio de Mok et al²¹⁵ entregan en formato papel los cuestionarios a los profesionales y se ayudan al igual que los coreanos de los supervisores de planta, que envían invitaciones por email para aumentar la participación y conseguir así mayor difusión.

La versión China¹⁹⁶ y el estudio de Zhang et al¹⁹⁶ reporta el uso de una red social popular en china (WeChat) para difundir el estudio, el cuestionario es cumplimentado en papel y depositado en los buzones habilitados para tal fin, situados en los controles de enfermería.

El estudio de Strametz et al³²⁵ hace uso de redes locales y regionales, foros en línea y plataformas de medios sociales en Alemania, Austria, Suiza y Noruega.

La versión danesa también se suma al medio digital usando el software de captura de datos electrónico REDcap®.

Los estudios de Winning et al¹⁹⁹ y Brunelli¹⁹⁴ no dejan constancia del procedimiento que manejaron para difundir y cumplimentar el SVEST.

El SVEST-E estuvo activo para ser cumplimentado del 15 de mayo al 9 de septiembre del 2020.

El periodo de recogida del resto de estudios fue más escueto, Mok et al²¹⁵ del 1 de enero al 12 de febrero del 2018, la revisión del SVEST en cuidados intensivos neonatales, 3 semanas con recordatorios cada 5 días a través de email.

En los estudios transversales de Zhang et al²¹⁶ y Quillivan et al¹⁰¹ un mes y tres meses respectivamente, Strametz et al³²⁵ dos meses.

La razón probable, que está detrás de superar la media de tiempo para la cumplimentación del SVEST en nuestro estudio es sencilla, nuestro objetivo consistió en conseguir el mayor número de profesionales (matronas-obstetras) así como la mayor diversidad posible.

Este objetivo llevó a reclutar profesionales de diferentes instituciones y comunidades autónomas de España, un total de 33 hospitales/centros de salud/Caes participaron, el número de instituciones que participaron no es comparable con ningún otro estudio del SVEST, el siguiente con mayor número fue Irán¹⁹⁸ con 8 hospitales afiliados a la universidad de Urmia, seguido de China¹⁹⁵ 7 hospitales de la región y los que contaron con menor participación fue Singapur²¹⁵ y Corea¹⁹³ con 1 hospital respectivamente.

Otro aspecto para comentar es el total de muestra empleado, nuestro estudio contó con una muestra total de 689 profesionales, de ellos 366 (53,0%) matronas la categoría más predominante y 323 (46,9%) eran médicos obstetras.

Esta área es muy sensible y un porcentaje elevado de matronas y obstetras experimentan eventos obstétricos graves en su desarrollo profesional que pueden afectarles y desencadenar sentimientos de segundas víctimas^{147,233}.

El 60,3% de los sanitarios que participaron en nuestro estudio, informó haberse visto involucrado en un evento adverso; este cuestionario ha sido usado con éxito para la

evaluación del fenómeno de segundas víctimas específicamente en el área obstétrica en otros países^{225,226,336}.

Otros estudios han usado matronas en sus procesos de validación del SVEST²⁰⁰, alguno en un elevado porcentaje (por ejemplo, un 43,3% de los participantes en el estudio de Knudsen et al eran matronas²⁰¹).

Independientemente de la especialidad, hay que tener en cuenta que, a pesar de que el SVEST está diseñado para su uso en cualquier profesional sanitario³²⁰, muchos de sus estudios de validación se han realizado en poblaciones conformadas por una profesión concreta, generalmente enfermeras^{193,195,198}.

Sin embargo, hay que recordar que la versión original del SVEST¹⁹² fue validada con 281 sanitarios pertenecientes a diferentes categorías profesionales: médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares, todos ellos con asistencia directa a los pacientes.

Con respecto al tamaño muestral, señalar que la mayoría de los estudios de validación^{193,194,198,200} tenían tamaños menores a nuestro estudio, con una media de 337 profesionales, la adaptación de Knudsen²⁰¹ fue el estudio que albergó menos participantes 171, y el mayor, siendo además el único que superó el tamaño muestral de nuestra investigación corresponde, al estudio de la versión china¹⁹⁵ del SVEST con un total de 1422 sanitarios.

Tras determinar la esfericidad de Bartlett y el criterio de KMO, la mayoría de los estudios comprobaron la validez de constructo a través del análisis de componentes principales (ACP)^{195, 196}.

El estudio de G-SVEST³²⁵ utilizó el ACP para calcular los valores propios así como los gráficos de dispersión y las cargas factoriales tras la rotación varimax.

Sin embargo debido a la controversia existente hoy día con el empleo del análisis de componentes principales y el uso de la rotación varimax³⁰¹, se utilizó el método de matrices de correlaciones policóricas y rotación oblicua, para seguir las recomendaciones actuales, siendo nuestra investigación²⁰³ la única que emplea este método.

El SVEST original de Burlison¹⁹² está compuesto por siete dimensiones, dos variables resultado y una sección de formas de apoyo deseadas. En el presente estudio se exploraron las siete dimensiones y dos variables resultados, agrupando a la muestra en dos categorías, los profesionales que se habían visto inmersos en un evento adverso y reconocían sentirse segundas víctimas y el grupo que no referían sentimientos de segundas víctimas.

Los análisis mostraron que cinco de las dimensiones (sufrimiento psicológico, sufrimiento físico, apoyo del supervisor, apoyo no relacionado con el trabajo y autoeficacia profesional) y las dos variables de resultado (intención de cambio de trabajo y

absentismo) presentaban diferencias estadísticamente significativa entre las categorías, sin embargo la dimensión psicológica fue la que alcanzó la puntuación más alta (con valores por encima de 4 puntos), aunque sólo en el grupo de los profesionales que se habían visto inmersos en un evento adverso y reconocían sentirse second victim, contras los que no referían sentimiento de second victim. Esto es concordante con lo reportado en otros estudios de validación del SVEST^{192-194,201}.

Sin embargo, se debe valorar que el análisis factorial realizado propone un modelo donde la dimensión sufrimiento psicológico "Physical Suffering" se integraría en un factor que englobaría además de a esta dimensión, las dimensiones apoyo de compañeros de trabajo, el apoyo no relacionado con el trabajo y la Autoeficacia Profesional, por lo que nuevos análisis deben realizarse para comprobar si este cambio puede modificar en gran medida estos resultados.

Se optó para un método de análisis paralelo para el AFE, ya que este modelo permite la identificación más rigurosa del número de dimensiones de un cuestionario^{337,338} utilizando la matriz de correlación policórica dada la naturaleza de los ítems para la estimación del modelo de AFE³³⁹.

Según este análisis, el SVEST-E parece que se ajusta a un modelo de 5 factores, 4 si excluimos las respuestas de apoyo deseadas, ya que esta dimensión no es utilizada para el cálculo de la puntuación total en el SVEST³²⁰, con variabilidad explicada total de 61,8%.

El G-SVEST³²⁵ propone de igual forma un modelo de 5 factores, el primer factor, angustia comprende estrés psicológico, físico y la experiencia de la propia eficacia profesional, factor dos (resilience) resistencia, factor 3 apoyo, que engloba ayuda de los colegas, de los supervisores e instituciones sanitarias, factor 4 formas de apoyo deseadas, y factor 5 intención de cambio de trabajo, esta estructura de 5 factores difiere con el resto de estudios de validación que proponen: ocho factores en el K-SVEST¹⁹³, siete en la versión argentina¹⁹⁴ y en el M-SVEST-R²⁰⁵, seis en el C-SVEST¹⁹⁵, en la versión IT-SVEST²⁰⁰, P-SVEST¹⁹⁸ y en la última adaptación del 2022, el BR-SVEST²⁰⁶ se sugiere seguir el modelo original de 9 dimensiones.

Los diferentes análisis de las versiones del SVEST en otros países, han puesto de manifiesto algunos problemas en algunas dimensiones o para determinados ítems.

Por ejemplo, las dimensiones 3-Colleague Support and 4-Supervisor support obtuvieron bajos valores de fiabilidad en el estudio original de Burlison¹⁹², la validación de Brunelli¹⁹⁴, el estudio de Kim et al¹⁹³, y la versión iraní¹⁹⁸. En nuestro estudio el ítem 4.3- Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos /Dimensión apoyo al supervisor obtuvo la carga factorial más baja en el AFC, siendo además muy llamativo el valor si lo comparamos con el resto de los ítems. Este ítem

también ha sido señalado en el estudio de Knudsen et al²⁰¹, que propuso eliminarlo para aumentar el valor de coeficiente de alfa de cronbach de la dimensión Supervisor Support en la versión danesa, aunque finalmente se mantuvo por ser considerado relevante en el contexto danés²⁰¹.

En el estudio del C-SVEST y en el estudio de Brunelli, este ítem fue reformulado y eliminado respectivamente^{195,194}.

En cuanto al estudio de la fiabilidad, el SVEST-E muestra una elevada reliability para la mayoría de los ítems, con valores ORION por encima de 0,80, con un intervalo de (0,715-0,971) a partir del cual se puede considerar consistencia adecuada²⁰³.

Este indicador muestra mayor rigurosidad que el alfa de Cronbach, cuyo uso a día de hoy está bastante cuestionado³⁰¹, pese a ello es el método empleado en los estudios registrados del SVEST.

Los valores de alfa de Cronbach en el SVEST original¹⁹² fue de (0,79), el SVEST-R revisado¹⁹⁹ (0,86), la versión coreana¹⁹³ (0,71), la versión china¹⁹⁶ (0,52-0,9) y la versión alemana³²⁵ (0,88).

Los valores obtenidos en las versiones citadas previamente, no pueden ser cotejados con nuestro estudio, ya que se usaron los valores ORION cuyo cálculo es el recomendado en la literatura actual, sin embargo nuestra investigación la única que los utiliza²⁰³.

Los índices de bondad de ajuste del modelo de nuestro estudio fueron RMSEA = 0,038 (IC 95%: 0,031-0,042) (inferior al límite 0,05 para ser considerado buen ajuste), NNFI = 0,985 (IC 95%: 0,984-0,989) y CFI = 0,989 (IC 95%: 0,988-0,992), superiores a 0,95, indicando un ajuste excelente, y similar al resto de adaptaciones del SVEST^{193,194,325}.

Hasta donde conocemos, solo en el estudio del K-SVEST y el P-SVEST se ha evaluado la estabilidad temporal de instrumento, a través del test-retest, ambos estudios obtuvieron las máximas puntuaciones de ICC en las dimensiones de Sufrimiento psicológico "Physical Distress" y apoyo no relacionado con el trabajo "Nonwork-related support"^{193,198}, el retest en ambos casos al igual que en el SVEST-E tomó un intervalo de dos semanas.

Los valores del Coeficiente de correlación intraclase que se han obtenido para el SVEST-E han sido excelentes, siendo de 0,97 (IC 95%: 0,94-0,99) para la puntuación total, por encima de los valores obtenidos en los otros estudios referenciados anteriormente^{193,198}. Se debe explorar esta propiedad psicométrica en el resto de las versiones del SVEST.

La validez convergente es otra propiedad psicométrica pendiente de evaluación. La aparición de nuevas herramientas como el SeViD-I survey¹⁹⁰ puede abrir esta posibilidad.

8.3 Fase III

Aunque en España el estudio de las segundas víctimas es todavía escaso, se han realizado algunos estudios recientes impulsados por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas que aportan aproximaciones y estrategias para afrontar esta temática en nuestro país^{70,102,126}.

Este grupo, en su macro-estudio de partida para el análisis de este fenómeno, estimaba una alta prevalencia en la población sanitaria, ya que más de la mitad de los profesionales que participaron en dicho estudio (727 de 1087 / 66,9%) habían vivido una experiencia de segunda víctima ya fuera de forma directa o indirecta^{70,102,126}. Según los resultados obtenidos, estos profesionales habían sufrido ansiedad, sentimientos de culpa, dudas acerca de cómo informar de lo sucedido al paciente, a los compañeros y a los superiores, miedo a las consecuencias legales y preocupación por la pérdida de prestigio profesional¹⁰².

Dentro del ámbito clínico de la obstetricia, la investigación de este fenómeno es aún más limitada, a pesar de existir estudios que demuestran que es una de las especialidades con mayor riesgo de padecer sentimientos de segundas víctimas entre sus profesionales^{180,155}. La incidencia de eventos adversos entre los ginecólogos y matronas supera el 65% tal y como visualizan diferentes investigaciones, en el estudio de Kerkman³⁴⁰ un 73% de las matronas holandesas se había visto involucrada directa e indirectamente en un evento adverso.

En 2021 un estudio llevado a cabo en Suecia¹⁵⁷ identificó que de un total de 311 registros de partos revisados, un 12,2% presentó uno o más eventos adversos. De ellos, el 73,7% se consideraron evitables y más de la mitad de las matronas habían tenido sentimientos de angustia y estrés.

En el estudio de Buhlmann et al "Moving on after critical incidents in health care: A qualitative study of the perspectives and experiences of second victims" de 2022³⁴¹, los resultados revelan la alta prevalencia de EA que ocurren dentro de las salas de parto y muestra las 5 esferas fundamentales que se ven afectadas en las segundas víctimas, siendo la principal afectada el área emocional.

Este mismo año sale la publicación de Nydoo et al³⁴² la investigación llevada a cabo en un hospital público en KwaZulu, África en el que participaron un total de 231 profesionales dedicados a la obstetricia, de esta muestra 100 eran matronas, el resto médicos obstetras.

El 29,9% de los participantes declararon haber estado implicados en tres o más acontecimientos obstétricos adversos, el 19% de los EA causaron la morbi- mortalidad materna y fetal, siendo la categoría más afectada las matronas.

Los profesionales reclutados en el departamento de obstetricia y ginecología de un hospital en Wisconsin reportó que hasta un 95% de sus profesionales se había sentido "Second Victim³⁴³", el 85% de matronas y obstetras daneses, declararon haber participado en un parto traumático³⁴⁴. Los resultados del presente estudio que contó con una muestra total de 719 profesionales exponen que un porcentaje mayor al 60% de los obstetras y matronas españolas ha tenido sentimientos de segundas víctimas, obteniendo además elevadas puntuaciones en el cuestionario SVEST-E (por encima de 3). Estos valores son más elevados en las matronas que en los médicos obstetras, siendo este resultado estadísticamente significativo, si bien el tamaño de efecto es pequeño.

Algunos estudios que han abordado esta temática van en la misma dirección y señalan que las matronas sufren de sentimientos más negativos que los médicos después de un evento adverso^{345,344}.

Ser médico protege contra los síntomas de depresión y estrés tras un EA afirma el estudio de 2016 de Margulies et al¹⁴⁶. Esta premisa ha sido igualmente señalada en los estudios de Hajjesmaello et al³⁴⁶, Nydoo et al³⁴² y Buhlmann et al³⁴¹.

Estudios como el de Magaldi et al¹⁸⁷, seys et al³⁴⁷, Engel et al³⁴⁸ difieren, obteniendo mayor incidencia de segunda víctimas en función del grado de responsabilidad del profesional, siendo el personal de medicina los más frecuentemente afectados.

Ciertos autores que van a favor de la primera premisa postulan que las matronas podrían verse más afectadas por cuestiones de género^{180,155}, aunque no es posible afirmarlo con los datos de nuestro estudio, puesto que los dos grupos eran homogéneos en cuanto a género, siendo el porcentaje entre hombres y mujeres en ambos grupos (matronas y médicos-obstetras) muy similar 69,67% y 64,08% respectivamente.

Desde esta perspectiva, algunos autores señalan que los sentimientos negativos tras, por ejemplo, un traumatic childbirth, son mayores en las mujeres (ya sean matronas o médicos obstetras)^{152,349}.

Esto ha sido apuntado también en otros estudios sobre "Second Victim³⁵⁰". Hay que tener en cuenta que en muchos países el porcentaje de matronas de sexo masculino es escaso, por no decir mínimo³⁵¹.

A modo de ejemplo en el estudio de Wahlberg¹⁵³, sólo cuatro de las 1459 matronas que participaron en el estudio eran hombres y 11 eran hombres sobre 691 en el estudio de Kerkman³⁴⁰.

A diferencia que el resto de Europa, España tienen una alta proporción de matronas masculinas³⁵¹. Así pues, por lo que esta posible explicación, en principio, requiere de más investigación adicional.

Los años de experiencia laboral parecen ser otro factor que predispone a las segundas víctimas, nuestro estudio determinó que aquellos con menos años de experiencia tenían más riesgo de ser segundas víctimas, nuestra muestra tenía una experiencia profesional media de $17 \pm 10,58$ años [Años de Experiencia Profesional Mínima-Máxima: 0-45 años].

Estos datos son respaldados por estudios similares, que llegan a los mismos hallazgos, el 79,5% de segundas víctimas poseían entre 1-5 años de experiencia laboral^{336,352}.

A pesar del elevado porcentaje de segundas víctimas entre los profesionales de la obstetricia, parece sorprendente que los datos aportados en los estudios de investigación pongan de manifiesto el desconocimiento de este fenómeno, con casi un 70% global de profesionales que informan no haber escuchado nunca el término segunda víctima^{187, 225,336}.

Nuestro estudio sigue la misma trayectoria, sólo el 16,02% de los tocólogos y el 13,52% de las matronas tenían conocimientos amplios sobre las segundas víctimas, y determina asimismo que este conocimiento sigue siendo deficiente a pesar de los años de experiencia, con más de 15 años trabajados, sólo un 17,41% de profesionales de nuestra muestra señalaba alto dominio del fenómeno de segundas víctimas. Estos datos dejan entrever que aún queda un largo camino por recorrer.

Uno de los pasos fundamentales en este camino debería ser la implantación segura de una cultura de aprendizaje del error, asignatura pendiente en la mayoría de las instituciones, ya que sigue existiendo la percepción de una cultura punitiva y de silencio entre los sanitarios.

El 48,06% de los tocólogos y el 52,05% de las matronas indican no haber informado de los EA en los que se vieron directamente involucrados; los años de experiencia, parecen no modificar estos porcentajes observándose que más de un 60% de los que poseen menos de 5 años de experiencia no informan, este porcentaje es inversamente proporcional a los años de experiencia laboral, esto ha sido de igual forma registrado en otros estudios de similares características^{187,350,353}, que ven una relación posible entre años de experiencia y adquisición de herramientas para enfrentar escenarios estresantes.

Las segundas víctimas han de lidiar con sucesos traumáticos que provocan tanto personal como profesionalmente consecuencias desfavorables.

La mayoría de los estudios que se han acercado a las consecuencias que tienen los eventos adversos como los traumatic childbirth en los profesionales de obstetricia se han basado en la detección y evaluación de efectos psicológicos bien establecidos, como la presencia de ansiedad, depresión, stress, burnout o especialmente post-traumatic stress disorder (PTSD)^{153,340}.

Es por ello por lo que han utilizado herramientas y cuestionarios enfocados principalmente a la detección de estos problemas psicológicos que, si bien están relacionados con el fenómeno de las segundas víctimas, no son exclusivos de este. Esto ha influido en que no se han estudiado suficientemente otros aspectos importantes relacionados con la temática de segundas víctimas, tales como la autoeficacia profesional, el absentismo laboral o el abandono de la profesión¹⁸⁹.

Por ello, para esta investigación se optó por el uso de un instrumento de medida específico que evalúa las experiencias de segundas víctimas en sus múltiples esferas, el SVEST en su versión española (SVEST-E)¹⁹⁷.

El SVEST fue el primer instrumento diseñado para el estudio del fenómeno de segundas víctimas y también sirve para obtener información fiable respecto a la adecuación de los recursos de apoyo a las "Second Victim"³²⁰.

Aunque hay algún otro cuestionario creado para tal fin como el SeViD-I survey¹⁸⁸ el SVEST es con diferencia el instrumento más usado mundialmente para el estudio del fenómeno de second victim, habiendo sido traducido, adaptado y validado en múltiples países y entornos^{193-195,199-201,215}.

Concretamente en el entorno profesional obstétrico-ginecológico, el SVEST ha sido utilizado recientemente para evaluar la prevalencia del sentimiento de second victim en obstetras, ginecólogos y enfermeras ginecológicas (no matronas) en EEUU^{225,226,336} no se han dedicado a establecer posibles diferencias entre médicos y enfermeras-matronas.

Y, aunque algunos estudios de validación del SVEST han tenido matronas en su muestra²⁰¹ hasta donde llega nuestro conocimiento, el presente estudio es de los primeros donde se ha usado este instrumento para medir este fenómeno, específicamente, en matronas en el entorno europeo.

La puntuación media con el cuestionario SVEST-E para el total de las segundas víctimas (n = 450) fue de $3,06 \pm 0,55$, si valoramos según categorías $3,04 \pm 0,56$ para los médicos obstetras y $3,05 \pm 0,48$ para las matronas siendo este resultado estadísticamente significativo (U Mann Whitney $p = 0,003$ / Cohen's effect = 0,23).

La puntuación más alta se obtuvo para la Dimensión Sufrimiento Psicológico ($4,13 \pm 0,78$) y la más baja para la Dimensión Apoyo no relacionado con el trabajo ($1,46 \pm 0,74$).

Los resultados obtenidos con el SVEST confirman que el área psicológica es de las esferas que más se afectan cuando un profesional está involucrado en un evento adverso y se convierte en una segunda víctima²²⁵, de hecho el ítem más puntuado por el conjunto de segundas víctimas pertenece a esta dimensión, ítem 1.3 "Mis experiencias

me han hecho sentir triste" ($4,51 \pm 0,74$). Pero además parece reafirmar que otras áreas, a veces, no tan tenidas en cuenta en los estudios de valoración del fenómeno second victim, son igualmente afectadas, tales como la autoeficacia profesional.

En nuestro estudio la autoeficacia profesional "Professional self-efficacy" fue la tercera dimensión más afectada, sólo por detrás del Psychological distress y la Institutional support, de forma parecida al estudio de Finney et al, donde esta dimensión fue también la tercera más afectada (en este caso por detrás de "Non-work related support" y "Institutional support"³³⁶ y al de Rivera-Chiauszi et al²²⁵, tras la dimensión "Non-work related support" y "Institutional support").

La variable resultado 2- absentismo fue la dimensión que recibió menos puntuación en los estudios de Rivera-Chiauszi et al²²⁵, Torbeson et al²²⁶ y Finney et al³³⁶, en el nuestro, fue la segunda por detrás de "Non-work related support".

Por tanto, sin obviar la importancia de los efectos psicológicos, en el abordaje del fenómeno de las segundas víctimas se debe realizar una valoración integral que preste atención a todas las dimensiones de este problema.

Los recientes estudios de Torbeson et al²²⁶ y Rivera-Chiauszi et al²²⁵ apuntan en la misma dirección, indicando que la dimensión de autoeficacia profesional, era al menos igual de afectada que la dimensión Psychological distress tras un evento adverso aunque con puntuaciones inferiores a las obtenidas en nuestra muestra.

Si analizamos los datos por categoría profesional, los resultados muestran que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a cinco de las nueve dimensiones: en todas ellas existió mayor sentimiento de segunda víctima en las matronas (sufrimiento psicológico / $p = 0,002$, Apoyo del supervisor / $p = 0,007$, Apoyo Institucional / $p = 0,013$, Autoeficacia profesional/ $p = 0,025$, Intención de cambio de trabajo/ $p \leq 0,001^*$). Hay 2 dimensiones donde se hace necesario hacer hincapié.

Por un lado, las matronas obtuvieron puntuaciones elevadas en la dimensión Supervisor support, siendo además mayores respecto a sus compañeros obstetras, tanto en la puntuación total de la dimensión, como en los cuatro ítems que la componen. A tenor de estos resultados, las matronas españolas perciben escaso apoyo por parte de su supervisión, entendiéndose que esta supervisión en principio está representada también por matronas.

En los estudios revisados no hemos encontrado puntuaciones tan altas en esta dimensión. Por ejemplo en Rivera-Chiauszi et al²²⁵ esta dimensión fue la que obtuvo menor dimensión²²⁵, al igual que en Torbeson et al²²⁶ y Finney et al³³⁶.

En España, no parece apropiado el apoyo percibido por las matronas involucradas en un evento adverso por parte de sus supervisoras. Una posible causa podría ser la falta de empatía de estas supervisoras matronas, quizás ligada a su desvinculación con la asistencia directa. Son necesarias nuevas investigaciones que indaguen en este aspecto. Lo que sí parece claro es la necesidad de incluir en la formación curricular a los supervisores temas como el abordaje y apoyo a las segundas víctimas^{100,226}.

Por otro, si se valoran los resultados obtenidos en la dimensión "Intención de cambio de trabajo" con puntuaciones por encima de 3 puntos en comparación con los médicos obstetras ($p \leq 0,001$), existe un riesgo potencial real de que muchas matronas se planteen seriamente el abandono de la profesión tras verse involucradas en un evento obstétrico adverso. Esta consecuencia del fenómeno de "Second Victim" ya ha sido señalado con anterioridad^{153,189} y es especialmente preocupante en el caso particular de la matronas.

La dimensión 2 sufrimiento físico alcanzó la misma puntuación global en ambas categorías ($3,56 \pm 1,02$). Para los obstetras, el ítem 1.3 "Mis experiencias me han hecho sentir triste." logró mayor puntuación; el 7.3 "Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo." fue para las matronas, obteniéndose también puntuaciones elevadas en el caso de los médicos obstetras.

Siendo la atención obstétrica compleja^{147,233} este aspecto es especialmente grave, pues puede afectar negativamente a la asistencia sanitaria que se presta a las mujeres por parte de profesionales que se han visto involucrados en un evento adverso obstétrico¹⁴⁴.

Esto puede deberse a que este profesional puede evitar llevar a cabo en un momento dado un determinado procedimiento arriesgado pero necesario de realizar, lo cual puede acarrear nefastas consecuencias.

En relación a la profesión de matrona y su entorno laboral se han observado diversos elementos negativos: cultura de trabajo negativas, falta de apoyo al personal, acoso, agotamiento, burnout y abandono de la profesión³⁵⁴.

Existen estudios que reportan en determinados países elevados porcentajes de matronas que han considerado seriamente una potencial intención de abandonar la profesión y que identifican posibles causas que provocan este deseo; condiciones laborales inadecuadas, conflictos interprofesionales, insatisfacción con el rol de matrona que desempeñan, impacto negativo en su salud física, psíquica o en sus relaciones familiares^{355- 356}.

En nuestra muestra, un 15,6% de matronas y un 19,3% de médicos obstetras se plantearía seriamente el abandono de su trabajo tras verse involucrado en un evento adverso, estos porcentajes son similares en el estudio de Sheen et al¹⁵⁴ y a los

registrados en las obstetras y matronas suecos, más de un 15% se plantea la rotación de su unidad o abandono de su profesión tras un suceso grave en la unidad de maternidad.

Por esta razón, no se debe subestimar la vulnerabilidad a la que se exponen los profesionales sanitarios siendo un pilar fundamental la preparación de éstos, ante sucesos graves; tanto el crecimiento como el abandono de la atención al parto puede ser el resultado del proceso que sigue a un acontecimiento grave³⁵⁷.

Aunque se requieren de nuevos estudios que indaguen con mayor precisión la relación entre el abandono de la profesión y las segundas víctimas, la influencia de este fenómeno en el deseo de abandono de la profesión no debe ser menospreciada; de ahí la importancia de tener en cuenta los sentimientos que aparecen en las segundas víctimas para su apoyo.

La tristeza, miedo, agotamiento, irrumpen como prevalentes en los obstetras y matronas españolas; estas emociones fueron asimismo descritas entre las matronas holandesas en el estudio de Kerkman et al¹⁸¹, en obstetras y matronas de EEUU³⁴³ y matronas danesas que añadieron a este grupo de emociones la culpa y vergüenza³⁴⁴.

Estos sentimientos propios de las segundas víctimas se presentan de forma más grave en los primeros 12 meses posteriores al EA tal y como reportan los estudios^{146,178}.

Ésta tesis indagó esta condición, valorando las nueve dimensiones de las que consta el SVEST; se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a tres de las nueve dimensiones: dimensión 1 sufrimiento psicológico / $p = 0,002$, dimensión 3 Apoyo de los compañeros de trabajo/ $p = 0,005$ y dimensión 5 de Apoyo Institucional / $p = 0,002$, éstas diferencias estadística fueron igualmente detalladas en el estudio de Rivera-Chiauzzi et al²²⁵, Finney et al³³⁶ no mostró diferencias entre los grupos en la dimensión 5, si en la dimensión de sufrimiento físico y autoeficacia profesional, cabe notar que éstas dimensiones lograron un grado de acuerdo elevado lo que significa que los profesionales puntuaron con 4 o más éstos ítems, resultados que muestran alto sentimiento de segundas víctima.

La trayectoria posterior al evento es en gran medida predecible, podrían desarrollarse programas institucionales para detectar con éxito a los profesionales de riesgo inmediatamente después de un suceso, y desplegarse el apoyo adecuado para acelerar la recuperación y mitigar los resultados adversos de la carrera⁹⁹.

Para que este objetivo se cumpla, se hace necesario averiguar cuáles son las necesidad reales de éstos profesionales tras el error, el SVEST es un cuestionario que nos permite conocer estas necesidades a través de la sección última, de formas de apoyo deseadas que consta de 7 ítems del 10.1 al 10.7¹⁹².

Dentro de estos sistemas o recursos de apoyo, según los resultados que se han obtenido, la opción de contar con un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido se perfila como la opción más deseada, tanto en matronas como en médicos obstetras, (Obstetras = $4,43 \pm 0,78$ / Matronas = $4,57 \pm 0,64$)²¹⁵.

Esta opción de apoyo es lo que se conoce como "Clinician peer support program"^{100,106} y ya existe alguna experiencia sobre la efectividad de este tipo de programas de apoyo en el campo específico de la obstetricia²²⁵.

El 33,78% de las matronas indicaron que era una forma de apoyo muy deseada y el 25,33% de los tocólogos, también se estudió esta opción de apoyo según rango de edad de los profesionales, un 25,78% de los profesionales con edades comprendidas entre 40 y 55 años la señalaron como la forma de apoyo más deseada, seguida del grupo de edad de menores de 40 años, siendo éstos hallazgos muy similares a los reportados en otros estudios^{320,336}.

Mientras que la opción más deseada fue "Clinician peer support program", la menos deseada se posicionó como "La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo", aunque existieron diferencias acusadas en este caso entre los grupos (Obstetras = $3,65 \pm 1,41$ / Matronas = $4,15 \pm 1,17$; $p = \leq 0,001^*$).

Aunque existen alguna propuesta de sistemas de apoyo específicos para matronas³⁴⁹ un aspecto que debe ser estudiado en el futuro es el diseño de sistemas de apoyo adecuados y diferenciados según el profesional implicado. Los resultados que se han obtenido en el presente estudio han encontrado diferencias estadísticamente significativas en algunas de las opciones de apoyo deseadas según el tipo de profesional implicado, 10.1

La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo 10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos, ambos dos más deseados por la categoría (Matrona).

Parece claro que por estas razones se hace necesario el diseño y provisión de sistemas de apoyo adecuados por parte de las organizaciones e instituciones sanitarias para ayudar a los profesionales involucrados en este tipo de situaciones^{189,336}.

De igual forma se hace esencial proveer de información sobre la implantación de estos recursos a los sanitarios, más del 23,8% de los obstetras y 26,2% de las matronas manifestaron no saber si su institución disponían de grupos de apoyo, esta misma situación se ve reflejada en otros estudios^{106,155,180}.

El conocimiento de estos recursos y uso puede ayudar a mitigar la pérdida de profesionales que abandonan su profesión y promover el bienestar entre los afectados. Informar, desarrollar y mejorar los sistemas de apoyo para los profesionales sanitarios es una tarea multifactorial, que tiene un gran impacto en todo el sistema sanitario.

8.4 Sesgos y limitaciones

8.4.1 Sesgos

Todo estudio epidemiológico que se lleva a cabo está sometido a cierto grado de error, de ahí la importancia de determinar cuáles son las fuentes principales y los diferentes procedimientos que pueden reducir el impacto de estos errores en los resultados obtenidos³⁵⁸⁻³⁶⁰.

A estos errores se les denominan Sesgos, errores sistemáticos cuya presencia se traduce en una disminución de la validez interna del estudio (capacidad que el estudio epidemiológico tiene de medir la realidad, de medir la frecuencia o distribución de un fenómeno), lo que produciría una estimación errónea del efecto.

Existen diferentes tipos de sesgos, la mayor parte de los cuales pueden agruparse o sistematizarse en los siguientes tipos³⁵⁸⁻³⁶⁰:

8.4.1.1 Sesgos de selección

Este tipo de sesgo puede producirse en cualquier estudio epidemiológico, aunque si bien es verdad que su frecuencia en los estudios transversales o de encuesta es mayor que en el resto^{294,361}.

Son errores sistemáticos que se ocasionan principalmente en la identificación o selección de la muestra que se quiere estudiar y que llevan a crear conclusiones erróneas sobre la hipótesis inicial. Estos errores pueden ser causados por el propio equipo investigador o ser originado por razones de la población de estudio que no son evidentes fácilmente para los investigadores, en este aspecto se puede incluir en este apartado cualquier factor que propicie o influya sobre la posibilidad de los sujetos seleccionados de participar o permanecer en el estudio y que, además, esté relacionado con la exposición o con el evento en estudio³⁶².

Nuestra investigación se enfrentó al sesgo de selección, ya que tanto los profesionales que confeccionaban el panel de expertos como los que componían el pilotaje, así como los profesionales sanitarios que cumplimentaron el SVEST-E en la fase II y Fase III fueron captados por un muestreo de conveniencia y no con muestreo aleatorio debido al diseño y objetivos propios de nuestro estudio.

Para limitar el sesgo de selección:

Panel de expertos: en la captación del panel de expertos se utilizaron de forma cuidadosa criterios de selección que buscaron la diversidad entre estos profesionales.

Se incluyeron a los profesionales considerando los criterios de selección propuestos por Skjong y Wentworht³⁶³:

- 1) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia, reconocimientos, entre otras)
- 2) Reputación en la comunidad
- 3) Disponibilidad y motivación para participar
- 4) Imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

Pilotaje: Se seleccionaron diez profesionales por categoría, diez obstetras y diez matronas, se invitó a participar a profesionales y se emplearon los mismos criterios de selección utilizados en la captación del panel de expertos.

Ningún profesional rechazó su participación para formar parte del estudio, los profesionales del panel de expertos eran independientes de los que constituyeron el pilotaje.

Profesionales que cumplimentaron el SVEST-E Fase I y Fase II: Se optó por un muestreo de conveniencia, y no un muestreo probabilístico, por el fenómeno que se pretendía estudiar. Nos ayudamos de informantes estratégicos, para captar la mayor cantidad de profesionales, en total fueron cinco entidades conocidas entre las categorías a estudio, las que colaboraron: SEGO, SOGC, FAME, SIMAES, AEEM. Por otro lado, el equipo investigador se puso en contacto con cuarenta hospitales del SNS incluyendo hospitales públicos y privados de las diferentes comunidades autónomas, recibimos respuesta positiva de treinta y tres hospitales, treinta hospitales públicos y tres hospitales privados, el equipo investigador también difundió y pidió colaboración a través de diferentes redes sociales (Facebook, Instagram, etc.) a través de un flyer publicitario, a grupos de matronas, previniendo de esta forma, que no fueron sólo participantes los profesionales adscritos a las instituciones anteriormente citadas.

El subtipo de muestreo con informantes estratégicos más importante, es el muestreo de ("bola de nieve")^{363,364} también llamado en cadena, que se emplea generalmente en poblaciones especiales o de difícil acceso, el muestreo de snowball se utilizó en este estudio. Para efectuar el muestreo, se pidió a una serie de informantes iniciales (instituciones nombradas anteriormente, y supervisores de los hospitales con los que se contactó) que suministrasen los nombres de otros miembros potenciales (otros hospitales); este tipo de muestras es, en definitiva, un sistema de aproximación para localizar informantes, a partir de las tramas de interrelaciones internas de todo grupo. En definitiva, se eligió un diseño multidisciplinar y multisectorial que agregó no sólo profesionales de enfermería, incluyeron además profesionales pertenecientes al primer, segundo y tercer nivel asistencial; dado que el fenómeno de segundas víctimas afecta a

trabajadores de diferentes profesiones y sectores sanitarios, este enfoque para detectar diferencias entre categorías y niveles asistenciales se utilizó para una mayor generalización de los resultados obtenidos.

Dentro de los sesgos de selección encontramos también, el sesgo de no respuesta o efecto del voluntario. Es una de las limitaciones de las investigaciones realizadas con cuestionarios autoadministrados.

Es aquel en el que el grado de interés que puede tener el profesional o paciente que participa voluntariamente en un proceso de investigación pueda interferir en relación con otros participantes. ¿Son diferentes los participantes de los no participantes? ¿La no participación está relacionada con la exposición o con el desenlace estudiado?²¹⁵

En nuestra investigación es un sesgo difícil de manejar debido a que la participación de los profesionales es absolutamente voluntaria, y es probable que los profesionales que participaron fueran más sensibles al fenómeno de las segundas víctimas. Cabe destacar que la tasa de participación del SVEST-E fue de 88,19%, mayor que en otras adaptaciones y estudios del SVEST^{193,215}.

Para conformar la muestra, los profesionales debían cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos por consenso por el equipo investigador al principio del estudio, es decir no se focalizó el estudio sólo en que cumplimentaran el cuestionario los profesionales que habían sido segundas víctimas sino analizamos a todos los profesionales (segundas y no segundas víctimas) aspirando de esta forma disminuir el sesgo de efecto del voluntario. Otra medida que se tomó fue recoger variables sociodemográficas (doce variables); la edad, sexo, categoría profesional, años de experiencia, entre otras, lo que proporcionó un perfil global de a quien se pueden generalizar los resultados, o al menos, a quien se refieren.

8.4.1.2 Sesgo de Confusión

Todos los resultados derivados de estudios observacionales están potencialmente influenciados por este tipo de sesgo³⁶⁵. El sesgo de confusión puede resultar en sobre o subestimación de la asociación real. Existe sesgo de confusión cuando observamos una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio o cuando no observamos una asociación real entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada³⁶⁶. Los resultados de un estudio estarán confundidos cuando los resultados obtenidos en la población en estudio apoyan una conclusión falsa o espuria sobre la hipótesis en evaluación, debido a la influencia de otras variables, que no fueron controladas adecuadamente ya sea durante la fase de diseño o de análisis. Hay imposibilidad de asignar la exposición de manera aleatoria en

los estudios observacionales, por tanto, asumimos que el sesgo de confusión existía en nuestro estudio^{363,364}.

8.4.1.3 Sesgo de información

También denominados sesgos de observación o sesgo de mala clasificación, el error que se produce en estos casos se focaliza en la forma incorrecta de clasificar la información de los participantes³⁶¹. Pueden clasificarse en dos tipos fundamentalmente, los de información no diferenciales y diferenciales; los primeros afectan a toda la muestra por igual, es decir tienen la misma probabilidad de ser mal clasificados, este tipo de sesgo pueden tener lugar cuando se utilizan instrumentos no validados, cuando los criterios diagnósticos de una enfermedad no se encuentran bien definidos etc. Por otro lado los sesgo de información diferencial, son aquellos en los que algunos sujetos tendrán más probabilidad que otros de ser mal clasificados, lo que resulta más imprevisible, menos valorable y por tanto más grave³⁶¹.

Dentro de los sesgos de Información en nuestra investigación, se encuadran^{366,367}:

- Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento; los sesgos de información no diferenciales pueden tener lugar por el empleo de instrumentos no validados para la recogida de información, sin embargo se ha descrito que si estos cuestionarios se han validado previamente en poblaciones similares a las estudiadas, el diseño del estudio aumenta su validez interna ya que la probabilidad de sesgo se reduce³⁶⁷.

Es por ello que previamente a la recogida de datos con el cuestionario SVEST se ha realizado una estricta adaptación transcultural del mismo SVEST-E, se han seleccionado traductores oficiales con experiencia en la traducción de instrumentos del área de la salud y se han seguido los pasos para el proceso de traducción y retrotraducción recomendados por la literatura y utilizados en las adaptaciones transculturales del cuestionario SVEST en otros países.

- Sesgo del observador: Es aquel que se contempla cuando el o los investigadores del estudio intervienen o interfieren en la recogida de datos (incomoda a los participantes o manipula los datos de forma inconsciente)³⁶⁷. Para el control de este sesgo se determinó que sólo uno de los tres integrantes del equipo investigador tendría acceso a la visualización en tiempo real de las respuestas de los participantes y que los datos se obtendrían a través de un cuestionario al cual los participantes accederían por internet lo que reduciría que los investigadores interfirieran con sus respuestas.
- Sesgo de deseabilidad social: Se encuentra normalmente dentro de la categoría de los no diferenciales y acontece cuando el participante del estudio responde a

los ítems o preguntas que integran el cuestionario, buscando aquellas respuestas que resultan más valoradas socialmente.

Para reducir este fenómeno se ha recogido un consentimiento a cada participante en el que se especificaba claramente que la participación era voluntaria y que todos aquellos datos recogidos serían absolutamente confidenciales y en ningún caso se podría identificar de forma personal a los participantes.

- Sesgo de inaceptabilidad social: Se produce al contrario que el sesgo de deseabilidad social se tiende a infravalorar la exposición o las consecuencias que de la misma se derivan cuando no resulta políticamente correcto o socialmente aceptable. Para reducir este sesgo también se hizo uso del consentimiento informado donde se especificaba la confidencialidad de los datos.
- Manejo de los datos obtenidos: Se utilizan programas como Google® formulario, el Excel® y el SPSS24® todos con licencia y prestigio reconocido. Por otro lado, para controlar la presencia de valores faltantes en las respuestas del SVEST-E online, en las variables de análisis, el cuestionario fue diseñado para que todos los ítems fueran campos obligatorios con lo cual, todos los cuestionarios enviados por los profesionales eran válidos al 100% sin presencia de valores perdidos.
- Sesgo en los análisis estadísticos: se realizará el análisis de los datos mediante técnicas estadísticas con el apoyo y la asesoría de expertos en análisis psicométricos.

También se tuvo en cuenta el sesgo de causalidad inversa propio de los estudios transversales, en el que se puede invertir la secuencia temporal de la asociación a estudiar. Por tanto, con los datos obtenidos somos conscientes que los mismos pueden reflejar una asociación entre haber sufrido un evento adverso y padecer síntomas como depresión, ansiedad, etc. Sin embargo, no podemos determinar una causalidad real.

8.4.2 Limitaciones

Una de las primeras limitaciones que surgen, proviene de la propia herramienta de trabajo, el cuestionario (SVEST), cuyo idioma original es el inglés, la traducción idiomática es un proceso complejo que necesita seguir unas directrices para alcanzar una versión que aminore la desviación del cuestionario original, pero se debe aceptar que todo proceso de traducción y adaptación lleva consigo errores; esta cuestión se abordó siguiendo las directrices de la Comisión Internacional de Tests²⁴³, las guías de la World Health Organization²⁴⁶, los pasos seguidos en las adaptaciones previas en otros países del SVEST¹⁹³⁻¹⁹⁵, además de lo propuesto por Beaton et al²⁴⁷, recomendado por la

American Academy of Orthopaedic Surgeon (AAOS) y la Society for Quality of Life Assessment, con el apoyo de ingleses nativos, panel de expertos, expertos externos familiarizados con la seguridad del paciente, test-pretest, pilotaje, así como la valoración de la herramienta conseguida por el autor original del SVEST.

La siguiente limitación se encuentra relacionada con la distribución y cumplimentación del cuestionario.

Para su distribución se empleó múltiples redes y medios sociales, este método de captación presenta ventajas y desventajas. Por un lado, son flexibles, de bajo coste y fácil de realizar y distribuir; llegan a muchas personas; son resistentes a de errores de transferencia; evocan una mayor motivación para responder; y requieren una menor interacción social y un mayor nivel de estandarización³⁶⁸. Por otro lado, los cuestionarios o encuestas proveen datos "blandos" al contrario que la información "dura" de la propia observación, el problema radica en que al no hacer las preguntas cara a cara a los profesionales, éstos pueden interpretar la pregunta de forma distinta, les puede costar incluso comprender el significado de preguntas claras a la vista del creador; tampoco un cuestionario puede captar las respuestas emocionales o los sentimientos, las expresiones faciales o reacciones corporales; sin alguien que explique el cuestionario y asegure de que cada profesional lo entiende, los resultados obtenidos pueden ser subjetivos, llevando a resultados que pueden contener sesgos^{187,369}. Para controlar de alguna manera esta limitación, se utilizó un cuestionario que emplea escalas de Likert, el SVEST, que valora desde «totalmente en desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo.» lo que permite de alguna forma apreciar el grado y el asertividad de los profesionales^{187,369}.

Se proporcionaron contraseñas a los profesionales para acceder al sitio web donde se albergaba el SVEST-E con el objetivo de evitar el sesgo de fraude en la cumplimentación por personal no autorizado, otra medida aplicada dirigida a reducir el abandono durante la cumplimentación del cuestionario online, fue la sencillez y brevedad del mismo, presentando el menor número posible de pantallas, los profesionales tenían que acceder a dos pantallas únicamente, la del CI y una segunda con las variables sociodemográficas y el SVEST-E.

Hay que contemplar también, que los profesionales más sensibilizados con el fenómeno de segundas víctimas han podido tener mayor participación, este aspecto ha sido señalado en estudios previos²²⁵, sin embargo en nuestro estudio se visualizan dos datos que no respaldan esta hipótesis, un grupo en un porcentaje significativo de participantes señaló un nulo conocimiento del tema (40,3% para los médicos obstetras y 52,2% para las matronas) y por otro un escaso porcentaje de participantes indicó que la presencia del evento adverso que provocó el sentimiento de "Second Victim" se había

producido hacía menos de un año (17,6% para los médicos obstetras y 20,6% para las matronas).

El equipo investigador pudo realizar los cálculos de la tasa de visualización, de participación y de finalización con los datos de los profesionales que entraron a la página web propia de la investigación www.svest.es, sin embargo, el equipo investigador no tiene constancia del número de sanitarios reales que recibieron información sobre la existencia del estudio, por lo que la tasa de participación real no se pudo calcular.

Otra limitación obvia viene determinada del tipo de muestreo realizado, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta completar el tamaño muestral mínimo buscado, puede haber sido un factor condicionante en los resultados de nuestro estudio, como verificamos en los datos sociodemográficos en la fase II y III, un porcentaje elevado de la muestra proviene de la comunidad de Canarias, donde tenemos la residencia los tres investigadores principales, a pesar de ello hubo representación de sanitarios de todas las regiones del país en un número que consideramos suficiente para ser representativo. Aunque en la primera fase de validación de contenido participaron expertos de otras áreas¹⁹⁷, en la fase II y III la muestra pertenecía íntegramente al ámbito de la obstetricia, y aunque los resultados obtenidos concuerdan con la literatura en otro tipo de poblaciones¹⁸⁷, el grupo investigador opina que debería aplicarse el cuestionario a otras categorías profesionales, así como a otros componentes de los equipos asistenciales, para conseguir una visión más amplia y general del fenómeno de las segundas víctimas.

La imposibilidad en nuestra investigación de comprobar la validez de criterio, específicamente la concurrente, es otra de las limitaciones encontradas; ya que no existía otra herramienta que valorara específicamente el fenómeno de segundas víctimas y que hubiere sido validada en el momento del estudio, es decir no disponíamos de un "Gold Standard" que pudiera ser usado para comparar los resultados con otro cuestionario que a priori midiera lo mismo, la aparición de nuevas herramientas específicas para las segundas víctimas, el SeViD-I survey¹⁸⁸ diseñada en Alemania, abre la posibilidad para estimar la validez concurrente en futuras investigaciones.

Aunque la sensibilidad al cambio, grado con que se obtienen diferentes resultados en aplicaciones repetidas del mismo instrumento, cuando se ha producido un cambio real en el estado de salud, es una propiedad psicométrica importante para determinar la calidad de una herramienta o instrumento de medida, no pudo ser evaluada en nuestra tesis, siendo necesario ponerla en práctica en futuras investigaciones, en cambio sí se estimó la estabilidad temporal del SVEST, característica que muestra el grado en que un cuestionario aporta resultados estables en el tiempo, propiedad esencial antes de

valorar la sensibilidad al cambio, se puso en práctica con el test-retest, usando un periodo de 2 semanas y en el que participaron un total de 21 profesionales.

Hay que ser conscientes, que con los resultados de nuestra investigación, podemos determinar que existe una asociación entre haberse visto involucrado directamente en un evento adverso y tener más síntomas de segunda víctima, pero no podemos determinar causalidad, ya que la encuesta se realizó en un único momento, independientemente del momento en que se produjera el evento adverso desencadenante, lo que podría introducir un sesgo de recuerdo, pero esta limitación es común a los estudios realizados sobre este fenómeno^{194,198,201,225}. Los factores asociados a los casos prevalentes pueden diferir de los asociados a los casos incidentes, y no se puede distinguir los factores de riesgo con los factores pronósticos.

Para finalizar recordar que esta herramienta se ha validado en España, concretamente en el campo de la obstetricia. Se recomienda una adaptación transcultural y validación a otros países de habla hispana si se pretende la utilización del cuestionario, así como verificar sus resultados si se emplea en otras categorías sanitarias.

8.5 Implicaciones para la práctica y futuras líneas de investigación

8.5.1 Implicaciones para la práctica

Este estudio proporciona una visión detallada del fenómeno de segundas en los obstetras y matronas de todo el territorio español. Sobre la base de los hallazgos encontrados, se puede afirmar que el SVEST-E, puede representar una herramienta útil para valorar las consecuencias que derivan de los eventos adversos y dirigir a los supervisores e instituciones hacia la mejora en la atención a estos profesionales.

Este trabajo proporciona información valiosa sobre el fenómeno de las segundas víctimas dentro de la obstetricia en el territorio español: prevalencia de segundas víctimas, afectación a nivel psicológico, físico, apoyos recibidos, formas de apoyo más deseadas etc. Todo ello permitiría el diseño e implantación de diferentes estrategias como:

- Gestionar los temas de cultura de seguridad, como un problema de equipo, no individual.
- Crear protocolos de actuación ante un evento adverso.
- Formar al equipo multidisciplinar sobre los eventos adversos.
- Visualizar a las segundas víctimas, y ofrecer una atención no punitiva.

- Promover entre el personal sanitario la notificación de los errores que puedan ocurrir a través de los sistemas de comunicación de errores existentes y su discusión. Una actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.
- Crear grupos de apoyo, para atender las necesidades de las segundas víctimas, de forma específica entre los obstetras y matronas españolas.

Sin embargo, hay que tener siempre presente que medir un constructo abstracto y multidimensional, como es la cultura de seguridad, "segundas víctimas", no es una tarea fácil. Existen diferentes técnicas para avalar la consistencia, la fiabilidad y la validez de un instrumento de medida adaptado transculturalmente, pero la misma naturaleza del concepto a medir hace que no se puedan tomar los resultados obtenidos como un referente absoluto, y hace también que el instrumento tenga que ir evolucionando con el tiempo, y deba adaptarse a la realidad social, económica, cultural, etc. del lugar donde se quiere utilizar.

8.6 Futuras líneas de investigación

La primera línea de investigación surge, como se ha explicado anteriormente, por problemas con la muestra, sería interesante:

- Aplicar el cuestionario con muestras más amplias y en diferentes categorías sanitarias e idealmente con muestreo probabilístico.
- Estudiar la sensibilidad al cambio del cuestionario SVEST con más población y de diversas categorías.
- Aplicar el cuestionario SVEST para investigar su utilidad en los grupos de apoyo a las segundas víctimas (grupos de intervención).
- Determinar si los datos extraídos del cuestionario SVEST son de utilidad para guiar a las instituciones sanitarias a la hora de crear o implementar nuevos protocolos de ayuda a las segundas víctimas.
- Aplicar los resultados obtenidos con el SVEST-E para el diseño y realización de investigaciones de corte cualitativo.

CONCLUSIONES

9 Conclusiones

En relación con los objetivos específicos por fases.

FASE I: Adaptación transcultural del SVEST y evaluación de la validez lógica y de contenido del SVEST-E.

- Se realizó el proceso de adaptación transcultural al español del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool, un cuestionario específico sobre el fenómeno de las segundas víctimas, siguiendo la metodología de la traducción – retrotraducción, tomando en consideración las directrices de Sousa et al, la Comisión Internacional de Tests, las guías de la Organización Mundial de la salud, así como los pasos seguidos en las adaptaciones previas en otros países del SVEST, consiguiendo de esta manera una adaptación satisfactoria desde el punto de vista conceptual, semántico, manteniendo el sentido y orientación de la escala original.
- La evaluación de la validez lógica y viabilidad del SVEST-E, se comprobó a través de un pilotaje con 20 profesionales de la obstetricia, mostrando excelentes resultados, ya que el tiempo para la cumplimentación del cuestionario fue breve, existió sencillez en el formato y claridad en las preguntas, siendo aceptado por profesionales y equipo investigador.
- El SVEST-E presentó una adecuada validez de contenido.
- El instrumento final obtenido, el SVEST-E consta de 36 ítems totales, subdivididos en siete dimensiones, dos variables resultado y una sección de formas de apoyo, manteniendo la misma estructura de que el cuestionario original; en definitiva, es un instrumento que se ha adaptado transculturalmente de forma óptima y que presenta una validez lógica y de contenido adecuada.

FASE II: Validación y evaluación de las propiedades psicométricas del SVEST-E.

- El Análisis factorial exploratorio presentó una buena adecuación muestral.
- En general los resultados obtenidos mantienen la estructura del cuestionario (7 dimensiones, 2 variables resultado y 1 dimensión de formas de apoyo), aunque agrupando algunas de ellas hasta reducir a 4 factores y las respuestas de apoyo, con variabilidad explicada total de 61,8%.
- En definitiva, el proceso de adaptación y validación del SVEST al contexto español ha obtenido una versión (SVEST-E) que, si bien mantiene los mismos ítems del cuestionario original, introduce cambios en la organización de sus dimensiones, conteniendo 4 dimensiones y las respuestas de apoyo deseadas. Los

resultados obtenidos muestran que esta versión del instrumento mantiene una adecuada validez de constructo, fiabilidad y estabilidad temporal, por lo que el SVEST-E es una herramienta con unas propiedades psicométricas apropiadas.

FASE III: Fenómeno de segundas víctimas en médicos obstetras y matronas españolas.

- Un elevado porcentaje de los obstetras y matronas españolas ha tenido sentimientos de segundas víctimas, obteniendo puntuaciones elevadas en el cuestionario SVEST, este sentimiento es mayor en las matronas respecto a los médicos obstetras, existiendo diferencias entre las áreas afectadas según el tipo de profesional. Además de los efectos psicológicos frecuentemente señalados en las segundas víctimas, este fenómeno afecta a otras áreas importantes como la autoeficacia profesional.
- Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto en siete de las nueve dimensiones.
- La opción de apoyo más deseada para ambos grupos fue "Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido".
- Los profesionales vinculados a la obstetricia son profesionales especialmente susceptibles al fenómeno de segundas víctimas, lo que puede afectar a aspectos importantes como el absentismo y el abandono de la profesión. Se requiere el diseño y creación de sistemas de apoyo específicos para estos profesionales, como pueden ser "programa de apoyo entre pares". Es importante la formación especializada del personal supervisor de las matronas en esta temática.

En relación con el objetivo General: Estudiar el fenómeno de segundas víctimas entre los profesionales que ofrecen asistencia obstétrica en nuestro país, mediante el uso del SVEST-E, podemos indicar que, tras todos los pasos realizados en las diferentes fases, se ha conseguido un cuestionario útil para valorar el fenómeno de segundas víctimas en el campo de la obstetricia en España y se han obtenido los primeros datos sobre la prevalencia del sentimiento de segundas segundas víctimas en los profesionales españoles que prestan su atención en el campo de la obstetricia en España.

BIBLIOGRAFÍA

10 Bibliografía

1. Lawati MHAL, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):104.
2. WHO's World Patient Safety Day Goals 2021 promote safe maternal and newborn practices [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://biblioguias.uma.es/citasybibliografia/ejemplosvancouver>
3. Arimany Manso J, Martín Fumadó C. La importancia de la seguridad clínica. *Med Clin (Barc).* 2017;148(9):405-7.
4. Sampedro A, Barbón JJ. Los ojos en el código de Hammurabi. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2009;84(4):221-2.
5. Arrizabalaga Clemente P. Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. *Med Clin (Barc).* 2007;128(5):181-3.
6. Aranaz JM, Agra Y. The culture of patient safety: From past to future in four times. *Med Clin (Barc).* 2010;135(2):1-2.
7. Viesca MR De. La cauterización en la cirugía novohispana del siglo XVI. *Rev la Fac Med UNAM.* 2010;53(3):19-25.
8. Stang A, Standl F, Poole C. A twenty-first century perspective on concepts of modern epidemiology in Ignaz Philipp Semmelweis' work on puerperal sepsis. *Eur J Epidemiol.* 2022;37(5):437-45.
9. Martini M, Lippi D. SARS-CoV-2 (COVID-19) and the Teaching of Ignaz Semmelweis and Florence Nightingale: a Lesson of Public Health from History, after the "Introduction of Handwashing" (1847). *J Prev Med Hyg.* 2021;62(3):E621-4.
10. Beck DM. Creating the Nightingale Initiative for Global Health: Theoretical reflections to follow in Florence Nightingale's footsteps. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29(2):345.
11. Sergt JO. Florence Nightingale as an Applied Statistician. *Smithsonian.* 2021;35(1):22.
12. Brand RA. Ernest Amory Codman, MD, 1869-1940. *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467(11):2763-5.
13. Caballero Gálvez S, García Camacho C, Sianes Blanco A. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca. *Enfermería Glob.* 2011;10(22):1-21.

14. Zárata-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Univ.* 2017;14(4):277-85.
15. Vargas Blasco C, Gómez Durán EL, Martín Fumadó C, Arimany Manso J. Medical malpractice liability and its consequences: A survey among AEU urologists. *Actas Urológicas Españolas (English Ed.)* 2020;44(4):251-7.
16. Klein DO, Rennenberg RJMW, Koopmans RP, Prins MH. The Harvard medical practice study trigger system performance in deceased patients. *BMC Med J.* 2019;6(2):1-8.
17. Leape LL, Brennan TA, Laird NAN, Ph D, Lawthers ANNG, Sc D, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1991;324(6):377-84.
18. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, Wilson RM, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care.* 2000;12(5):371-8.
19. Kohn LT, Corrigan JM DM. *To Err Is Human Building a Safer Health System.* Press of MNA, editor. 1999.
20. Dekker S. *Second Victim.* Group T and F, editor. New York; 2013.
21. Rigamonti D, Rigamonti KH. Achieving and Maintaining Safety in Healthcare Requires Unwavering Institutional and Individual Commitments. *Cureus.* 2021;13(2).
22. Namburi N, Lee LS. National Quality Forum. En Treasure Island (FL); 2022.
23. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. 2007 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
24. García Barbero G. La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monogr Humanit.* 2004;2(1):209-20.
25. Donaldson L, Martin G. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. 2006;184(May).
26. Poe SS, Brannan D. Joint Commission International Center for Patient Safety Web Site: A Critical Appraisal. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(2):233.
27. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *RevMedClinCondes.* 2017;28(5):785-95.

28. Perneger T. The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *Int J Qual Heal Care*. 2008;20(5):305-7.
29. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2015;30(2):95-102.
30. Ladds E, Denis S, Gray P. What lessons can the National Health Service learn from an 'upside-down' management style? *J R Soc Med*. 2017;110(9):349-51.
31. María J, Andrés A, Ramírez RL, Remón CA, Castro MTG, Velázquez De, Bolívar F, et al. Comparison of two methods to estimate adverse events in the IBEAS Study (Ibero-American study of adverse events): cross-sectional versus retrospective cohort design. *BMJ Open*. 2017;7(2):1-10.
32. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp-2015-2020.htm>
33. World Health Organization. Patient Safety [Internet]. [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=World+Health+Organization.+Patient+Safety.+%255BSede+web%255D.+%255BAccedido+20+febrero+2015%255D.+http%253A%252F%252F+www.who.int%252Fpatientsafety%252Fsafesurgery%252Fen%252Findex.html&oq=World+Health+Organization.+Patient+Safety.+%255BSede+web%25>
34. Weeks J. Articulated Medicine: Pan American Health Organization Reengages Traditional and Complementary Medicine Efforts. Vol. 23, *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.). 2017. 745-746 p.
35. Health at a Glance 2013 [Internet]. 2013 [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
36. Torresin A, Evans S, Lizio D, Pierotti L, Stasi M, Salerno S. Practical recommendations for the application of DE 59/2013. *Radiol Med*. agosto de 2019;124(8):721-7.
37. Forum. EP. European Patients Forum EUNetPaS [Internet]. 2014 [citado 24 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/EUNetPaS/>
38. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. [European Union Network for Patient

- Safety and Quality of Care (PASQ). Development and preliminary results in Europe and in the Spanish National Health System]. *Rev Calid Asist organo la Soc Esp Calid Asist.* 2015;30(2):95-102.
39. Hernández-aguado I, Benavides FG, Porta M. Los profesionales españoles ante la Ley General de Salud Pública Spanish public health professionals and the General Law of Public Health. *Gac Sanit.* 2012;26(4):295-7.
 40. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/20>
 41. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp-2015-2020.htm>
 42. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS. Ministerio de sanidad y consumo, editor. España; 2006.
 43. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Ministerio de sanidad y consumo, editor. España; 2008.
 44. Ministerio de sanidad política e I. Estudio EARCAS. eventos adversos en Residencias y Centros asistenciales sociosanitarios. Madrid; 2011.
 45. Merino P, Álvarez J, Martín MC, Alonso Á, Gutiérrez I. Adverse events in Spanish intensive care units: The SYREC study. *Int J Qual Heal Care.* 2012;24(2):105-13.
 46. Aranz-Andrés J, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Heal.* 2008;62(12):1022-9.
 47. Ministerio de sanidad y consumo. SYREC: Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva [Internet]. Consumo M de sanidad y, editor. España; 2009. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2008/>
 48. Tomas S, Chanovas-Borràs M, Roqueta F, Alcaraz J, Cepeda T. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 1 de diciembre de 2010;2010:415-28.
 49. Aranz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-

- Ramírez R, Terol-García E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(12):1022-9.
50. Ministerio de sanidad política e I, editor. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. España; 2010.
51. world health organizatioW, Safety P, editores. Conceptual framework for the international classification for patient safety. España; 2009.
52. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009 [Internet]. 2009 [citado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.seguridadpaciente.es/documentos/mas-que-palabras-marco-conceptual-de-la-clasificacion-internacional-para-la-seguridad-del-paciente/>
53. Edmonton ACPSI. Incident Analysis Collaborating Parties. Canadian Incident Analysis Framework [Internet]. 2012. 1-133 p. Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian Incident Analysis Framework.PDF>
54. McElroy LM, Woods DM, Yanes AF, Skaro AI, Daud A, Curtis T, et al. Applying the WHO conceptual framework for the International Classification for Patient Safety to a surgical populatio. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(2):166-74.
55. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Heal Care*. 2005;17(2):95-105.
56. Cooper J, Williams H, Hibbert P, Edwards A, Butt A, Wood F, et al. Classification of patient-safety incidents in primary care. *Bull World Health Organ*. 2018;96(7):498-505.
57. Aliaga Gutiérrez L. La seguridad del paciente en la práctica clínica. BRYSEMfarma S., editor. España; 2019.
58. Edkins G, Pollock C. The influence of sustained attention on railway accidents. *Rev Ciencias Soc*. 2017;4(8):533-9.
59. Pérez Castro y Vázquez JA. Seguridad del paciente al alcance de todos. alfil, editor. México; 2013.
60. Reason J. James Reason: patient safety, human error, and Swiss cheese. Interview by Karolina Peltomaa and Duncan Neuhauser. *Qual Manag Health Care*. 2012;21(1):59-63.
61. Marchitto M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal*. 2011;7(11):345.

62. Emanuel L, Ph D, Berwick D, Conway J, Combes J, Vincent C, et al. What Exactly Is Patient Safety? *J Med Licens Discip.* 2009;95(1):13-24.
63. Neuhaus C, Huck M, Hofmann G, St Pierre M, Weigand MA, Lichtenstern C. Applying the human factors analysis and classification system to critical incident reports in anaesthesiology. *Acta Anaesthesiol Scand.* noviembre de 2018;62(10):1403-11.
64. Maamoun J. An Introduction to Patient Safety. *J Med imaging Radiat Sci.* septiembre de 2009;40(3):123-33.
65. Salud segura: Núcleo de seguridad del área I Murcia- Oeste [Internet]. 2017 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/382894-Salud_Segura_5_2_2017.pdf
66. Consumo M de sanidad y. La seguridad del paciente en siete pasos. Ministerio de sanidad y consumo, editor. España; 2005.
67. Aranaz Andrés J, Aibar Remón C. Marco conceptual de la seguridad del paciente. En: *La Gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes* [Internet]. 2 edición. 2017. p. 54-67. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
68. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353(23):123.
69. Haukland EC, Mevik K, Von Plessen C, Nieder C, Vonen B. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. *BMJ Open Qual.* 2019;8(1).
70. Miras solves J, Lorenzo Martínez S, Carrillo Murcia I, Estopá Ferrús L, Silvestre Busto C, et al. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. *Investigación segundas y terceras víctimas proyecto de*, editor. 2015. 1-55 p.
71. Harrison R, Walton M, Smith-Merry J, Manias E, Iedema R. Open disclosure of adverse events: Exploring the implications of service and policy structures on practice. *Risk Manag Healthc Policy.* 2019;12:5-12.
72. Martín Delgado MC, Fernández Mailló M, Anglés I Coll R, Palencia Herrejón E, Catalán Ibars RM, Díaz-Alersi Rosety R, et al. Adverse events open disclosure to patients and relatives | Información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Trauma (Spain).* 2013;24(4):239-48.
73. Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit.* 2015;29(5):370-4.
74. Gil Mateu E, Forés Bellés J, Mendoza Flores C, Farnós López V. La

- comunicación de los efectos adversos en un servicio de urgencias. *Metas de Enfermería*. 2020;23(1):25-32.
75. Giraldo P, Castells X. Comunicación del error en la atención sanitaria: perspectiva del ciudadano europeo. *Extraordin XXVI Congr*. 2017;27:136-42.
76. Petronio S, Torke A, Bosslet G, Isenberg S, Wocial L, Helft PR. Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. *Perm J*. 2013;17(2):73-9.
77. Pardo Hernández A, García Solano M, Navarro Royo C, Albéniz Lizarraga C, et al. Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves. 12/2019. *Humanización DG de*, editor. Comunidad de Madrid; 2019.
78. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas [Internet]. 2015 [citado 10 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.fadq.org/portfolio/guia-de-recomendaciones-para-ofrecer-una-adecuada-respuesta-al-paciente-tras-la-ocurrencia-de-un-evento-adverso-y-atender-a-las-segundas-y-terceras-victimas/>
79. De Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting second victims of patient safety events: shouldn't these communications be covered by legal privilege? *J Law Med Ethics*. 2013;41(4):852-8, Table of Contents.
80. La F. Si ocurrió un evento adverso piense en decir “ lo siento ” In case of an adverse event don ' t forget to say sorry Resumen Introducción Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2017;40:279-90.
81. Martín Delgado M. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas Seguridad del paciente en Medicina Intensiva . Aspectos Patient Safety in Intensive Care Medicine . Bioethical aspects Seguretat del Pacient en Medicina Intensiva . Aspectes bioètics. *Rev Bioética y Derecho*. 2020;48(4):61-79.
82. Dintzis SM, Clennon EK, Prouty CD, Reich LM, Elmore JG, Gallagher TH. Pathologists' perspectives on disclosing harmful pathology error. *Arch Pathol Lab Med*. 2017;141(6):841-5.
83. Colomar G. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. *Enfermería Clínica*. 2003;13(6):357-9.
84. Clinton HR, Obama B. Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform. *N Engl J Med* [Internet]. 25 de mayo de 2006;354(21):2205-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp068100>
85. Mansour R, Ammar K, Al-tabba A, Arawi T, Mansour A, Al-hussaini M. Disclosure of medical errors: physicians ' knowledge , attitudes and practices (

- KAP) in an oncology center. *BMC Med Ethics*. 2020;1-8.
86. Estepa M, Carmen M, Espadero M, Blancas CP, Montero RC, Paciente SDEL, et al. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;19(1):63-75.
 87. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):12-5.
 88. Mittmann N, Koo M, Daneman N, McDonald A, Baker M, Matlow A, et al. The economic burden of patient safety targets in acute care: A systematic review. *Drug Healthc Patient Saf*. 2012;4:141-65.
 89. Primaria A. Atención Primaria instituciones The impact of adverse events on health primary care professionals. *atención primaria*. 2016;48(3):34.
 90. Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit [Internet]*. 2014;28(1):48-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>
 91. Jim G, Mar A, Garc A, Estatal C, Habana L, Nacional E, et al. Cost of Pharmacological Treatment for Serious Adverse Drug Reactions. *Rev Cuba Salud Pública*. 2018;44(4):112-24.
 92. Villar FA. Aproximación a los costes de la no seguridad en el sistema nacional de Salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87(3):283-92.
 93. Elizabeth Marran J. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag (Harrow)*. diciembre de 2019;26(6):36-43.
 94. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. *Medical Error Reduction and Prevention*. Treasure Island (FL); 2022.
 95. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med*. junio de 2000;172(6):358-9.
 96. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a «second victim» in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist organo la Soc Esp Calid Asist*. julio de 2016;31 Suppl 2:11-9.
 97. Hilfiker D. Facing Our Mistakes. *N Engl J Med*. 1984;310(2):118-22.
 98. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JB I database Syst Rev Implement reports*. septiembre de 2017;15(9):2333-64.
 99. 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 Heal Care*. 2009;18(5):325-30.
100. White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: Is «just culture» a reality? An integrative review. *Appl Nurs Res*. 2020;56(5):151319.
 101. Quillivans R, Burlison J, Browne E, Scott S, Hoffman J. Patient safety and the second victim phenomenon connecting culture to staff distress in nurses. *Jt comm J qual Patient Saf*. 2016;42(8):377-86.
 102. 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(4):3-10.
 103. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev*. junio de 2017;64(2):242-62.
 104. Anderson JE, Lavelle M, Reedy G. Understanding adaptive teamwork in health care: Progress and future directions. *J Health Serv Res Policy*. 2021;26(1):34.
 105. 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):E61-74.
 106. Lane MA, Newman BM, Taylor MZ, O'Neill M, Ghetti C, Woltman RM, et al. Supporting Clinicians After Adverse Events: Development of a Clinician Peer Support Program. *J Patient Saf*. septiembre de 2018;14(3):e56-60.
 107. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J, Pérez-Jover MV, et al. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma (Spain)*. 2013;24(1):54-60.
 108. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC. The impact of adverse events on health primary care professionals and institutions. *Aten Primaria*. 2016;48(3):143-6.
 109. Wands B. Second Victim: A Traumatic Experience. *AANA J*. abril de 2021;89(2):168-74.
 110. Tumelty ME. The Second Victim: A Contested Term? *J Patient Saf*. diciembre de 2021;17(8):e1488-93.
 111. 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;325-31.

112. Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second Victims in Intensive Care — Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):456.
113. Sousa P, Figueiredo Goncalo A. Evidencia en gestión de la calidad y seguridad del paciente. En: *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. 2 edición. Madrid; 2017.
114. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf*. 2007;3(2):34.
115. Neft MW, Sekula K, Zoucha R, Glasgow MES, Van Pelt M, Mitchell AM. Support Methods for Healthcare Professionals Who Are Second Victims: An Integrative Review. *AANA J*. junio de 2022;90(3):189-96.
116. Dr. Fabián Vítolo. La segunda víctima. *Bibl Virtual NOBLE*. 2017;(11):1-11.
117. Marr R, Goyal A, Quinn M, Chopra V. Support opportunities for second victims lessons learned: a qualitative study of the top 20 US News and World Report Honor Roll Hospitals. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2021;1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07315-1>
118. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Copings strategies in health care proviers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev*. diciembre de 2021;68(4):471-81.
119. Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee H. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *J Adv Nurs*. septiembre de 2022;78(9):2872-83.
120. Klatt TE, Sachs JF, Huang CC, Pilarski AM. Building a Program of Expanded Peer Support for the Entire Health Care Team: No One Left Behind. *Jt Comm J Qual patient Saf*. diciembre de 2021;47(12):759-67.
121. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*. 2011;121(4):101-7.
122. Angl R, Fern F. *Del paciente crítico Seguridad del paciente crítico*. Sanidad M de, editor. España; 2014.
123. Grado S, Ruz C, Rodr EE. *Profesionales sanitarios segundas víctimas*. Universidad publica de Navarra; 2017.
124. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, et al. Deployment of a Second Victim Peer Support Program. *Pediatr Qual Saf*. 2017;2(4):e031.
125. 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).
126. Aranaz Andrés J, Vélez Bueno E, Navarro Soler I, Mira Solves J, et al. Segundas víctimas. Mapfre F, editor. 2009.
 127. Segundas y terceras víctimas proyecto de investigación [Internet]. [citado 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.segundavictimas.es/>
 128. Vallejo-Gutiérrez P, Bañeres-Amella J, Sierra E, Casal J, Agra Y. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Rev Calid Asist organo la Soc Esp Calid Asist*. 2014;29(2):69-77.
 129. Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández-Martínez B, Ordóñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2017;32(5):269-77.
 130. Rome Casabona C, Urruela Mora A, Libano Beristain A. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales [Internet]. 2007 [citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2_NotificacionyRegistroEfectosAdversos.pdf
 131. España G de. Informe Plan de calidad para el sistema nacional de salud 2006-2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. 1-68 p.
 132. Castro Matesanz B, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JÁ. [Notification and Learning System for Patient Safety (SiNASP): Current situation in Ferrol Primary Care.]. *Rev Esp Salud Publica*. diciembre de 2021;95.
 133. Sanidad MDE. Incidentes de seguridad notificados en 2019. 2019;3-20. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2020/01/sinasp/sinasp-2018.pdf>
 134. Guerra-García MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo Á. Description of contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. *Aten Primaria*. 2018;50(8):486-92.
 135. Dolores Menéndez M, Rancaño I, García V, Vallina C, Herranz V, Vázquez F. Uso de diferentes sistemas de notificación de eventos adversos: ¿mucho ruido y pocas nueces? *Rev Calid Asist*. 2010;25(4):232-6.
 136. Galván Núñez P, Santander Barrios MD, Villa Álvarez MC, Castro Delgado R, Alonso Lorenzo JC, Arcos González P. [Results of provisional use of a system for voluntary anonymous reporting of incidents that threaten patient safety in the emergency medical services of Asturias]. *Emergencias Rev la Soc Esp Med*

- Emergencias. junio de 2016;28(3):146-52.
137. Notificación P De. Artículo original. Implementación del Programa de Notificación de Efectos Adversos por Pacientes en Guantánamo. Rev Inf científica. 2018;(2):281-97.
 138. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de notificación de incidentes y EA para el SNS [Internet]. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. 2016. Disponible en: https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523_FINAL-Informe_SiNASP.pdf?cdnv=1
 139. Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Vidal-Esteve E, Mengíbar-García Y, Hospital-Guardiola I, Oya-Girona EM, et al. Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application. Int J Environ Res Public Health. agosto de 2021;18(17).
 140. Marañón R, Solís-García G, Ignacio Cerro C, Díaz Redondo A, Romero Martínez AI, Mora Capín A. [Evaluation of effectiveness of corrective measures arising from incident notifications in a paediatric emergency department]. J Healthc Qual Res. 2019;34(5):242-7.
 141. Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B, et al. The Spanish National Health System patient safety strategy, results for the period 2005-2007. Med Clin (Barc). 2008;131 Suppl(5):4-11.
 142. Pallarés-Carratalá V, Gil-Alcamí J, Marzá-Albalade F, Vitaller-Burillo J, Gil-Guillén V, Segarra-Castelló L, et al. [Analysis of a register for reporting adverse events to a mutual insurance society for accidents at work. Adverse event reporting of occupational injuries]. Rev Calid Asist organo la Soc Esp Calid Asist. 2012;27(4):204-11.
 143. Spencer RN, Hecher K, Norman G, Marsal K, Deprest J, Flake A, et al. Development of standard definitions and grading for Maternal and Fetal Adverse Event Terminology. Prenat Diagn. enero de 2022;42(1):15-26.
 144. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. Women Birth. abril de 2016;29(2):107-16.
 145. McDaniel LR, Morris C. The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? J Midwifery Women's Heal. 2020;1-9.
 146. Margulies SL, Benham J, Liebermann J, Amdur R, Gaba N, Keller J. Adverse Events in Obstetrics: Impacts on Providers and Staff of Maternity Care. Cureus. 2020;12(1):1-15.

147. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. *Semin Perinatol.* 2017;41(3):151-5.
148. Schrøder K, Larsen PV, Jørgensen JS, Hjelmberg J v. B, Lamont RF, Hvidt NC. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery.* 2016;41(6):45-53.
149. 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.* agosto de 2016;42(8):377-86.
150. Polit D, Beck C. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* En: Williams and Wilkins, editor. 9.^a ed. Philadelphia; 2012.
151. Leinweber J, Creedy DK, Rowe H, Gamble J. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women Birth.* febrero de 2017;30(1):40-5.
152. Schrøder K, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Healthcare professionals' perspectives on traumatic childbirth - interpreting the data. Vol. 95, *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica.* 2016. p. 1079-80.
153. Wahlberg Å, Andreen Sachs M, Johannesson K, Hallberg G, Jonsson M, Skoog Svanberg A, et al. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG.* julio de 2017;124(8):1264-71.
154. Sheen K, Spiby H, Slade P. The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *Int J Nurs Stud.* enero de 2016;53:61-72.
155. Tan ECH, Chen DR. Second victim: Malpractice disputes and quality of life among primary care physicians. *J Formos Med Assoc [Internet].* 2019;118(2):619-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.012>
156. Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud.* febrero de 2015;52(2):578-87.
157. Skoogh A, Hall-lord ML, Bååth C, Bojö A kristin S. Adverse events in women giving birth in a labor ward: a retrospective record review study. *BMC Health Serv Res.* 2021;5:1-8.
158. Hüner B, Derksen C, Schmiedhofer M, Lippke S, Janni W, Scholz C. Preventable Adverse Events in Obstetrics — Systemic Assessment of Their Incidence and Linked Risk Factors. *Healthcare.* 2022;1-11.
159. Johansen LT, Braut GS, Acharya G, Andresen JF, Øian P. Adverse events reporting by obstetric units in Norway as part of their quality assurance and

- patient safety work : an analysis of practice. *BMC Health Serv Res.* 2021;6:6-13.
160. Wahlberg Å, Högberg U, Emmelin M. Left alone with the emotional surge – A qualitative study of midwives' and obstetricians' experiences of severe events on the labour ward. *Sex Reprod Healthc.* 2020;23(October 2019).
161. Carthey J, De Leval MR, Reason JT. Institutional resilience in healthcare systems. *Qual Heal Care.* 2001;10(1):29-32.
162. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Heal Care.* 2005;14(5):364-6.
163. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Heal Care.* 2006;15(2):109-15.
164. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Vol. 9, AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF. 2016. 1765-1767 p.
165. Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Heal Care.* 2005;14(6):417-21.
166. EUNetPaS. Use of patient safety culture. Instruments and recommendations. Denmark; 2010.
167. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:1-10.
168. Cuestionario Sobre Seguridad Del Paciente En Atención Primaria. Versión Española Modificada Del Medical Office Survey on Patient Safety Culture (Mosps-Ahrq) [Internet]. 2010 [citado 10 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/cuestionario_mosps_version_espaola_modificada.pdf
169. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: Survey results. *Int J Health Care Qual Assur.* 2007;20(7):620-32.
170. Olsen E. [Workers' perceptions of safety culture at a hospital]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* octubre de 2007;127(20):2656-60.
171. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc).* 2008;131(SUPPL. 3):18-25.
172. Shih C, Buchet-Poyau K, Keriél-Gascou M, Quenon JL, Michel P, Touzet S,

- et al. [Patient safety culture for health professionals in primary care : French adaptation of the MOSPSC questionnaire (Medical Office Survey on Patient Safety Culture)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. abril de 2022;70(2):51-8.
173. Hernández Vidal N, Satué Gracia EM, Basora Gallisà J, Flores Mateo G, Gens Barberà M. [Translation, adaptation and validation in Catalan of a questionnaire about patient safety culture: The MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture) questionnaire]. *J Healthc Qual Res*. 2019;34(5):248-57.
174. Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag*. marzo de 2009;17(2):218-22.
175. Organizaci L, Mundial A. El reto de sostener cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(1):5-10.
176. Caridade S, Oliveira A, Saavedra R, Ribeiro R, Santos M, Almeida I, et al. Psychosocial risks factors among victim support workers during the COVID-19 pandemic: a study with the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *BMC Psychol*. mayo de 2022;10(1):114.
177. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res*. 2007;42(5):1999-2021.
178. Schrøder K, Edrees HH, Christensen RDP, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? *Int J Qual Heal Care*. 2019;31(8):583-9.
179. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
180. 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):1-8.
181. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *J Midwifery Women's Heal*. 2019;64(4):435-42.
182. Gerven E Van, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F, et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. 2014;6:313-20.
183. Lewis EJ, Baernholdt MB, Yan G, Guterbock TG. Relationship of Adverse Events and Support to RN Burnout. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(2):144-52.

184. Kaur AP, Levinson AT, Monteiro JFG, Carino GP. The impact of errors on healthcare professionals in the critical care setting. *J Crit Care.* 2019;52(4):16-21.
185. 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.
186. 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.
187. Magaldi M, Perdomo JM, López-baamonde M, Chanzá M, Sanchez D. El fenómeno de segunda víctima en un área quirúrgica: Encuesta online. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2020;70(8):567.
188. 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(1):1-11.
189. 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):195-9.
190. Strametz R, Rösner H, Ablöcher M, Huf W, Ettl B, Raspe M. Development and validation of a questionnaire to assess incidence and reactions of second victims in German-speaking countries (SeViD). *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergon.* 2021;71(1):19-23.
191. Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, et al. Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *Int J Environ Res Public Health.* octubre de 2021;18(20).
192. 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.* junio de 2014;13(2):93-102.
193. 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;00(00):1.
194. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2018;Publish Ah(4):567.

195. 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):1416-22.
196. Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric Testing of the Chinese Version of Second Victim Experience and Support Tool. *J Patient Saf.* 2020;Publish Ah(00):1-6.
197. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin.* 2021;21(2):00030-9.
198. Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev.* 2020;1-7.
199. Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, et al. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Patient Saf.* 2020;Publish Ah(00):1-10.
200. Scarpis E, Castriotta L, Ruscio E, Bianchet B, Doimo A, Moretti V, et al. The Second Victim Experience and Support Tool : A Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in Italy (IT-SVEST). *J Patient Saf.* 2021;00(00):1-6.
201. 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.* 2021;(January):140349482110048.
202. 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.* abril de 2022;18(3):182-92.
203. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Verdú-Soriano J, Nolasco A, Martín-Martínez A. Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Second Victim Experience and Support Tool Questionnaire. *J Patient Saf.* 2022;18(7):692-701.
204. 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.* 2021;Publish Ah(00):1-8.
205. 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):2045.
206. Sordi LP De, Lourenção DC de A, Gallasch CH, Baptista PCP. The second

- victim experience : cross-cultural adaptation of an instrument for the Brazilian context. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:1-12.
207. 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(7):e10553.
208. 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.* abril de 2022;19(8).
209. Yan L, Tan J, Chen H, Yao L, Li Y, Zhao Q, et al. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;58(2):733-43.
210. 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.* abril de 2022;30(3):767-76.
211. 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.* septiembre de 2022;9(5):2356-69.
212. Bañeras J, Jorge Pérez P, Bonanad C, López Lluva MT, Moll I, Fidel Kinori SG. Second victims and quality of support resources among cardiology professionals. *Rev española Cardiol.* 2022;75(8):686-8.
213. Cho DB, Lee W, Cha JM, Kim JH, Kim J, Kang SB, et al. Second Victim Experience and Perception Discordance of the Colonoscopic Perforation. *Dig Dis Sci.* julio de 2022;67(7):2857-65.
214. Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. The Effect of Second-Victim-Related Distress and Support on Work-Related Outcomes in Tertiary Care Hospitals in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(11):6454.
215. 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):286-93.
216. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag.* 2019;27(8):1818-25.
217. Mohamadi-Bolbanabad A, Moradi G, Piroozi B, Safari H, Asadi H, Nasser K, et al. The second victims' experience and related factors among medical staff. *Int*

- J Work Heal Manag. 2019;12(3):134-45.
218. Tan R, Luo K, Hu D, Zhao Y, Han Y, Xu K. Inpatient Suicide Second Victim Experience and Support Tool: Psychometric properties of a scale for nurses who experienced inpatient suicide at Chinese general hospitals. *Nurs Health Sci.* diciembre de 2020;22(4):1111-20.
219. Habibzadeh H, Baghaei R, Ajoudani F. Relationship between patient safety culture and job burnout in Iranian nurses: Assessing the mediating role of second victim experience using structural equation modelling. *J Nurs Manag.* septiembre de 2020;28(6):1410-7.
220. Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, et al. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs.* 2021;61:312-7.
221. Xu H, Cao X, Jin QX, Wang RS, Zhang YH, Chen ZH. The impact of the second victim's experience and support on the career success of psychiatric nurses: The mediating effect of psychological resilience. *J Nurs Manag.* 2021;30(6):1559-69.
222. Terri Hinkley TL. The combined effect of psychological and social capital in registered nurses experiencing second victimization: A structural equation model. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* marzo de 2022;54(2):258-68.
223. 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):117-24.
224. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *J Nurs Manag.* mayo de 2021;29(4):642-52.
225. Rivera-Chiauszi E, Riggan K, Long ME, Allyse MA, Torbenson V, Weaver A. Understanding the Second Victim Experience Among Multidisciplinary Providers in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol.* 2020;135(00):78S.
226. Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Finney RE, Allyse MA, et al. Second Victim Experience among OBGYN Trainees: What Is Their Desired Form of Support? *South Med J.* 2021;114(4):218-22.
227. Tariq RA, Vashisht R, Sinha A, Scherbak Y. Medication Dispensing Errors And Prevention. Treasure Island (FL); 2022.

228. Oura P. Medical adverse events in the US 2018 mortality data. *Prev Med Reports* [Internet]. 2021;24(May):101574. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101574>
229. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*. 2022;42:184-95.
230. Amit Aharon A, Fariba M, Shoshana F, Melnikov S. Nurses as «second victims» to their patients' suicidal attempts: A mixed-method study. *J Clin Nurs*. noviembre de 2021;30(21-22):3290-300.
231. Msn RGB, Bartlett R. Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic : An integrative review. *J Nurs Manag*. 2021;29(June):2329-42.
232. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, Bodini A, Ponzini G, Sabato E, et al. Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era : A Review of the Existing Literature. *Public Health*. 2021;9(8):1-6.
233. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. junio de 2017;213:11-6.
234. Schröder K, Larsen PV, Jørgensen JS, Hjelmberg J v. B, Lamont RF, Hvidt NC. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*. 2016;41(6):45-53.
235. Coates D, Donnelly N, Henry A. The Attitudes and Beliefs of Australian Midwives and Obstetricians About Birth Options and Labor Interventions. *J Midwifery Womens Health*. marzo de 2021;66(2):161-73.
236. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6(3):302-18.
237. Escobar Bravo MÁ. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*. 2004;14(2):102-6.
238. Lira MT, Caballero E. Adaptación Transcultural De Instrumentos De Evaluación En Salud: Historia Y Reflexiones Del Por Qué, Cómo Y Cuándo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(1):85-94.
239. Yébenes Prous J, Francisco Rodríguez S. Validaciones de cuestionarios. *Reumatol clínica*. 2016;1(3):75-80.
240. Martín Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas prof*. 2004;5(6):23-9.
241. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. abril de 2011;17(2):268-74.

242. Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud. *Enfermería en Cardiol.* 2019;26(77):2019.
243. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema.* 2013;25(2):151-7.
244. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):63-72.
245. Supo J. Cómo validar un instrumento . *Aprender a crear y validar instrumento como un experto.* 2013.
246. World Health Organization. Process of traslation and adaptation of instruments. 2020.
247. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* diciembre de 2000;25(24):3186-91.
248. Guillemin F. Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol [Internet].* 1 de enero de 1995;24(2):61-3. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/03009749509099285>
249. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74.
250. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021;11(4):116-29.
251. Valdés MG, Suárez IM, Ii M. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas Use of the Delphi method in investigations on health published. 2013;24(2):133-44.
252. Alarabiat A, Ramos I. The Delphi Method in Information Systems Research (2004-2017). *Electron J Bus Res Methods.* 2019;17(2):86-99.
253. Taylor E. We Agree, Don't We? The Delphi Method for Health Environments Research. *HERD Heal Environ Res Des J.* 2019;13(1):11-23.
254. Villavicencio Caparó E, Ruiz García V, Cabrera Dufaut A. Validación De Cuestionarios. *Odontol Act Rev Científica.* 2016;1(3):71.
255. Al C. Sobre las propiedades psicométricas y el análisis factorial confirmatorio en las ciencias de la salud. *Educ médica.* 2021;22:2020-1.
256. Día- Muñoz G. Metodología del estudio piloto. *Rev Chil Radiol.* 2020;26(3):100-4.
257. Ánchez HFE, Rafael F, Acundo GU, Edina HE, Idani SS. Importancia del

- Estudio Piloto en un Proyecto de Intervención. *Miscelánea*. 2021;4(45):456.
258. Mateo RM. Evaluar la calidad de las traducciones profesionales Evaluar la calidad de las traducciones profesionales Propuesta de un modelo mixto. 2022.
259. García- García J, Reding-Bernal A, López-Alvarenga J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Educ Medica*. 2013;2(8):217-24.
260. Abeille Mora E, Soto Carrasco AA, Muñoz Muñoz VP, Sánchez Salinas R, Carrera Huerta S, Pérez Noriega E, et al. Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. *Rev Enfermería Neurológica*. 2015;14(3):169-75.
261. Editor CAL. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. 2019;51(9):586-9.
262. Fraticelli Toro FR, González Valles RO, Uribe Rodríguez AF, Moreno Cedeño I, Orengo Valverde JC. Investigación: Diseño, construcción y validación de una escala para medir los factores psicosociales y la sintomatología orgánica en el área laboral. *Inf psicológicos*. 2018;18(1):95-112.
263. Pedrosa I, García-cueto JS, Álvarez E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicológica*. 2014;10(4):3-18.
264. Polit D, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29:489-97.
265. Polit DF, Tatano Beck C, Owen S V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. *Wiley Period Inc*. 2007;30:459-67.
266. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci* [Internet]. 2015;4(2):165-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15171/jcs.2015.017>
267. Shi J, Mo X, Sun Z. Content validity index in scale development. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. febrero de 2012;37(2):152-5.
268. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res* [Internet]. 1992;5(4):194-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189705800084>
269. González-de la Torre H, Miñarro-Jiménez S, Palma-Arjona I, Jeppesen-Gutierrez J, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Perceived satisfaction of women during

- labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enferm Clin (English Ed)*. 2021;31(1):21-30.
270. Spitznagel EL, Helzer JE. A proposed solution to the base rate problem in the kappa statistic. *Arch Gen Psychiatry*. julio de 1985;42(7):725-8.
271. Cerda Lorca J, Villarroel Del P. L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79(1):54-8.
272. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. octubre de 2006;29(5):489-97.
273. Melkamu M, Gelaye KA. Assessment of content validity for a Neonatal Near miss Scale in the context of Ethiopia. *Glob Health Action [Internet]*. 2021;14(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1983121>
274. sánchez barrera L, Manriquez abril F. Propiedades psicométricas de instrumentos utilizados para evaluar material educativo en salud. *Hacia la Promoción la Salud*. 2011;78(6):5.
275. Lacave C, Molina A, Fernández M, Redondo M. Análisis de la fiabilidad y validez de un cuestionario docente. *ReVisión*. 2015;9(1):2.
276. Thapa R, Chimoriya R, Arora A. The development and psychometric properties of oral health assessment instruments used by non-dental professionals for nursing home residents : a systematic review. *BMC Geriatr*. 2021;1-16.
277. Sciences H. Consideraciones para la clasificación de instrumentos de investigación en ciencias de la salud. *Arch en Med Fam*. 2022;24(5):137-40.
278. Martínez P, Gallardo I. Evaluación de la confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Calidad de Vida en Salud SF-12 en población chilena (ENCAVI 2015-6). *Rev Med Chil*. 1 de noviembre de 2020;148:1568-76.
279. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
280. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Med Res Methodol [Internet]*. 2010;10(1):22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
281. Ramada-rodilla JM, Serra-pujadas C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud : revisión y recomendaciones metodológicas. *salud pública méxico*. 2013;55(1).

282. Mart M. Análisis factorial confirmatorio : un modelo de gestión del conocimiento en la universidad pública. *Rev Iberoam para la invesetigació y el Desarro Educ.* 2021;12(1995).
283. Eidopma C. Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la Escala de Intervención Docente Orientada a Promover la Metacognición en el Aula (EIDOPMA) Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Teaching Intervention Scale for Promoting Metacognition i. *South Am Res J.* 2022;2(1):33-41.
284. Araújo PR, Lima FET, Ferreira MKM, Oliveira SKP de, Carvalho REFL de, Almeida PC de. Medication administration safety assessment tool: Construction and validation. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):329-36.
285. Guedes AC, Cribari-Neto F, Espinheira PL. Bartlett-corrected tests for varying precision beta regressions with application to environmental biometrics. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253349.
286. Dziuban CD, Shirkey EC. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. *Psychol Bull.* 1974;81(6):358-61.
287. Bernalte Martí V. Adaptación transcultural y validación del Safety Attitudes Questionnaire Form (SAQ-SF) en el ámbito quirúrgico español e italiano. Universidad Compluense de Madrid; 2017.
288. Jordan HR, Colvin KF, Kim KYE, Martin JL, Madson MB. Psychometric validation of the Protective Drinking Practices Scale in college students across the United States. *Exp Clin Psychopharmacol.* junio de 2021;29(3):251-60.
289. Bosch-Alcaraz A, Jordan-García I, Alcolea-Monge S, Fernández-Lorenzo R, Carrasquer-Feixa E, Ferrer-Orona M, et al. Validez de contenido de una escala de confort crítico pediátrico mediante una metodología mixta. *Enfermería Intensiva.* 2018;29(1):21-31.
290. Watkins MW. The reliability of multidimensional neuropsychological measures: from alpha to omega. *Clin Neuropsychol.* 2017;31(6-7):1113-26.
291. Deng L, Chan W. Testing the Difference Between Reliability Coefficients Alpha and Omega. *Educ Psychol Meas.* abril de 2017;77(2):185-203.
292. Viladrich C, Angulo-brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *An Psicol.* 2017;33:755-82.
293. Taylor JM. Coefficient Omega. *J Nurs Educ.* agosto de 2021;60(8):429-30.
294. Cruz-peralta A, Peralta-pedrero ML. Evaluación del riesgo de sesgo en revisiones sistemáticas de estudios de prevalencia. 2019;23:64-6.
295. Agra Y, Badía X. Spanish version of the Rotterdam Symptom Check List: cross-

- cultural adaptation and preliminary validity in a sample of terminal cancer patients. *Psychooncology*. 1998;7(3):229-39.
296. Valderas JM, Ferrer M, Mendivil J, Garin O, Rajmil L, Herdman M, et al. Development of EMPRO: a tool for the standardized assessment of patient-reported outcome measures. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2008;11(4):700-8.
297. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19(4):539-49.
298. Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RWJG, Bouter LM, de Vet HCW. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. mayo de 2012;21(4):651-7.
299. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. abril de 2019;13(Suppl 1):S31-4.
300. Fuentelsaz Gallego C. Cálculo del Tamaño de muestra(n). *Matronas Profesión [Internet]*. 2012;5(18):5-13. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n18pag5-13.pdf>
301. Ferrando PJ, Lorenzo-seva U, Hernández-dorado A, Muñoz J. Decálogo para el Análisis Factorial de los Ítems de un Test. *Psicothema*. 2022;34(1):7-17.
302. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res [Internet]*. 29 de septiembre de 2004;6(3):e34-e34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15471760>
303. Lorenzo-Seva U. Promin: A Method for Oblique Factor Rotation. *Multivariate Behav Res*. 1999;34(3):347-65.
304. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*. mayo de 2017;29(2):236-40.
305. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods*. 2006;38(1):88-91.
306. Lorenzo-Seva U. SOLOMON: a method for splitting a sample into equivalent subsamples in factor analysis. *Behav Res Methods*. diciembre de 2022;54(6):2665-77.
307. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Hernández-Dorado A, Muñoz J. [Decalogue for the Factor Analysis of Test Items]. *Psicothema*. febrero de 2022;34(1):7-17.

308. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol.* 2014;30(3):1151-69.
309. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. *Psicológica Rev Metodol y Psicol Exp.* 2016;37(2):235-47.
310. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Assessing the Quality and Appropriateness of Factor Solutions and Factor Score Estimates in Exploratory Item Factor Analysis. *Educ Psychol Meas.* 2017;78(5):762-80.
311. Ferrer MEF, Del Prado González N. Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *An Pediatr Contin.* 2013;11(6):346-9.
312. Pérez JM. Principios de bioestadística para comprender los resultados reportados en los artículos científicos. *Medigraphic.* 2015;11(2):91-5.
313. Hurtado A, Caldera A, Milano B, Ibarra C, DÃ\az A, Camacho J, et al. Nota técnica: análisis de datos bajo condiciones de repetibilidad. *Arch Venez Farmacol y Ter.* 2017;36(7):40-3.
314. *acta pediatrica mex.* Magnitud del tamaño del efecto y su importancia en la investigación pediátrica En relación con el artículo: Calidad de vida de los pacientes con inmunodeficiencias primarias de anticuerpos. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2017;38(2):134-6.
315. Kushnir M, Choi Y, Eisenberg R, Rao D, Tolu S, Gao J, et al. Efficacy and safety of direct oral factor Xa inhibitors compared with warfarin in patients with morbid obesity: a single-centre, retrospective analysis of chart data. *Lancet Haematol.* julio de 2019;6(7):e359-65.
316. Ventura-León JL. Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2016;54(4):353-4.
317. Vermeulen K, Thas O, Vansteelandt S. Increasing the power of the Mann-Whitney test in randomized experiments through flexible covariate adjustment. *Stat Med.* marzo de 2015;34(6):1012-30.
318. Arias MM. Lectura crítica en pequeñas dosis ¿Qué significa realmente el valor de p? *Rev Pediatr Aten Primaria Aten Primaria.* 2017;19:377-81.
319. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 2 edición. Routledge, editor. 1988.
320. 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.* junio de 2017;13(2):93-102.

321. BaHammam FA, McCracken GI, Wassall R, Durham J, Abdulmohsen B. Measurement properties, interpretability and feasibility of instruments measuring oral health and orofacial pain in dependent adults: a systematic review. *BMC Oral Health*. mayo de 2022;22(1):208.
322. 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*. marzo de 2021;16(1):11.
323. Peters S, Cosco TD, Mackey DC, Sarohia GS, Leong J, Wister A. Measurement instruments for quantifying physical resilience in aging: a scoping review protocol. *Syst Rev*. enero de 2019;8(1):34.
324. Escobar Bravo M. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica*. 2004;14:102-6.
325. 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*. 2021;6(7):345.
326. Kiing JSH, Rajgor D, Toh TH. Topical review: Mind your language - Translation matters (a narrative review of translation challenges). *J Pediatr Psychol*. 2016;41(10):1110-9.
327. Elosua P. Psychological and Educational Test Score Comparability across Groups in the Presence of Item Bias. *J Psychol Educ*. 2018;13(1):23-32.
328. Bravo P, Contreras A, Dois A, Villarroel L. Adaptación y validación del instrumento genérico CollaboRATE™ para medir la participación de mujeres en la toma de decisiones en salud durante el proceso reproductivo. *Atención Primaria*. 2018;50(5):274-81.
329. Clavería A, Rodríguez-Barragán M, Fernández-San-Martín MI, Nabbe P, Le Reste JY, Miguéns-Blanco I, et al. Translation and cross-cultural adaptation into Spanish, Catalan and Galician of the Hopkins Symptom Checklist-25 to identify depression in Primary Care. *Aten Primaria*. 2020;52(8):539-47.
330. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part II: Event analysis and response. *Semin Perinatol* [Internet]. 2017;41(3):156-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.004>
331. Dumas HM, Rosen EL, Haley SM, Fragala-Pinkham MA, Ni P, O'Brien JE. Measuring physical function in children with airway support: A pilot study using computer adaptive testing. *Dev Neurorehabil* [Internet]. 1 de enero de 2010;13(2):95-102. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/17518420903386179>
332. Hill J, Bird HA, Lawton CW, Wright V. The arthritis impact measurement

- scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* junio de 1990;29(3):193-6.
333. Alfaro Díaz C, Canga Armayor A, Guitiérrez Alemán T, Carrión M, Esandi N. Validación lingüística del Demand-Control-Support Questionnaire para profesionales de enfermería en España Linguistic validation of the Demand-Control-Support Questionnaire for nursing professionals in Spain. 2020;43:17-33.
334. Beckstead JW. Content validity is naught. *Int J Nurs Stud.* septiembre de 2009;46(9):1274-83.
335. Cicchetti D V., Sparrow SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior. *Am J Ment Defic.* 1981;86(2):127-37.
336. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *J Nurs Manag.* 2020;(October):1-11.
337. Ruscio J, Roche B. Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychol Assess.* junio de 2012;24(2):282-92.
338. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Castrillo-Pérez I, Vicente-Hernández M, Jimenez-Barragan M, et al. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the «experience questionnaire» (W-DEQ-A). *PLoS One.* 2021;16(3 March):1-17.
339. Lorenzo-seva U. Unrestricted item factor analysis and some relations with Item Response Theory. 2013. 1-30 p.
340. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *J Midwifery Women's Heal.* 2019;64(4):435-42.
341. 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.* septiembre de 2022;78(9):2960-72.
342. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. Second victims of obstetric care - Support for healthcare professionals in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African J psychiatry SAJP J Soc Psychiatr South Africa.* 2022;28:1663.
343. 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.* 2020;78(3):1024-34.
344. Schröder 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):735-45.
345. Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *J Patient Saf.* marzo de 2015;11(1):28-35.
346. Hajiesmaello M, Kariman N, Sharif Nia H, Ozgoli G, Hajian S, Bazzazian S, et al. The translation and psychometric assessment of the perception of empowerment in midwifery scale: the Persian version. *BMC Health Serv Res.* mayo de 2020;20(1):466.
347. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof [Internet].* 12 de septiembre de 2012;36(2):135-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
348. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* enero de 2006;81(1):86-93.
349. Christoffersen L, Teigen J, Rønningstad C. Following-up midwives after adverse incidents: How front-line management practices help second victims. *Midwifery.* junio de 2020;85:102669.
350. 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(1):1-9.
351. Masana S, Sasagawa E, Hikita N, Yonezawa K, Haruna M. The Proportions, Regulations, and Training Plans of Male Midwives Worldwide: A Descriptive Study of 77 Countries. *Int J Childbirth.* 1 de marzo de 2019;9:5-18.
352. Wahlberg Å, Andreen Sachs M, Bergh Johannesson K, Hallberg G, Jonsson M, Skoog Svanberg A, et al. Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study. *Int J Nurs Stud.* enero de 2017;65:8-16.
353. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care.* agosto de 2017;29(4):450-60.
354. Pezaro S, Clyne W, Fulton EA. A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery.* julio de 2017;50:163-73.
355. Pugh JD, Twigg DE, Martin TL, Rai T. Western Australia facing critical losses

- in its midwifery workforce: a survey of midwives' intentions. *Midwifery*. mayo de 2013;29(5):497-505.
356. Harvie K, Sidebotham M, Fenwick J. Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women Birth*. diciembre de 2019;32(6):e584-93.
357. Wahlberg Å, Högberg U, Emmelin M. The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. enero de 2019;89:53-61.
358. King TL. Avoiding Cognitive Biases When Reading Research Studies. Vol. 66, *Journal of midwifery & women's health*. United States; 2021. p. 141-2.
359. Zurita-Cruz JN, Villasís-Keever MÁ. [Main biases in clinical research]. *Rev Alerg Mex*. 2021;68(4):291-9.
360. Nunan D, Aronson J, Bankhead C. Catalogue of bias: attrition bias. *BMJ evidence-based Med*. febrero de 2018;23(1):21-2.
361. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2015;33(3):1156-64.
362. Zurita-cruz JN, Villasís-keever MÁ. Main biases in clinical research Principales sesgos en la investigación clínica Introducción Errores sistemáticos o sesgos Errores aleatorios. *Rev Alerg Mex*. 2021;68(4):291-9.
363. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Av en Medición*. 2008;6(89):27-36.
364. González OH. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2021;37(3):6-8.
365. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex*. 2000;42(5):438-46.
366. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. *Rev médica sanitas*. 2018;3(6):141-7.
367. Lauffer A, Solé L, Bernstein S, Lopes MH, Francisconi CF. Cómo minimizar errores al realizar la adaptación transcultural y la validación de los cuestionarios sobre calidad de vida: aspectos prácticos. *Rev Gastroenterol México*. 2013;78(3):159-76.
368. Ball HL. Conducting Online Surveys. *J Hum Lact*. 2019;35(3):413-7.
369. García F, Alfaro A, Hernández A. Diseño de Cuestionarios para la recogida de información : metodología y limitaciones. *Rev Clínica Med Fam*. 2006;34(3):221.

ANEXOS

11 Anexos

Anexo I Estrategia Segunda y Tercera Víctima "XI Reunión de la asociación Canaria de Calidad Asistencial – ACCA- CHUIMI"



ACCA

XI Reunión Anual de la
**Asociación
Canaria de
Calidad
Asistencial**

Seguridad e Información

**22 NOV
2018**

Salón de actos de la Gerencia
de Atención Primaria de Gran
Canaria

Enlace de inscripción ACCA
<https://goo.gl/forms/UZzeVUOFZZsEtWtD2>



Enlace para envío de comunicaciones
<https://goo.gl/forms/yHTOYArfqcPCOs3z1>



 Acreditada por la Comisión Canaria de
Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias

www.accainfo.es
calidad@accainfo.es

Anexo II Protocolo Primera Víctima CHUIMI

Revisión 0	PROCEDIMIENTO	
	Grupo de Trabajo Segundas Víctimas Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil PLAN DE ACCIÓN ANTE SEGUNDAS VÍCTIMAS	Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

PROTOCOLO PRIMERA VÍCTIMA

PACIENTES AFECTADOS POR O QUE SUFREN UN EVENTO ADVERSO

En el ámbito de la seguridad del paciente, la mayoría de los estudios giran en torno a cómo evitar los eventos adversos (EA) que sufren los pacientes. A pesar de ello, parece inevitable que, en determinadas situaciones, se sigan produciendo EA, con repercusión relevante para los pacientes.

Cuando se detecta un EA en un paciente, el personal sanitario debe cumplir con dos objetivos:

Objetivo 1: Mitigar las consecuencias del EA y atender las necesidades clínicas, informativas y emocionales del paciente y de sus familiares.

Se recomienda:

- 1.- Prestar al paciente la atención sanitaria que requiera de forma inmediata
- 2.- Contactar con el profesional responsable del paciente para informar de forma inmediata y requerir su intervención.
- 3.- Contactar con la Supervisión de Enfermería del Servicio para informarle de lo sucedido y requerir su intervención.
- 4.- Valorar si existe un riesgo inmediato para el paciente u otros pacientes y así poder actuar de forma rápida y adecuada para prevenir un nuevo EA.

¿Cómo informar al paciente de lo sucedido?


- 1.- Asegurarse que se dispone de un espacio adecuado que permita hablar con el paciente y/o sus familiares sin interrupciones.
- 2.- Determinar, qué información se va a transmitir, en qué orden, y en qué términos se le explicará lo sucedido, de forma sencilla de entender. Ceñirse a hechos concretos y datos objetivos. No siempre es conveniente que el profesional directamente implicado en el incidente informe al paciente. Valorar quién debe proporcionar la información al paciente.
- 3.- No emplear los términos como error, equivocación salvo que se hubiera conformado este extremo por el análisis del incidente y en cambio expresar que el resultado no ha sido como se esperaba o que algo no ha salido como estaba previsto.
- 4.- Valorar si existen factores que desaconsejan informar al paciente directamente.
- 5.- Informar no solo del incidente sino también de los pasos que se van a seguir para determinar por qué ha sucedido y cómo evitar que se repita. Incluir a un profesional referente para tener un contacto.
- 6.- Asegurarse que el paciente o sus familiares entienden la información y no se han quedado con dudas.
- 7.- Realizar una anotación en la historia clínica especificando la información que se le ha dado al paciente/familia y el detalle de las preguntas y nivel de comprensión de dicha información.

Objetivo 2: Aprender de la propia experiencia para ofrecer un entorno cada vez más seguro.

Se recomienda:


- 1.- Registrar lo antes posible la información sobre lo ocurrido. En alguna medida debe indicarse que si existen fallos evidentes en protocolos, equipamientos, procedimientos, etc... debe actuarse para que no afecte a otros pacientes.
- 2.- Escribir un resumen con la información más relevante. Si hay equipamiento implicado en el incidente guardarlo de forma adecuada para su posterior análisis. Anotar las personas presentes durante lo sucedido para que posteriormente puedan aportar información y propuestas durante el Análisis Causa Raíz (ACR) de cara a gestionar barreras que impidan que el EA vuelva a ocurrir.
- 3.- Realizar un esquema cronológico de lo sucedido durante la asistencia al paciente para poder analizar posteriormente el EA.
- 4.- Notificar el EA al Sistema de Notificación y Registro de Incidentes y Eventos **SINASP**, desarrollada por el Ministerio de Sanidad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes. El objetivo del SINASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

SINASP: <http://www.chuimi.es/WEBCENTER/MENUS/mostrarchivo.php?ver=/PORTADA/SINASP.pdf>



Servicio
Canario de la Salud

Complejo Hospitalario Universitario
INSULAR - MATERNO INFANTIL
Las Palmas de Gran Canaria



Gobierno
de Canarias

Anexo III Protocolo Segundas Víctimas CHUIMI

Revisión 0	PROCEDIMIENTO	
	Grupo de Trabajo Segundas Víctimas Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil PLAN DE ACCIÓN ANTE SEGUNDAS VÍCTIMAS	Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

PROTOCOLO SEGUNDAS VÍCTIMAS

PROFESIONALES IMPLICADOS EN UN EVENTO ADVERSO



Errar es humano y aprender del error es imprescindible

Cuando ocurre un evento adverso (EA) y un paciente resulta dañado fortuita e inesperadamente durante la asistencia sanitaria, se ponen en marcha mecanismos para atender al paciente. En el CHUIMI el Comité de Seguridad del Paciente trabaja para intentar evitar que ocurran incidentes y, especialmente, para que no vuelva a producirse ese evento en el futuro.

Los profesionales que se ven involucrados en un EA, pueden convertirse en afectados emocionalmente, desarrollando ansiedad, confusión, dificultad de concentración, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, dudas sobre la capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación...este incidente puede provocar dudas y mayor incertidumbre en la toma de decisiones que afecten negativamente a otros pacientes.

La Dirección Gerencia del CHUIMI, ha puesto en marcha un **PLAN DE ACTUACIÓN PARA SEGUNDAS VÍCTIMAS**, dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del CHUIMI:

(<http://www.chuimi.es/CHUIMI/COMITE/COMITE.php>)

PRIMERAS ACTUACIONES

que se debe realizar para apoyar al profesional y/o al equipo asistencial cuando se ha producido un evento adverso que suele ser el resultado de una cadena combinada de fallos:

Mantener una actitud positiva, no culpabilizadora.

- Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA (profesionales de primera línea, incluidos los residentes, más directamente implicados con el paciente, el equipo, etc...).
- En un primer momento, es importante ofrecer la posibilidad de que algún colega (personas del entorno inmediato con perfil profesional similar) brinde apoyo emocional al profesional que lo requiera, sobre todo para escucharle y permitirle "ventilar" sus emociones.

¿CÓMO ACTUAR?

cuando un/a compañero/a se ha visto implicado en un evento adverso y me pide consejo:

1. Es importante que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de compañeros del equipo y del conjunto del centro.
2. Es recomendable **NO HACER**:
 - Preguntas inquisitivas sobre el evento, no es un interrogatorio.
 - Minimizar los hechos. Es un error dar apoyo quitando importancia a lo sucedido.
 - Aconsejar sobre cómo debe sentirse.
 - Subestimar las emociones del profesional.
 - Decirle lo que debe hacer ahora.
3. Es recomendable **HACER**:
 - Escucharle y transmitirle serenidad.
 - Formular solo preguntas abiertas que permitan hablar libremente.
 - Permitirle expresar sus sentimientos.
 - Ayudarle a reflexionar sobre qué debe hacer a continuación y dónde puede encontrar apoyo
4. Brindar la posibilidad de que, si lo necesita, no siga atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día
5. Animar a mantener la actividad física y las actividades de ocio cotidianas así como las que realiza en familia o con amigos.
6. Ayudar a activar su red social más cercana para recibir apoyo fuera de la institución.
7. Identificar posibles síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso (ansiedad/inquietud, sentimiento de culpa, alteración del ánimo,...)
8. Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima.

En el CHUIMI existe un equipo de profesionales entrenados para escuchar y ofrecer apoyo a la segunda víctima. Los profesionales implicados en un EA que deseen hablar con alguno de ellos, se pueden poner en contacto con este equipo a través del teléfono 78930 (de lunes a viernes laborables, de 8 a 15 horas)



Más información: www.segundasvictimas.es

Complejo Hospitalario Universitario
INSULAR - MATERNO INFANTIL
Las Palmas de Gran Canaria



Anexo IV Solicitud Comité Ética 02/02/2020

SVEST COMITÉ DOCUMENTO COMITÉ CHUIMI /NEGRÍN

FENÓMENO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS: ADAPTACIÓN DEL SVEST AL CONTEXTO ESPAÑOL

Motivo del proyecto: Tesis doctoral

Directores:

Dra. Alicia Martín Martínez

Dr. Héctor González de la Torre

Categorías profesionales:

- Dra. Alicia Martín Doctora por la universidad de Las Palmas de Gran Canaria, jefe de Sección de Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, jefe de la Unidad de Suelo Pélvico. Vicepresidenta de la Sociedad Canaria de Obstetricia y Ginecología. Profesora Asociada de Ginecología de la Universidad de Las Palmas.
- Dr. Héctor González - Doctor de Ciencias de la Salud por la Universidad de Alicante/Matrn asistencial en el servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC)/Tutor en la Unidad Docente de Matronas HUMIC. Profesor Asociado de Enfermería de la Universidad de La Laguna-Sede La Palma.

Investigador principal: Irene Santana Domínguez DNI: 44733188- M

Teléfono de contacto: 628569373

Categoría profesional: Matrona en el CHUIMI.

RESUMEN

El término de "Segunda víctima" ("Second Victim" en inglés original) es un término creado por Wu en 2000, cuyo significado es: "Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima". Tratar y apoyar a los profesionales que pasan por esta experiencia es intervenir en la mejora de la calidad asistencial y a su vez en la seguridad del paciente.

El objetivo principal de nuestra investigación es valorar y estudiar el fenómeno de las segundas víctimas en el campo de la atención obstétrica, evaluando este tipo de experiencias en el personal sanitario que presta asistencia obstétrica, así como la calidad de los recursos de apoyo existentes para estos profesionales.

En una primera fase de esta investigación, se va a realizar una adaptación transcultural del cuestionario Second Victim Experience Support Tool (SVEST), un cuestionario creado por Burlison en 2013 el cual valora el fenómeno de las segundas víctimas y que, en la actualidad, es la única herramienta de medición validada que existe en este campo.

Los participantes seleccionados estarán constituidos por profesionales obstetras y matronas que desempeñen su función en el ámbito asistencial. La muestra será seleccionada por muestreo no probabilístico a través de un formulario online que se distribuirá a través Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) a nivel nacional. El periodo de recogida de datos será aproximadamente de mayo a octubre del 2020. El tamaño de muestra mínimo se realizará de acuerdo a la validación del cuestionario la cual se estima que sea de 10 profesionales por ítem, por lo que se requerirá una muestra mínima de 290 Obstetras y 290 Matronas (Muestra final n=580)

Se trata de un estudio observacional descriptivo con componente analítico de trasversal. Esta investigación se enmarca en el contexto de realización de una tesis doctoral en la ULPGC (Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas).

Se inició la investigación con una búsqueda bibliográfica durante el mes de septiembre de 2019 y se finalizará, aproximadamente en un periodo de 3 años en 2022/2023.

Esta investigación no cuenta con ninguna fuente de financiación externa. Tanto los investigadores principales como los directores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Índice

- Introducción
- Objetivos
- Objetivo general
- Objetivos específicos
- Metodología
- Tipo de estudio
- Población a estudio
- Unidad de estudio
- Selección de la muestra
- Métodos de obtención de datos
- Definición operativa de las variables
- Análisis de los datos

- Limitaciones del estudio
- Plan de trabajo: cronograma
- Bibliografía
- Anexos
- Anexo I. SVEST original

Introducción

El estudio "To Err is Human" difundido por el Institute of Medicine (IOM) en 1999, en el que reconocía que los pacientes en ocasiones sufren lesión o daño como consecuencia de la intervención sanitaria, sentó las bases de un espectacular cambio en la forma de entender la calidad en las instituciones sanitarias (1). El estudio de los eventos adversos (EA), su frecuencia, causas y consecuencias ha marcado los últimos quince años y actualmente se buscan en todo el mundo fórmulas para reducir los riesgos inherentes a la atención sanitaria (2).

El término de "Segunda víctima" ("Second Victim" en inglés original) es un término creado por Wu en 2000, cuyo significado es: "Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima" (1). Este fenómeno conlleva sufrimiento, inseguridad, pérdida de reputación y más aspectos negativos para los profesionales sanitarios, lo que tiene un impacto directo en la calidad de la vida laboral y repercute en el propio Sistema Nacional de Salud.

Por ello, conocer la magnitud de un fenómeno apenas estudiado como es el de las segundas víctimas es importante a la hora de poder planificar estrategias y líneas de actuación eficaces que ayuden a mitigar los efectos negativos asociados a este fenómeno (3).

En España, según el "Estudio de Eventos Adversos en atención Primaria" (APEAS), la prevalencia estimada de evento adverso (EA) en Atención primaria es de 10,11‰ (IC95%: 9,48 - 10,74), acumulando un 6,7% de los pacientes más de un EA (5). Un 82,8% son evitables (4). Al analizar 26.126 reclamaciones de pacientes se ha encontrado que en un 23% de casos se ha podido verificar un error médico (siendo los errores de diagnóstico los más frecuentes) (5). En otros estudios, fuera de España, se han llegado a identificar 76 errores clínicos por cada 1000 consultas, y una tasa de errores de prescripción del 7,46% (8). Las tres causas de EA más repetidas se relacionan con la medicación, la combinación de errores de diagnóstico y prescripción y los problemas de comunicación médico-paciente/cuidador (5).

Según el Estudio Nacional de Efectos Adversos en Atención Hospitalaria (ENEAS) se calcula que un 9,2% de los pacientes atendidos en un hospital sufren anualmente un EA (6). En estudios realizados en sistemas sanitarios similares al nuestro, la tasa de EA en hospitales oscila entre el 2,9% y el 16,6% (6). De éstos, aproximadamente un 50% se considera que podrían haberse evitado de forma sencilla (4). Las reacciones a los medicamentos son el EA más frecuente (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) (8).

La mayoría de los EA (casi $\frac{3}{4}$) tienen consecuencias leves y perfectamente reversibles. Sin embargo, 1 de cada 10 tienen consecuencias permanentes o graves (7).

Antiguamente se analizaba el error desde un modelo centrado en la persona. Se basaba en la premisa de que las personas tienen la capacidad de decidir libremente sus actos y pueden optar por realizar comportamientos seguros o inseguros. Bajo esta perspectiva, ante la ocurrencia de un error, la única conclusión posible es que una persona (o un grupo de personas) era responsable del mismo, por falta de motivación, interés, esfuerzo... La consecuencia del error con este modelo era culpabilizar a la persona que lo había cometido. Se ha observado que la culpa no promueve la mejora sino el miedo, la vergüenza y el desarrollo de actitudes defensivas (8).

En la actualidad, el modelo centrado en la persona ya no se utiliza, aceptándose en el modelo actual que el cometer errores está en la propia naturaleza del ser humano. Los humanos erramos y, por lo tanto, los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se entienden como una consecuencia y no como una causa. El origen de los errores no está en el carácter perverso de la naturaleza humana sino en factores sistémicos (10).

Hay muy poca investigación acerca de los efectos que los errores en el campo de la medicina suponen para los profesionales dedicados a esta actividad. Se conoce muy poco sobre los efectos sobre los individuos, así como sobre los efectos en actuaciones profesionales posteriores como pueden ser faltas de eficacia, sobretratamientos, actitudes defensivas...

Por todo ello, esta investigación se quiere centrar en el fenómeno de segundas víctimas teniendo como objetivo principal estudiar las consecuencias que tiene este fenómeno en los profesionales sanitarios, más concretamente en los profesionales involucrados en la atención de la obstetricia.

Objetivos

Objetivo general

Estudiar el fenómeno de segundas víctimas en la asistencia obstétrica en nuestro país mediante el uso del cuestionario Second Victim Experience Support Tool (SVEST).

Objetivos específicos

Fase 1 - Obtener una versión adaptada al contexto español del Second Victim Experience Support Tool (SVEST)

Fase 2 - Estudiar el Fenómeno de segunda víctima utilizando dicho cuestionario en los profesionales dentro del campo de la obstetricia en nuestro país (médicos obstetras y matronas)

FASE 1-OBTENCIÓN DEL SECOND VICTIM EXPERIENCE SUPPORT TOOL (SVEST) VERSIÓN ESPAÑOLA (SVEST-E)

Realizar una adaptación transcultural del Second Victim Experience Support Tool (SVEST) mediante un proceso de traducción/retrotraducción y obtener la versión Second Victim Experience Support Tool-versión española (SVEST-E).

Medir las propiedades psicométricas de la versión final obtenida (validez, fiabilidad, aceptabilidad) y compararlas con las de la versión original.

FASE 2-ESTUDIO DEL FENÓMENO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

Evaluar con el cuestionario SVEST-E la experiencia de segunda víctima del personal sanitario español en el campo de la obstetricia (Obstetras y Matronas).

Comparar y analizar los resultados obtenidos con el cuestionario SVEST-E entre los obstetras y las matronas.

Comparar estos resultados obtenidos con los informados en otros países.

Metodología

Tipo de estudio

En una primera fase se realizará una adaptación transcultural del cuestionario Second Victim Experience Support Tool (SVEST) mediante un proceso de traducción/retrotraducción.

En una segunda fase se llevará a cabo un estudio de tipo observacional y descriptivo con componente analítico de corte transversal.

Población a estudio

La población a estudio estará constituida por los profesionales obstetras y matronas que respondan a un cuestionario online a través del enlace web que será difundido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) entre mayo y octubre del 2020 con posibilidad de prórroga según la muestra obtenida. Se aplicarán los siguientes criterios de inclusión y exclusión, tal y como se definen en el siguiente apartado.

Unidad de estudio

Para nuestro estudio se considerarán los siguientes criterios de inclusión, exclusión:

Criterios de inclusión

Profesionales Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología y Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología-Matronas que desempeñen su labor profesional en el ámbito asistencial de la obstetricia, con asistencia directa a mujeres.

Criterios de exclusión

No haber completado la formación (Ser residente para ambas categorías).

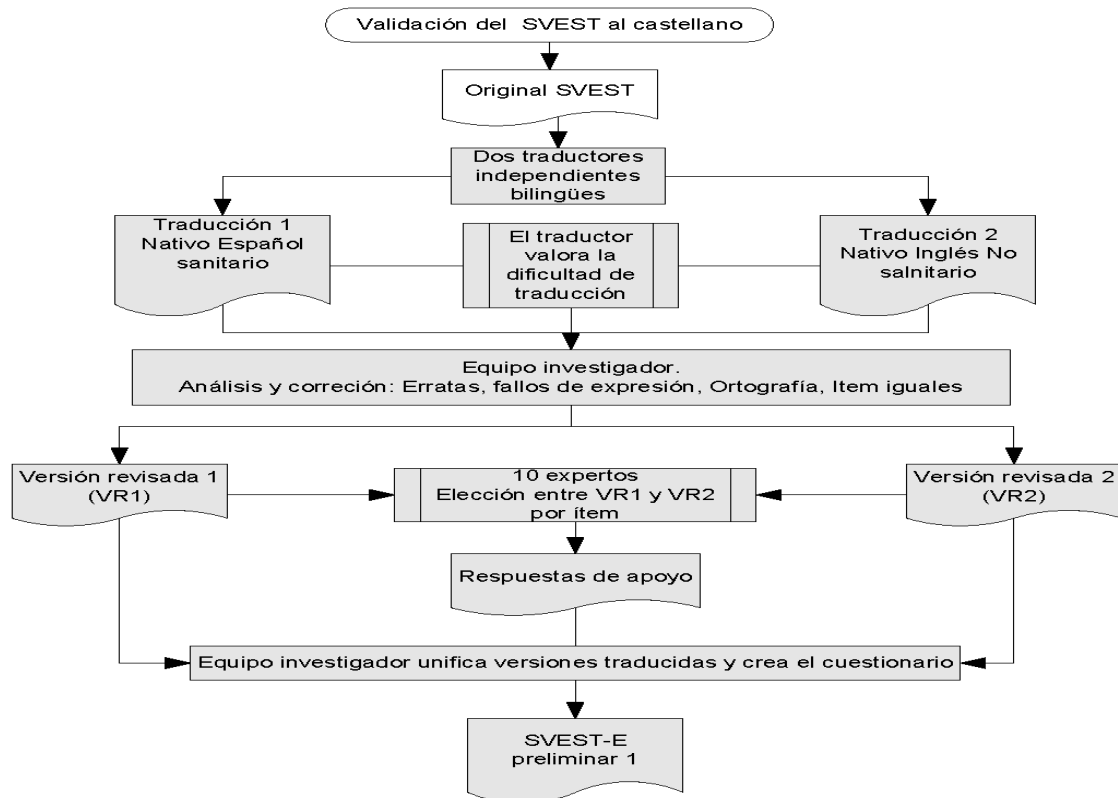
Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se empleará un muestreo no probabilístico de conveniencia, se incluirán aquellos profesionales que cumplan con los criterios de inclusión y hayan contestado al cuestionario online facilitado por la SEGO y la FAME.

El tamaño muestral se ha calculado según lo necesario para la adaptación y validación del cuestionario SVEST, por lo que se estima la necesidad de una participación de 10 profesionales por ítem, para poder realizar primeramente un análisis factorial exploratorio y posteriormente un análisis factorial confirmatorio, basándonos en estudios previos de validación de cuestionarios (12,13). Teniendo en cuenta que el cuestionario SVEST consta de 36 ítems, se estima una muestra mínima de 360 Obstetras y 360 Matronas (Muestra final n=720).

Métodos de obtención de datos

En el siguiente diagrama se explica la primera fase de esta investigación, la adaptación al español del SVEST mediante un proceso de Traducción-Retrotraducción:



Una vez finalizada esta fase, se pedirá colaboración a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) para hacer llegar la versión española del SVEST-E, mediante un cuestionario online, al que deberán acceder y cumplimentar por esta vía. Se estima que el tiempo necesario para rellenar el cuestionario es de 10 minutos y será de carácter voluntario y confidencial. El cuestionario online incluirá la versión SVEST-E, así como datos sociodemográficos y otras variables a estudio.

El cuestionario SVEST (The second victim experience and support tool) fue desarrollado por Burlison et al en Estados Unidos en 2013 y fue validado con 281 profesionales sanitarios involucrados en la atención directa al paciente (ref). Este estudio se realizó en un hospital pediátrico especializado en el tratamiento de niños con enfermedades graves. Para el desarrollo del SVEST, se utilizaron 4 pasos: 1) generación de ítems, 2) desarrollo de un cuestionario a partir de estos, 3) reducción inicial de ítems y 4) análisis factorial confirmatorio (AFC). La obtención de las dimensiones se basó en la revisión de la literatura con MEDLINE, GOOGLE ESCALOR® y PsyncINFO. Se realizó la búsqueda de los siguientes términos (errores médicos, errores, segunda víctima, evento adverso, seguridad del paciente, proveedor de atención médica, bienestar). La lista final fue acordada por unanimidad de los autores.

El SVEST sirve para evaluar las experiencias de segunda víctima del personal sanitario, así como la calidad de los recursos de apoyo existentes. También puede ofrecer a los

líderes de organizaciones de atención médica datos sobre los recursos de apoyo relacionados con la segunda víctima preferidos por el personal. El SVEST se puede administrar antes y después de implementar nuevos recursos de segunda víctima para medir las percepciones de efectividad (1).

El SVEST ha sido ya ha sido validado en diferentes países: Corea del Sur (13), Argentina (12) y más recientemente en China (11).

El SVEST tiene la siguiente estructura:

Contiene 29 ítems en total subdivididos en 7 dimensiones y 2 variables de resultados; además de 7 opciones de apoyo a la segunda víctima.

Las 7 dimensiones se estructuran de la siguiente forma:

- Siete dimensiones principales:
 - Dimensión 1 - Sufrimiento psicológico (4 ítems).
 - Dimensión 2 - Sufrimiento físico (4 ítems).
 - Dimensión 3 - Apoyo de los compañeros de trabajo (2 ítems + 2 ítems inversos).
 - Dimensión 4 - Apoyo del supervisor (1 ítem + 3 ítems inversos).
 - Dimensión 5 - Apoyo Institucional (1 ítems + 2 ítems inversos).
 - Dimensión 6 - Apoyo no relacionado con el trabajo (2 ítems inversos).
 - Dimensión 7 - Autoeficacia profesional. (4 ítems).
- Dos variables resultado:
 - Variable resultado 1 - Intención de cambio de trabajo (2 ítems).
 - Variable resultado 2 - Absentismo (2 ítems).
- Formas de apoyo deseadas (7 ítems)

Las siete dimensiones más las dos variables de resultado constituyen los 29 ítems totales de los que consta el SVEST

Para obtener la puntuación de estas dimensiones se utiliza una escala Likert de 5 puntos, con puntuaciones que van desde 1 ("totalmente en desacuerdo") hasta 5 ("totalmente de acuerdo"). Las puntuaciones más altas representan un fenómeno de segundas víctimas percibido como mayor, un grado en que los recursos de apoyo son percibidos como inadecuados y mayor alcance de los dos resultados laborales negativos relacionados con la segunda víctima (es decir, intención de cambiar de trabajo y absentismo).

El cuestionario incluye siete opciones de apoyo. Las respuestas para estos ítems se califican en una escala Likert de 1–5, donde 1 representa fuertemente no deseado y 5 deseo fuerte. Para registrar el grado de deseo o no de la opción de apoyo, se calcula el porcentaje de respuestas de deseo (4 o 5) y respuestas de no deseo (1 o 2). Por lo tanto, esta puntuación generará el porcentaje de deseo y no deseo para cada opción de apoyo, lo que puede orientar los esfuerzos llevados a cabo por la institución para el apoyo de su personal cuando se produce un fenómeno de segundas víctimas.

El cuestionario original puede consultarse en el ANEXO I

Definición operativa de las variables

Se estudiarán las siguientes variables, para las cuales se proponen las siguientes definiciones operativas:

Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta el momento de referencia (cumplimentación el cuestionario) medida en años.

Sexo: conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos (anatomía del sistema reproductivo y a las características sexuales secundarias) Hombre / Mujer

Profesión: Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

En nuestra investigación según criterios de inclusión se encontrarán estas dos opciones:

Médico-Obstetra: Médico especialista en obstetricia- ginecología; Especialidad expedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad: Aquellas personas con una especialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad independientemente de si la han obtenido mediante programas de formación especializada (MIR según la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) o por vía extraordinaria (según se establece en el Real Decreto 967/2014 de 21 de noviembre).

Enfermera-Matrona: Enfermera especialista en obstetricia- ginecología con Especialidad expedida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Aquellas personas con una especialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad independientemente de si la han obtenido mediante programas de formación especializada (EIR para los enfermeros según la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) o por vía extraordinaria (según se establece en el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril).

Años de experiencia

Años que lleva ejerciendo la profesión

Existencia de Evento adverso si/no

Se distinguirá la existencia de un evento adverso en dos momentos: existencia en el último año o durante todos los años de vida profesional.

Evento adverso: Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base y que ocasiona en el paciente una estancia hospitalaria prolongada, discapacidad o incluso la muerte .

Unidad departamento donde ejerce su profesión

Estructura organizativa dentro de una institución, que se divide según ámbito y especificidad de tratamiento y pacientes. Se distinguirán entre:

Atención Especializada: Hace referencia al área de hospitalización (hospitales de cualquier nivel, centros de especialidades dependientes de un centro hospitalario)

Atención No especializada: Hace referencia a Atención primaria (centros de salud).

Tipo de centro en referencia a su titularidad

Se considerarán tres tipos:

Centro público: Centros sanitarios dependientes de organismos oficiales del estado, ya sea la administración general del estado, los servicios de salud dependientes de los gobiernos autonómicos u otros organismos públicos

Centro privado: Centros sanitarios de carácter privado

Otro tipo de centros: Centros que no pueden enmarcarse en ninguna de las categorías anteriores (centros dependientes de fundaciones, empresas públicas de gestión privada etc.).

Comunidad Autónoma

Cada una de las 17 entidades territoriales que forman el estado español

Conocimiento previo sobre el tema de segunda víctima SI/NO

Se valorará si el participante tenía conocimiento sobre la temática a estudio o no.

Segunda víctima: Cuando se produce un incidente para la seguridad del paciente, que lleva a un error o casi error, se produce un sufrimiento para el paciente y familiares, pero este sufrimiento no es exclusivo del paciente y familiares, sino que engloba también a los profesionales, los cuales se convierten en segundas víctimas.

Conocimiento de existencia de programa de apoyo a segundas víctimas en su gerencia.

Se valorará si el participante tenía conocimiento existencia de programa de apoyo a segundas víctimas en su centro de trabajo o no.

Programa de apoyo: Protocolo de atención específico para segundas víctimas de un centro, que regula normas y actuaciones y que es llevado a cabo por un grupo específico de profesionales para dar soporte emocional, administrativo, legal a otros compañeros que han sufrido una situación de segunda víctima.

Análisis de los datos

El análisis descriptivo y la creación de la base de datos se llevará a cabo por los investigadores principales haciendo uso del programa estadístico IBM SPSS® en su versión 24.0.

Primeramente, se realizará un análisis descriptivo de las variables recogidas de la muestra, las cuales se expresarán en frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas y para variables cuantitativas mediante media, desviación estándar y rangos mínimos-máximos y percentiles según se considere necesario.

Tras ello, se llevará a cabo un análisis inferencial para estudiar la asociación entre diferentes variables. Se realizará el test de Chi-cuadrado para comprobar la relación entre unas variables cualitativas, con corrección de Yates cuando ésta sea necesaria, el coeficiente de correlación de Spearman para comprobar la asociación entre variables numéricas. Para el tratamiento estadístico de las variables cuantitativas se usará el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si se adaptan a la distribución normal; en el primer caso (adaptación a la distribución normal) se usará el test "t de Student" para comparar dos medias o ANOVA para comparar más de dos medias, junto con el test de Bonferroni para evitar error tipo Alfa. En el caso de que las variables cualitativas no se adapten a la distribución normal se empleará el test no paramétrico de U-Mann-Whitney, estableciéndose que existe una asociación significativa entre las mismas si el valor de p obtenido es inferior al nivel de significación considerado para este estudio, siendo éste $\alpha = 0,05$.

Se realizará un análisis de fiabilidad del cuestionario con el fin de asegurar la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach. También se realizará la prueba de Kaiser-Meyer-Okin y la prueba de esfericidad de Barlett como primer paso para realizar el análisis factorial exploratorio del cuestionario SVEST-E. Según los resultados obtenidos de valorará la posibilidad de realización de un análisis factorial confirmatorio. Como último paso se intentará la realización de un análisis según modelo RASCH.

Para la representación gráfica de los resultados se han utilizarán gráficos y tablas según conveniencia.

Limitaciones del estudio

Al utilizar un muestreo de tipo no probabilístico la precisión y generalización de los resultados puede verse afectada.

Sesgo de causalidad inversa, que consiste en invertir la secuencia temporal de la asociación a estudiar.

Plan de trabajo

Búsqueda bibliográfica Inicio septiembre 2019

Proceso de Adaptación transcultural SVEST proceso Traducción- retro traducción octubre 2019 a marzo 2020

Cumplimentación de datos por profesionales a nivel nacional a través de la SEGO Y FAME mayo 2020 a octubre 2020

Análisis de los datos octubre a enero 2021

Preparación artículo revista enero a febrero 2021

Análisis Rasch marzo a julio 2021

Redacción y modificaciones oportunas julio 2021 a enero 2022

Defensa Tesis Doctoral 2022/2023

Bibliografía

Burlison JD, Scott SD, Browne EK, et al. 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.* 2017;13:93–102.

Kohn, L. T, Corrigan, J, Donaldson, M. S. To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press.2000; 10: 0-309-06837-1.

James JT. Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013; 9(3):122-8.

Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:7-10.

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Aranaz J, Aibar C, Limon, Mira JJ, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain . *Europ J Public Health.* 2012; 22: 921-5.

Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: Cómo detectarlos. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20:204-10.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez, Terol-García E, ENEAS workgroup. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events . J EpidemiolCommunityHealth. 2008;62(12):1022-9.

Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ 2000; 320:726-7.

Didier Pittet, Liam Donaldson.Challenging the world: patient safety and health care-associated infection, International Journal for Quality in Health Care. 2006;1: 4-8.

Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. investigación cualitativa: una alternativa también válida. Atención Primaria 2004; 34:161-9.

Brunelli MV,Estrada S, Celano C.Cross- cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim and support tool (SVEST).J Patient Saf. 2018;13:93-102.

EM Kim, SA Kim, JR Lee ,et all.Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). J Patient Saf. 2018;13:150-8.

Anexo V Aceptación Comité Ética 02/05/2020



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular Materno-Infantil



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Dra. Dña **M^a Alejandra Torres Afonso**, Directora Gerente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEI/CEIm) H.U.G.C. Dr. Negrín (**Acta 3/2020**).

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor **SANTANA DOMINGUEZ, IRENE** para que sea realizado en este Centro el ESTUDIO OBSERVACIONAL titulado:

"FENÓMENO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS: ADAPTACIÓN DEL SVEST AL CONTEXTO ESPAÑOL"

Promotor: SANTANA DOMINGUEZ, IRENE
Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2020-140-1
CEI/CEIm de Referencia:

Y que será realizado por **Doña IRENE SANTANA DOMINGUEZ** del Servicio de Ginecología y Obstetricia como Investigador Principal.

Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este ESTUDIO OBSERVACIONAL y se acepta la realización en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria

La Directora Gerente

Fdo: Dra. M^a Alejandra Torres Afonso

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA ALEJANDRA TORRES AFONSO - DIRECTOR GERENTE	Fecha: 02/05/2020 - 09:01:03
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 03S5tNYPNwOTju7IIKTXC47VzWQxVp9Q5	
El presente documento ha sido descargado el 04/05/2020 - 07:50:31	



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña Maria Dolores Fiuza Pérez, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN)

C E R T I F I C A:

Que este Comité, según consta en el Acta 3/2020 de fecha 24/04/2020 ha evaluado la propuesta del promotor: **SANTANA DOMINGUEZ, IRENE**, para que se realice el **ESTUDIO OBSERVACIONAL** titulado:

"FENÓMENO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS: ADAPTACIÓN DEL SVEST AL CONTEXTO ESPAÑOL".

Promotor: **SANTANA DOMINGUEZ, IRENE**
Código CEIm HUGCDN: **2020-140-1**

Datos del Investigador Principal:

Nombre	Centro	Servicio
IRENE SANTANA DOMINGUEZ	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Servicio de Ginecología y Obstetricia

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el ESTUDIO OBSERVACIONAL .

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto este COMITÉ resuelve que el estudio queda **APROBADO** con fecha de hoy.

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifca_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
0WstxXGzcUyMSVpTopt01UQPkvbyoF8oh





Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Con la elevación de este Dictamen a la Dirección Gerencia de este Centro para valoración de su Conformidad, terminan las acciones competencia de este CEI/CEIm sobre su estudio.

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria

La Secretaria Técnica

Fdo.: Dra Dña Maria Dolores Fiuza Pérez

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
0WsTxXGzcUyMSVpTopt01UQPkvbyoP8oh





ANEXO II:

Centros colaboradores:

Investigadores:

IRENE SANTANA DOMINGUEZ	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Servicio de Ginecología y Obstetricia
ALICIA MARTÍN MARTÍNEZ	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Servicio de Ginecología y Obstetricia
HÉCTOR GONZÁLEZ DE LA TORRE	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	ENFERMERIA

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
MARIA DOLORES FIJAZA PEREZ -	Fecha: 30/04/2020 - 14:15:08
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifca_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de Documento electrónico siguiente: 0W8TxXGzcuYMSVpToptO1UQPkvbyoP8oh	
El presente documento ha sido descargado el 04/05/2020 - 07:50:42	

Anexo VI SVEST original Burlison

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 wrongtime.
- Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief.
- 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.

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.

a=Reverse-worded item.

Anexo VII Comunicación con Dr. Burlison

Comunicación Burlison autor cuestionario original

Correo enviado por Doctoranda para establecer comunicación con el autor original:

Fecha	28/09/2019
Asunto	SVEST questionnaire Thesis
Contenido	<p>Dear Mr Hoffman,</p> <p>My name is Irene Santana. I live in Gran Canaria (Spain) and I am working as a midwife at a local maternity hospital which is located in the capital of the island.</p> <p>I am currently studying PhD studies in the University of Las Palmas and the line of research is: 'Investigation applied to health sciences'.</p> <p>My thesis director is Patricia Henríquez Sánchez, Doctor in medicine and specialist in preventive medicine being also certified teacher in Las Palmas University.</p> <p>My co-director is Héctor González de la Torre, Thesis Doctor, midwife, chiropodist and associate professor at the University of Tenerife.</p> <p>We are studying the phenomenon of the second victim, paying special attention in the field of obstetrics assistance (doctors and midwives). It is because of that we want to perform a transcultural validation of the SVEST questionnaire to be used in the frame of our research. That is why I contact you to request your permission and approval in this regard. We would like to count with your collaboration to get your final approval when we make all the process of translation - backtranslation, so that we can ensure that the final version is true to the original questionnaire, and is valid for use in the Spanish context. We will keep you informed of any aspect of our investigation that you require in this regard.</p> <p>I look forward to hearing from you soon.</p> <p>Receive a cordial greeting from both me and my thesis directors.</p>

Anexo VIII Documento de petición colaboración como experto

PETICIÓN DE COLABORACIÓN COMO EXPERTO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Fenómeno de segundas víctimas en obstetricia:
Validación del cuestionario SVEST al contexto español

EQUIPO INVESTIGADOR:

Director	Dra. Alicia Martín Martínez
Codirector	Dr. Héctor González de la Torre
Doctoranda	Dña. Irene Santana Domínguez

CENTRO: Complejo hospitalario universitario insular materno infantil (CHUIMI)

Antecedentes y estado actual del tema

El término de "Segunda víctima" (Second Victim en inglés original) es un término creado por Wu en 2000 (1), cuyo significado es: "Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima".

El objetivo de nuestra investigación es valorar el fenómeno de segundas víctimas en el campo de la atención obstétrica, evaluando las experiencias del personal sanitario que presta asistencia obstétrica, así como la calidad de los recursos de apoyo existentes. Como parte de esta investigación se va a realizar una adaptación transcultural y posterior validación del cuestionario SVEST (Second Victim experience Support Tool), un cuestionario creado por Burlison en 2013, el cual valora el fenómeno de las segundas víctimas y que, a día de hoy, es la única herramienta de medición que existe en este campo.

Para la adaptación transcultural del Cuestionario SVEST se requiere de la participación de un grupo de expertos, seleccionados por un determinado perfil, los cuales participaran en diferentes fases del proceso.

Estimado/a Dr./Sr./a

Nos dirigimos a usted con intención de que sea uno de los expertos seleccionados para este proceso

Carácter voluntario

Se le invita a participar en un estudio de investigación en calidad de experto. Es usted quien decide de manera voluntaria si desea participar en este estudio, si así lo hiciese, podría cambiar su decisión en cualquier momento y retirarse del estudio sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello conlleve un menoscabo de ninguna clase.

Compensación económica

No recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio, tampoco le supondrá ningún gasto. Será citado en la fase de difusión de resultados de igual manera y forma que el resto de los expertos participantes.

Otra información relevante

Podrá retirarse de este estudio en cualquier momento. También debe saber que puede ser excluido del estudio si no completa la documentación que se le requiere o no cumple con los plazos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto. Se le ruega encarecidamente discreción y confidencialidad en lo referente al estado de esta investigación

Tanto mis directores como yo le estaríamos muy agradecidos ante su colaboración.

Ante cualquier duda pueden contactar en:

Email:

irenesantandominguez@gmail.com

Telf.: 628569373

Un saludo cordial.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Fenómeno de segundas Víctimas en obstetricia:
Validación del cuestionario SVEST al contexto español

EQUIPO INVESTIGADOR:

Director	Dra. Alicia Martín Martínez
Codirector	Dr. Héctor González de la Torre
Doctoranda	Irene Santana Domínguez

CENTRO: Complejo hospitalario universitario insular materno infantil (CHUIMI)

Yo, D/Dña. _____ con DNI
manifiesto:

Que estoy conforme con pertenecer al grupo de expertos para esta investigación. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de participar en él.

También sé que puedo retirar mi consentimiento.

Si lo estimo oportuno,

Sin tener que dar explicaciones y

Sin que ello me repercuta en ningún aspecto.

Con la firma de este documento me comprometo a cumplir con los procedimientos de esta investigación, así como a guardar discreción y confidencialidad en lo referente al estado de esta investigación.

En _____ a _____ de 20_____

EL EXPERTO/A

Firma:

Anexo IX SVEST Español Preliminar 1

SVEST ESPAÑOL PRELIMINAR 1

Ítems de la encuesta

Dimensión 1

1.0 Sufrimiento psicológico

1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.

1.2 Mi participación en este tipo de casos me ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.

1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.

1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.

Dimensión 2

2.0 Sufrimiento Físico

2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.

2.2 Mi experiencia en estos sucesos puede causarme dificultad para dormir de manera normal.

2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.

2.4 Pensar en estas situaciones me hace difícil tener apetito.

Dimensión 3

3.0 Apoyo de los compañeros de trabajo

3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.

3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio.^a

3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.

3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores que haya cometido.^a

Dimensión 4

4.0 Apoyo del supervisor

Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos.^a

4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas.^a

4.3 Mi supervisor culpa a las personas.

4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente.^a

Dimensión 5

5.0 Apoyo institucional

5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.^a

5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos.^a

5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.

Dimensión 6

6.0 Apoyo no relacionado con el trabajo

6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones.^a

6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos.^a

Dimensión 7

7.0 Autoeficacia profesional

7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación con mis a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.

7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente no soy un buen profesional sanitario.

7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.

7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.^a

Dimensión 8

8.0 Intención de cambio de trabajo

8.1 Mi experiencia con estos sucesos me ha hecho desear ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.

8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.

Dimensión 9

9.0 Absentismo

9.1 La experiencia vivida con un evento adverso con un paciente o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental.

Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de dichos sucesos.

10.0 Formas de apoyo deseadas

10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo

10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos

10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.

10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo

10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente

10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.

10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia puede estarme afectando.

^a Ítems invertidos

Anexo X Cuestionario SVEST adaptado utilizado en investigación de Argentina

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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería | <input type="checkbox"/> Farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> Enfermero | <input type="checkbox"/> Personal auxiliar de farmacia |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> 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

Sigue atrás

Frente al evento de error en medicación Ud. experimentó:	Poco			Mucho	
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 XI Comunicación Brunelli

Comunicación Brunelli

Fecha	10/12/2019
Asunto	Cuestionario SVEST
Contenido	Buenas Irene, Será un gusto compartir los resultados de investigación con vos. Te adjunto la encuesta y agradezco que me mantengas al tanto. Saludos Victoria Adjunto el documento que me ha enviado, que es la encuesta.

Anexo XII Autorización Burlison uso de cuestionario original SVEST

Autorización Burlison para empleo del SVEST original.

Fecha	18/10/2019
Asunto	SVEST questionnaire Thesis
Contenido	<p>Dear Hector,</p> <p>I am both excited you are interested in our research and also that you have decided to focus your dissertation project on such an important topic. We only ask that you cite the JPS manuscript.</p> <p>There are some Irish obstetricians who are also interested in this topic, and I am not surprised because errors and unanticipated adverse events in this clinical context I expect can be especially debilitating.</p> <p>Please feel free to involve me in your efforts, as needed. Please use my work email @jonathan.burlison@stjude.org for any future correspondences as I am rarely on ResearchGate.</p> <p>All the best, Jonathan</p>

Anexo XIII Traducción 1 del SVEST (17/10/2019)

Encuesta de Experiencia y apoyo a la Segunda Víctima

Second Victim Experience and Support Survey (SVEST)

Instrucciones para los encuestados

Dimensiones de la encuesta y variables de resultado

La siguiente encuesta evaluará sus experiencias con eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Estos incidentes pueden o no haber sido debido a un error. También pueden o no incluir circunstancias que resultaron en daños al paciente o que incluso llegaron al paciente (es decir, incidente para la seguridad del paciente). Indique su nivel de conformidad con las siguientes afirmaciones según le conciernen a usted y sus propias experiencias en este hospital.

Opción de apoyo a la segunda víctima deseable

Indique su nivel de conveniencia para los siguientes tipos de apoyo que podrían ser ofrecidos por su institución para aquellos que han sido afectados negativamente por su participación en un evento adverso de seguridad del paciente. También pueden o no incluir circunstancias que resultaron en daños al paciente o que incluso llegaron al paciente (es decir, incidente para la seguridad del paciente).

Puntuación de las respuestas de la encuesta

Para utilizar las puntuaciones de este instrumento con el fin de destacar las oportunidades de mejora, se proporcionan las siguientes instrucciones para la calificación de las respuestas. El primer conjunto de instrucciones es para las siete dimensiones y las dos variables de resultado. Después de convertir las respuestas de los ítems invertidos (ver encuesta a continuación), calcule las puntuaciones medias de los participantes para cada una de las siete dimensiones, así como de las dos variables de resultado. Las respuestas se califican en una escala Likert del 1 al 5, donde las puntuaciones más altas representan mayor número de respuestas de segundas víctimas, el grado en que los recursos de apoyo son percibidos como inadecuados y el alcance de los dos resultados laborales negativos relacionados con la segunda víctima (es decir, intención de cambiar de trabajo y absentismo). Después de calcular las puntuaciones medias de cada participante, calcular el porcentaje y el número medio de respuestas que representan un acuerdo (es decir, los encuestados que tienen una dimensión media y una escala de resultado de 4.0 o superior). Esta técnica de puntuación proporcionará resultados que están limitados al alcance de los efectos negativos de las experiencias de la segunda víctima y las oportunidades para mejorar los recursos de apoyo.

Para los elementos creados con el fin de medir la conveniencia de las opciones de apoyo, las siguientes instrucciones sobre la puntuación producen resultados en los que las organizaciones pueden basarse para crear y actualizar recursos para segundas víctimas. Las respuestas para estos ítems se califican en una escala Likert de 1–5, donde una respuesta de 4 o 5 representa el deseo de la opción de apoyo y 1 o 2 representa el no deseo de opción de apoyo. Para registrar el grado de deseo o no de la opción de apoyo, calcular el porcentaje de respuestas de deseo (4 o 5) y respuestas de no deseo (1 o 2). Por lo tanto, esta puntuación generará el porcentaje de deseo y no deseo para cada opción de apoyo, y estos resultados pueden orientar los esfuerzos llevados a cabo por la institución para el apoyo.

Ítems de la encuesta

Sufrimiento psicológico

He experimentado vergüenza por estos casos.

Mi participación en este tipo de casos me ha hecho temer futuros sucesos.

Mis experiencias me han hecho sentir triste.

Siento un profundo remordimiento por mi implicación en este tipo de eventos.

Sufrimiento físico

La carga mental de mi experiencia es agotadora.

Mi experiencia con estos sucesos puede dificultarme dormir normalmente.

El estrés por estas situaciones me ha hecho sentir fatigas o náuseas.

Pensar en estas situaciones puede dificultarme tener apetito.

Apoyo de los compañeros/as

Aprecio los intentos de mis compañeros/as de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en mal momento.

Discutir lo sucedido con mis compañeros/as me da una sensación de alivio^a.

Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.

Mis compañeros/as me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores que haya cometido.

Apoyo del supervisor/a

Siento que mi supervisor/a me trata adecuadamente después de estas ocasiones^a.

Las reacciones de mi supervisor/a son justas^a.

Mi supervisor/a culpa a las personas.

Siento que mi supervisor/a evalúa estas situaciones de forma que considera la complejidad de las prácticas de atención al paciente^a.

Apoyo institucional

Mi institución entiende que los involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier efecto que pueda tener sobre los profesionales de la salud^a.

Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar los efectos de la participación en estos casos^a.

El concepto de preocupación por el bienestar de los involucrados en estas situaciones no es sólido en mi institución.

Apoyo no relacionado con el trabajo

Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras una de estas situaciones.

El cariño de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos.

Autoeficacia profesional

Después de estar involucrado/a, experimenté sentimientos de insuficiencia en relación a mis habilidades para el cuidado de pacientes.

Tras el suceso me pregunto si realmente no soy un buen profesional de la salud.

Después de este suceso, tuve miedo de intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.

Estas situaciones o sucesos no me hacen cuestionarme mis habilidades profesionales^a.

Intención de cambio de trabajo

Mi experiencia con estos sucesos me ha llevado a desear incorporarme a un trabajo fuera de la atención al paciente.

A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.

Absentismo

Tras un evento adverso con un paciente o un error médico he tenido que cogerme un parte de 24 horas por salud mental.

Me he cogido una baja tras una de estas instancias.

Formas de apoyo deseadas

La capacidad de irme de mi unidad por un tiempo.

Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarse y recomponerse tras uno de estos eventos.

Un compañero respetado con el que poder discutir los detalles de lo sucedido.

Un programa de ayuda al empleado que pueda proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del trabajo.

Una discusión con mi superior o supervisor sobre el incidente.

La oportunidad de tener una cita con un terapeuta en mi hospital para discutir el evento.

Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia puede estarme afectando.

^a Ítems invertidos.

Anexo XIV Traducción 2 del SVEST (29/10/2019)

Apéndice

Encuesta sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo (SVEST)

Instrucciones para los encuestados

Dimensiones de la encuesta y variables de resultado

La siguiente encuesta evaluará su experiencia con eventos adversos que afectan a la seguridad del paciente. Es posible que tales incidentes se debieran o no a un error. Asimismo, es posible que incluyan circunstancias que hayan causado daño al paciente o que hayan alcanzado al paciente (p. ej. un evento que haya estado cerca de poner en riesgo la seguridad del paciente). Le rogamos que a continuación indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones, en lo que respecta a usted mismo y a su experiencia en este hospital.

Conveniencia de las opciones de apoyo a las segundas víctimas

Rogamos que indique a continuación el grado de conveniencia para usted de los siguientes tipos de apoyo que su institución podría ofrecer a quienes se hayan visto afectados negativamente por haberse visto involucrados en un evento adverso para la seguridad del paciente. Es posible que tales incidentes se debieran o no a un error. Asimismo, es posible que incluyan circunstancias que hayan causado daño al paciente o que hayan alcanzado al paciente (p. ej. un evento que haya estado cerca de poner en riesgo la seguridad del paciente).

Valoración de las respuestas obtenidas en la encuesta

A continuación, se proporcionan instrucciones para evaluar las respuestas y así utilizar los resultados de esta herramienta para identificar oportunidades de mejora. La primera serie de instrucciones es para las 7 dimensiones y 2 variables de resultado. Después de convertir las respuestas de los ítems invertidos (véase el cuestionario más abajo), calcule las puntuaciones medias de los participantes para cada una de las 7 dimensiones, así como las 2 variables de resultado. Las respuestas se valoran usando la escala de Likert, del 1 al 5, en la que las puntuaciones más altas representan una mayor cantidad de respuestas de segundas víctimas, el grado en el que los recursos de apoyo se perciben como inadecuados y el alcance de los dos resultados laborales negativos relacionados con segundas víctimas (por ejemplo, las intenciones de abandono y el absentismo). Después de calcular las puntuaciones medias de cada participante, calcule el porcentaje y el número de las medias de las respuestas que representan acuerdo (es

decir, aquellos encuestados que tengan una dimensión y puntuación media de 4,0 o superior). Esta técnica de puntuación proporcionará resultados que se limitan al ámbito de los efectos negativos de las experiencias de las segundas víctimas y de las oportunidades para mejorar los recursos de apoyo.

Para aquellos ítems creados para medir la conveniencia de las opciones de apoyo, las siguientes instrucciones de puntuación ofrecen resultados en base a los cuales las instituciones pueden crear y revisar recursos de apoyo para segundas víctimas. Las respuestas a estos ítems se puntúan del 1 al 5 en la escala de Likert, en la que una respuesta de 4 o 5 representa la opción de apoyo preferida y un 1 o 2 representa la opción menos preferida. Para recoger el grado de preferencia de las opciones de apoyo, calcule el porcentaje de respuestas preferidas (puntuación de 4 o 5) y las de las respuestas que no son preferidas (de 1 o 2). Por tanto, esta puntuación proporcionará el porcentaje más o menos preferido para cada opción de apoyo y estos resultados pueden dirigir los esfuerzos de apoyo a nivel organizativo.

Ítems de la encuesta

Malestar psicológico

He experimentado vergüenza por estas situaciones.

Mi implicación en este tipo de situaciones ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.

Las experiencias vividas me han hecho sentir afligido.

Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.

Malestar físico

La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.

La experiencia que viví en estos sucesos me puede causar dificultades para dormir de manera regular.

El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.

Pensar en estas situaciones hace que sea difícil tener apetito.

Apoyo de los compañeros de trabajo

Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden darse en el momento equivocado.

Hablar de lo que pasó con mis compañeros de trabajo me genera sensación de alivio. ^a

Mis compañeros de trabajo pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido sobre mí. ^a

Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores que haya cometido. ^a

Apoyo del supervisor

Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos. ^a

Las respuestas de mi supervisor son justas. ^a

Mi supervisor culpa a los individuos.

Siento que, al evaluar estas situaciones, mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de los métodos de atención al paciente. ^a

Apoyo institucional

Mi institución comprende que quienes están involucrados pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios. ^a

Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos sucesos. ^a

La noción de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.

Apoyo no relacionado con el trabajo

Después de sucederse alguna de estas situaciones, busco apoyo emocional en mis amigos y familiares cercanos. ^a

El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a sobrellevar estos acontecimientos. ^a

Autoeficacia profesional

Tras mi implicación en algún evento, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación con mis capacidades para asistir al paciente.

La experiencia vivida hace que me pregunte si en realidad no soy un buen profesional sanitario.

Tras mi experiencia, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.

Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales. ^a

Intenciones de abandono

La experiencia vivida con estos eventos me ha llevado a querer ocupar un puesto fuera del ámbito de la asistencia sanitaria.

A veces el estrés derivado de mi implicación en estas situaciones me lleva a querer dejar mi trabajo.

Absentismo

La experiencia vivida con un evento adverso con un paciente o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental.

Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de dichos sucesos.

Formas de apoyo preferidas

La posibilidad de tomarme unos días libres alejados de mi unidad durante un corto periodo.

Un lugar tranquilo específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.

Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.

Un programa de asistencia al empleado que pueda proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.

Una conversación con mi superior inmediato o mi supervisor sobre el incidente.

La oportunidad de programar una cita con un asesor en mi hospital para comentar el evento.

Una forma confidencial para ponerse en contacto con alguien las 24 horas del día para hablar sobre la forma en la que lo que viví puede estar afectándome.

^a Ítem invertido.

Anexo XV Retrotraducción 1 SVEST Español Preliminar 1

Retrotraducción 1 (14/12/2019)

Psychological suffering

I have felt embarrassed because of these cases.

My participation in these types of cases has made me fearful of future incidents.

My experiences have made me feel sad.

I have feelings of deep regret for having been involved in these types of events in the past.

Physical suffering

The mental load that these experiences produce is overwhelming.

What I've experienced during these events can make it difficult to sleep normally.

The stress of these situations makes me feel nauseous and dizzy.

Thinking about these situations makes me lose my appetite.

Support from work colleagues

I'm grateful for the attempts of my work colleagues to console me, but their efforts can come at the wrong time.

Speaking to colleagues about what has happened brings a sense of relief.

My colleagues can be indifferent to the impact these events have had on me.

My work colleagues have helped me to feel that I'm still a good healthcare professional despite the errors I've made.

Support from my supervisor

I feel that my supervisor treats me in an appropriate manner following these events.

My supervisor's responses are fair.

My supervisor blames the people.

I feel that by evaluating these situations my supervisor takes into account the complexity of patient care practices.

Institutional support

My institution understands that those involved might need help to process and resolve possible consequences that they might have about healthcare professionals.

My institution offers a variety of resources to help me overcome the consequences of my participation in these cases.

The level of concern shown for the wellbeing of those that have been implicated in these situations isn't very high at my institution.

Non work related support

I look for emotional support from friends and close family members after any of these situations happen to me.

The love of my friends and closest family members help me overcome these events.

Professional self-efficacy

Following my involvement in some of these events, I've experienced feelings of incompetence related to my abilities to assist and care for the patients.

What I've experienced makes me wonder if I'm not actually a good healthcare professional.

Following these experiences, I've been scared to try difficult or risky procedures.

These situations don't make me question my professional abilities.

Intention to change job

My experiences with these events have made me want to change positions to something that doesn't deal directly with assisting patients.

Sometimes, the stress of being involved in these situations makes me want to leave my job.

Absence

The experience of having an adverse event with a patient or medical error has required me to take a day off for my mental health.

I've taken a few days off after some of these events.

Desired forms of support

The possibility to leave my ward for a short period of time.

A quiet place that is specifically available for me to recover and compose myself following these types of events.

A respected colleague with who I can discuss the details of what has happened.

A staff help and assistance program that can provide free advice for employees outside of the work environment.

A conversation with my superior or supervisor about the incident.

The opportunity to arrange an appointment with a therapist is my hospital to discuss the event.

The availability of a confidential 24 hour helpline to analyse how my experience could be affecting me.

Anexo XVI Retrotraducción 2 SVEST Español Preliminar 1

Retrotraducción 2 (23/12/2019)

Psychological suffering

I have experienced shame caused by these cases.

My participation in this kind of cases has made me feel afraid of future incidents.

My experiences have made me feel sad.

I feel deeply regretful for having been involved in such events in the past.

Physical Suffering

The mental load produced by the experience is exhausting.

My experiences with these incidents can cause me difficulty to sleep normally.

The stress from these situations makes me feel nauseous or dizzy.

Thinking about these situations makes it difficult for me to have an appetite.

Coworkers support

I appreciate my coworkers' attempts to comfort me, but their efforts may come at a wrong time.

Talking about what happened with my coworkers gives me a sense of relief. ^a

My coworkers may be indifferent to the impact that these situations have had on me.

My coworkers have helped me to feel that I am still a good healthcare professional despite the mistakes I made. ^a

Supervisor support

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

My supervisor's responses are fair. ^a

My supervisor blames people.

I feel that, in assessing these situations, my supervisor takes into account the complexity of patient care practices. ^a

Institutional support

My institution understands that those who are involved may need help to process and resolve any consequences that such events may have on healthcare professionals. ^a

My institution offers a variety of resources to help me overcome the consequences of my participation in these events. ^a

The concept of concern for the welfare of those who have been involved in these situations is not very strong in my institution.

Non-work related support

I look for emotional support in friends and close relatives after one of such situations happens to me. ^a

The love of my friends and closest relatives helps me overcome these events. ^a

Professional self-efficacy

After my involvement in any of these events, I have experienced feelings of incompetence in relation to my abilities to assist and care for patients.

The experience has made me wonder if I am really not a good healthcare professional.

After these experiences, I have been afraid to try difficult or high-risk procedures.

These situations do not make me question my professional skills.^a

Intention to change work

My experience with these situations has made me want to take a job outside of patient care.

Sometimes, the stress of being involved in these situations makes me want to quit my job.

Absenteeism

The experience with an adverse event with a patient or after a medical error has led me to take a day off for my mental health.

I have taken a few days off after any of these events occurred.

Desired forms of support

The possibility of leaving my unit for a short period of time.

A quiet and dedicated place that would be available to recover and recompose myself after such events.

A respected colleague with whom to comment on the details of what happened.

An employee assistance program that could provide free advice to employees outside the workplace.

A conversation with my superior or supervisor about the incident.

The opportunity to schedule an appointment with a therapist at my hospital to talk about the event.

To have confidential 24 hours contact to analyze how my experience may be affecting me.

Anexo XVII Respuesta Burlison a las retrotraducciones

Fecha	10/02/2020
Asunto	RE: Request for collaboration Doctoral Thesis SVEST second victims-Spain-Preliminar version
Contenido	Hello Hector, I think Retro#2 is a clearer translation. Not to slow down your progress but we have been working on a revised version of the survey. I offer this for your consideration as we feel the writing is clearer. Best, Jonathan

Anexo XVIII SVEST final versión preliminar 1.

SVEST FINAL VERSIÓN PRELIMINAR 1

Ítems de la encuesta

Dimensión 1

1.0 Sufrimiento psicológico

1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.

1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.

1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.

1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.

Dimensión 2

2.0 Sufrimiento Físico

2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.

2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño

2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.

2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito

Dimensión 3

3.0 Apoyo de los compañeros de trabajo

3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.

3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio.^a

3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.

3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores.^a

Dimensión 4

4.0 Apoyo del supervisor

4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos. ^a

4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas. ^a

4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.

4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente. ^a

Dimensión 5

5.0 Apoyo institucional

5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios. ^a

5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos. ^a

5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.

Dimensión 6

6.0 Apoyo no relacionado con el trabajo

6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones. ^a

6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos. ^a

Dimensión 7

7.0 Autoeficacia profesional

7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.

7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.

7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.

7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales. ^a

Dimensión 8

8.0 Intención de cambio de trabajo

8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.

8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.

Dimensión 9

9.0 Absentismo

9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.

9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.

10.0 Formas de apoyo deseadas

10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo

10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos

10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.

10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.

10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente

10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.

10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.

a Ítems invertidos

Anexo XIX SVEST Español Preliminar 2

SVEST PRELIMINAR ESPAÑOL 2

Ítems de la encuesta

Dimensión 1

1.0 Sufrimiento psicológico

1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.

1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.

1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.

1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.

Dimensión 2

2.0 Sufrimiento Físico

2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.

2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño

2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.

2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito

Dimensión 3

3.0 Apoyo de los compañeros de trabajo

3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.

3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio.^a

3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.

3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores.^a

Dimensión 4

4.0 Apoyo del supervisor

4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos. ^a

4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas. ^a

4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.

4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente. ^a

Dimensión 5

5.0 Apoyo institucional

5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios. ^a

5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos. ^a

5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.

Dimensión 6

6.0 Apoyo no relacionado con el trabajo

6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones. ^a

6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos.
^a

Dimensión 7

7.0 Autoeficacia profesional

7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.

7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.

7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.

7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales. ^a

Dimensión 8

8.0 Intención de cambio de trabajo

8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.

8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.

Dimensión 9

9.0 Absentismo

9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.

9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.

10.0 Formas de apoyo deseadas

10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo

10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos

10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.

10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.

10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente

10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.

10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome

a ítems invertidos

Anexo XX SVEST-E final fase I

SVEST Español Final

Encuesta sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo (SVEST-E)

Instrucciones para los encuestados

Dimensiones de la encuesta y variables de resultado

La siguiente encuesta evaluará su experiencia con eventos adversos que afectan a la seguridad del paciente. Es posible que tales incidentes se debieran o no a un error. Asimismo, es posible que incluyan circunstancias que hayan causado daño al paciente o que hayan alcanzado al paciente (p. ej. un evento que haya estado cerca de poner en riesgo la seguridad del paciente). Le rogamos que a continuación indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones, en lo que respecta a usted mismo y a su experiencia en este hospital.

Conveniencia de las opciones de apoyo a las segundas víctimas

Rogamos que indique a continuación el grado de conveniencia para usted de los siguientes tipos de apoyo que su institución podría ofrecer a quienes se hayan visto afectados negativamente por haberse visto involucrados en un evento adverso para la seguridad del paciente. Es posible que tales incidentes se debieran o no a un error. Asimismo, es posible que incluyan circunstancias que hayan causado daño al paciente o que hayan alcanzado al paciente (p. ej. un evento que haya estado cerca de poner en riesgo la seguridad del paciente).

Valoración de las respuestas obtenidas en la encuesta

A continuación, se proporcionan instrucciones para evaluar las respuestas y así utilizar los resultados de esta herramienta para identificar oportunidades de mejora.

La primera serie de instrucciones es para las 7 dimensiones y 2 variables de resultado. Después de convertir las respuestas de los ítems invertidos (véase el cuestionario más abajo), calcule las puntuaciones medias de los participantes para cada una de las 7 dimensiones, así como las 2 variables de resultado. Las respuestas se valoran usando la escala de Likert, del 1 al 5, en la que las puntuaciones más altas representan una mayor cantidad de respuestas de segundas víctimas, el grado en el que los recursos de apoyo se perciben como inadecuados y el alcance de los dos resultados laborales negativos relacionados con segundas víctimas (por ejemplo, las intenciones de abandono y el absentismo). Después de calcular las puntuaciones medias de cada participante, calcule

el porcentaje y el número de las medias de las respuestas que representan acuerdo (es decir, aquellos encuestados que tengan una dimensión y puntuación media de 4,0 o superior). Esta técnica de puntuación proporcionará resultados que se limitan al ámbito de los efectos negativos de las experiencias de las segundas víctimas y de las oportunidades para mejorar los recursos de apoyo.

Para aquellos ítems creados para medir la conveniencia de las opciones de apoyo, las siguientes instrucciones de puntuación ofrecen resultados en base a los cuales las instituciones pueden crear y revisar recursos de apoyo para segundas víctimas. Las respuestas a estos ítems se puntúan del 1 al 5 en la escala de Likert, en la que una respuesta de 4 o 5 representa la opción de apoyo preferida y un 1 o 2 representa la opción menos preferida. Para recoger el grado de preferencia de las opciones de apoyo, calcule el porcentaje de respuestas preferidas (puntuación de 4 o 5) y las de las respuestas que no son preferidas (de 1 o 2). Por tanto, esta puntuación proporcionará el porcentaje más o menos preferido para cada opción de apoyo y estos resultados pueden dirigir los esfuerzos de apoyo a nivel organizativo.

Ítems de la encuesta

Las Dimensiones 1-9 se puntúan con la siguiente escala Likert:

- 1 - Totalmente en desacuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 3 - Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- 4 - De acuerdo
- 5 - Totalmente de acuerdo

Dimensión 1 - Sufrimiento psicológico	1	2	3	4	5
1.1 He experimentado vergüenza por estos casos.					
1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.					
1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.					
1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.					
Dimensión 2 - Sufrimiento Físico	1	2	3	4	5
2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.					
2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.					
2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.					
2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.					
Dimensión 3 - Apoyo de los compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento					

equivocado.					
3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio _R .					
3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.					
3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores _R .					
Dimensión 4 - Apoyo del supervisor	1	2	3	4	5
4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos _R .					
4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas _R .					
4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.					
4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente _R .					
Dimensión 5 - Apoyo institucional	1	2	3	4	5
5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios _R .					
5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos _R .					
5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.					
Dimensión 6 - Apoyo no relacionado con el trabajo	1	2	3	4	5
6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones _R .					
6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos _R .					
Dimensión 7 - Autoeficacia profesional	1	2	3	4	5
7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia en relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.					
7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.					
7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.					
7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales _R .					
Dimensión 8 - Intención de cambio de trabajo	1	2	3	4	5
8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.					
8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.					
Dimensión 9 - Absentismo	1	2	3	4	5
9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.					

9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.					
---	--	--	--	--	--

Las formas de apoyo deseadas se puntúan con la siguiente escala Likert:

- 1- No deseado
- 2 - Poco deseado
- 3 - Ni deseado ni no deseado
- 4 - Deseado
- 5 - Muy deseado

10 - Formas de apoyo deseadas	1	2	3	4	5
10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.					
10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.					
10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.					
10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.					
10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.					
10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.					
10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.					

R ítems invertidos

Anexo XXI Recomendaciones STROBE

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Anexo XXII Formato del consentimiento informado del cuestionario de SVEST- E online

Encuesta sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo

SVEST- Español

Consentimiento informado

Estimado Sanitario/a,

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. La participación en este estudio es completamente voluntaria.

Identificación y descripción del estudio

El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, consiste en valorar el fenómeno de segundas víctimas en el contexto Español en los profesionales de la rama de la obstetricia Tocólogos y Matronas.

Siendo la segunda víctima todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso y/o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima". Este fenómeno conlleva sufrimiento, inseguridad, pérdida de reputación y más aspectos negativos para los profesionales sanitarios, lo que tiene un impacto directo en la calidad de la vida laboral y repercute en el propio Sistema Nacional de Salud.

Ejemplo: Cuando ocurre un incidente durante el parto, la primera víctima es la mujer o recién nacido y la segunda víctima es el profesional sanitario.

Por tanto, todos podemos ser segundas víctimas. Es importante visualizar este fenómeno, ver cómo nos sentimos y que formas de apoyo necesitamos.

Objetivo que se espera alcanzar

El propósito de este estudio es:

Evaluar con el cuestionario SVEST-E la experiencia de segunda víctima del personal sanitario español en el campo de la obstetricia (Obstetras y Matronas).

Confidencialidad:

Accede a participar en este estudio bajo los siguientes supuestos:

1. Que mi participación es voluntaria.
2. Que se preservará en todo momento mi anonimato.
3. Que los datos sólo serán usados para la finalidad inicial con la que fueron solicitados.

Se le identificará con un código y la información personal de sus archivos no será distribuida o cedida a terceras personas en ningún momento. En este sentido, no se le identificará personalmente en las publicaciones escritas o seminarios en los que se pudieran exponer los resultados de este estudio.

Su participación consiste en cumplimentar un formulario que le llevará menos de diez minutos. .

Para cualquier duda, pregunta o cuestión, puede ponerse en contacto en el correo infosvest@gmail.com

Muchas gracias por toda su colaboración.

Esta investigación ha sido Aprobada el 24/04/2020 por el control de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN) con código CEIm HUGCDN: 2020-140-1

[Entrar al cuestionario](#)

Anexo XXIII Característica variables cuestionario

Tabla 43 Variable demográfica: Sexo

Campo	Sexo
Código	CMP1
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Hombre Mujer
Dependencia	No

Tabla 44 Variable demográfica: Año de nacimiento

Campo	Año de nacimiento
Código	CMP2
Obligatorio	Sí
Tipo	Numérico
Opciones	1920 - 2020
Dependencia	No

Tabla 45 Variable demográfica: Estado civil

Campo	Estado civil
Código	CMP3
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Otros
Dependencia	No

Tabla 46 Variable demográfica: Categoría profesional

Campo	Categoría profesional
Código	CMP4
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Tocólogo Matrona
Dependencia	No

Tabla 47 Variable demográfica: Nivel de estudios máximos alcanzados

Campo	Nivel de estudios máximo alcanzado
Código	CMP5
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Universitario Experto Máster Doctorado Otros
Dependencia	No

Tabla 48 Variable demográfica: Años de experiencia

Campo	Años de experiencia (Matrón/Tocólogo)
Código	CMP6
Obligatorio	Sí
Tipo	Numérico
Opciones	0-80
Dependencia	No

Tabla 49 Variable demográfica: Centro de trabajo

Campo	Centro en que trabaja
Código	CMP7
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Público Privado otros
Dependencia	No

Tabla 50 Variable demográfica: Unidad - Departamento

Campo	Unidad - Departamento
Código	CMP8
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Atención especializada hospital Atención no especializada centro de salud
Dependencia	No

Tabla 51 Variable demográfica: Comunidad autónoma

Campo	Comunidad autónoma donde trabaja
Código	CMP9
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Andalucía Aragón Principado de Asturias Islas Baleares Canarias Cantabria Castilla la Mancha Castilla y león Cataluña Ceuta Comunidad Valenciana Extremadura Galicia La Rioja Comunidad de Madrid Melilla Región de Murcia Comunidad Foral de Navarra País Vasco
Dependencia	No

Tabla 52 Variable demográfica: Término de segunda víctima

Campo	¿Conoce el término de segunda víctima?
Código	CMP10
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Nulo- Nunca he escuchado hablar del término Medio- He escuchado el término y conozco su significado previamente Alto – tengo conocimientos amplios sobre el tema
Dependencia	No

Tabla 53 Variable demográfica: Programas de apoyo

Campo	¿Existe en su centro programas de apoyo a la segunda víctima?
Código	CMP11
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Sí No No sabe
Dependencia	No

Tabla 54 Variable demográfica: Segunda víctima

Campo	¿Ha sido segunda víctima en algún momento?
Código	CMP12
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Sí No
Dependencia	No

Tabla 55 Variable demográfica: Tiempo transcurrido EA

Campo	¿Cuánto tiempo hace aproximadamente?
Código	CMP12.1
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Menos de 1 año Entre 1 año y 2 años Más de 3 años No recuerdo
Dependencia	CMP12

Tabla 56 Variable demográfica: Registro de EA

Campo	¿Informó del suceso?
Código	CAMP12.2
Obligatorio	Sí
Tipo	Desplegable
Opciones	Sí No
Dependencia	CMP12

Anexo XXIV Boletín oficial Asociación Española de matronas

ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS Y MEDIOS DE APOYO

Se trata de estudio observacional descriptivo transversal, que pretende valorar el fenómeno de segundas víctimas en el contexto español entre los profesionales de la rama de la obstetricia, matronas y tocólogos. Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso y/o una lesión relacionada con el paciente, no esperada, se convierte en la segunda víctima.

Este fenómeno conlleva sufrimiento, inseguridad, pérdida de reputación y más aspectos negativos para los profesionales sanitarios, lo que tiene un impacto directo en la calidad de la vida laboral y repercute en el propio Sistema Nacional de Salud.

Ejemplo: Cuando ocurre un incidente durante el parto, la primera víctima es la mujer o recién nacido y la segunda víctima es el profesional sanitario.

Por tanto, todos podemos ser segundas víctimas. Es importante visualizar este fenómeno, ver cómo nos sentimos y que formas de apoyo necesitamos.

El propósito de este estudio es: Evaluar con el cuestionario SVEST-E la experiencia de segunda víctima del personal sanitario español en el campo de la obstetricia (Obstetras y Matronas).

Rogamos tu participación y lo agradecemos de antemano.

Equipo Investigador

Esta investigación ha sido Aprobada el 24/04/2020 por el control de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN) con código CEIm HUGCDN: 2020-140-1

Acceder al cuestionario:

<https://www.svest.es>,

Usuario: 2020
Contraseña: 2020

Todos podemos serlo

Mañana te puede tocar a ti



Anexo XXV SVEST español propuesto (modelo 5 factores)

SVEST español

Dimensión 1: Formas de Apoyo Deseadas

- 1.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.
- 1.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.
- 1.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.
- 1.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar a asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.
- 1.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.
- 1.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.
- 1.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.

Dimensión 2: Variable resultado

- 2.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.
- 2.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.
- 2.3 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.
- 2.4 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.

Dimensión 3: Sufrimiento Físico

- 3.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.
- 3.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.
- 3.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.
- 3.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.

Dimensión 4: Recursos profesionales

- 4.1 He experimentado vergüenza por estos casos.
- 4.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.
- 4.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.
- 4.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.
- 4.5 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.
- 4.6 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.
- 4.7 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.
- 4.8 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.
- 4.9 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.
- 4.10 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.
- 4.11 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.
- 4.12 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.
- 4.13 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.
- 4.14 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.

Dimensión 5: Apoyo disponible

- 5.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*.
- 5.2 Las respuestas de mi supervisor son justas*.
- 5.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.

5.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*.

5.5 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*.

5.6 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*.

5.7 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.

INSTRUCCIONES

Factor 1 "Las formas de apoyo deseadas" se puntúan con la siguiente escala Likert: 1 - No deseado 2 - Poco deseado 3 - Ni deseado ni no deseado 4 - Deseado 5 - Muy deseado.

Factor 2, 3, 4 y 5 se puntúan con la siguiente escala Likert: 1 - Totalmente en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4 - De acuerdo 5 - Totalmente de acuerdo.

*Items invertidos.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

12 Artículos científicos

- Artículo Fase I:
Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E).
- Artículo Fase II:
Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Second Victim Experience and Support Tool Questionnaire.
- Artículo Fase III:
Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians.



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL

Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST-E)

Irene Santana-Domínguez^{a,b}, Héctor González-de la Torre^{a,c,*} y Alicia Martín-Martínez^{a,b}

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Servicio Canario de Salud, Las Palmas, España

^b Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^c Universidad de La Laguna. Sede La Palma, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 13 de agosto de 2020; aceptado el 6 de diciembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente;
Errores médicos;
Estudios de validación

Resumen

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural del cuestionario *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) al contexto español, así como evaluar la validez de contenido.

Método: Traducción y adaptación transcultural de un instrumento de medida mediante la traducción y retrotraducción y pilotaje con la participación de 20 profesionales sanitarios. La validación de contenido se realizó con la participación de diez expertos. Se calculó la validez de contenido de cada ítem (CVI-I), índice de validez de contenido por experto (CVI-E) y la validez de contenido total (CVI-T) para el cuestionario. Se realizó corrección del probable acuerdo al azar y el cálculo estadístico del Kappa modificado para cada ítem del instrumento.

Resultados: El instrumento final obtenido (SVEST-E) posee un CVI-Total de 0,87 y consta de 36 ítems totales, subdivididos en siete dimensiones, dos variables resultado y una sección de formas de apoyo, manteniendo la misma estructura de que el cuestionario original. Treinta ítems mostraron una CVI-I con valores por encima de $\geq 0,79$.

Conclusiones: El cuestionario SVEST-E preserva la equivalencia con el original y es un instrumento con una adecuada validez de contenido para medir la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios en España.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hegontor@gmail.com (H. González-de la Torre).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.042>

1130-8621/© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient safety;
Medical errors;
Validation studies

Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire

Abstract

Objectives: To carry out a cross-cultural adaptation of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) questionnaire to the Spanish context, and to evaluate its content validity (CVI).

Methods: The translation and cultural adaptation of a measuring instrument by means of translation and back translation conducted through the participation of 20 health professionals. The content validation was carried out through the participation of 10 experts. The content validity of each item (CVI-I), the content validity index per expert (CVI-E) and the content validity total (CVI-T) were calculated for the questionnaire. Corrections were carried out for probable random agreement and the statistical calculation Kappa (K^*) modified for each item of the instrument.

Results: The final instrument obtained (SVEST-E) has a CVI-Total of 0.87 and consists of 36 total items, subdivided into 7 dimensions, 2 outcome variables and a support option section maintaining the same structure as the original questionnaire. Thirty items had a CVI-I with values over ≥ 0.79 .

Conclusions: The SVEST-E questionnaire is an equivalent of the original and is an instrument that could help to evaluate the second victim experiences of healthcare professionals in our country. It is an instrument with adequate content validity to measure the experience of second victims in health professionals in our country.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

En el estudio de los eventos adversos y de la seguridad del paciente, existe un interés creciente por el impacto en las segundas víctimas. La única herramienta validada existente para la evaluación del fenómeno de las segundas víctimas es la *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST), la cual ha sido utilizada en diversos entornos y países.

¿Qué aporta?

Este estudio realiza la adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español, el SVEST-E, así como su validación de contenido. A la espera de su utilización en estudios de campo con profesionales sanitarios con el fin de comprobar otras propiedades psicométricas de este cuestionario, esta investigación confirma la validez del cuestionario SVEST-E para medir la experiencia como segundas víctimas de los profesionales sanitarios en España.

Introducción

La seguridad del paciente ha sido definida como la prevención de los errores y efectos adversos ocasionados por la asistencia sanitaria, es decir, no ocasionar daños a los

pacientes^{1,2}. Sin embargo toda asistencia sanitaria admite un rango de error². Según el estudio «*To Err is Human*» divulgado por el *Institute of Medicine* en 1999, los pacientes en ocasiones soportan lesiones o daños como resultado de la asistencia sanitaria, es decir eventos adversos³. Los resultados y conclusiones de este estudio impulsaron un espectacular cambio en la forma de concebir la calidad en las instituciones sanitarias^{2,4}. El estudio de los eventos adversos, su frecuencia, causas y consecuencias ha tenido un marcado auge en las últimas dos décadas y actualmente se evalúan en todo el mundo métodos y sistemas para disminuir los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria para los pacientes^{4,5}.

En España, un estudio sobre seguridad del paciente en Atención Primaria estimó la prevalencia de eventos adversos en este ámbito en un 11%, acumulando un 7% de los pacientes más de un evento adverso⁶. De manera similar un estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización calculó que un 10% de los pacientes asistidos en un hospital padecen cada año un evento adverso⁷. De ellos, más de la mitad podrían haber sido evitados⁷. Aunque la mayor parte de los daños derivados de estos eventos adversos tienen consecuencias leves, un porcentaje variable según los estudios pueden llegar a permanentes o graves, incluso derivar en la muerte del paciente^{8,9}.

Cuando tiene lugar un evento adverso, el paciente y sus familiares son los primeros afectados, las primeras víctimas. Pero en la génesis y/o desarrollo de estos eventos están generalmente implicados uno o varios profesionales sanitarios, padeciendo también las consecuencias negativas del evento, aunque sea a otro nivel; son las denominadas segundas víctimas^{10,11}.

El término de «Segunda víctima» («*second victim*» en inglés original) es un término formulado por Wu en el año 2000, cuya definición es: «Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima»¹².

A pesar de ser una temática relativamente reciente, ésta ha despertado gran interés en los últimos años^{10,11,13}. Este fenómeno puede conllevar, para aquellos profesionales sanitarios que lo padecen, dolor, sufrimiento, incertidumbre, merma de la reputación y repercusiones negativas en su salud^{10,11,13,14}. Además causa un impacto económico y reputacional importante a los sistemas sanitarios y sus instituciones¹⁰.

El abordaje de los errores sanitarios está cambiando en la actualidad¹⁵. Desde un antiguo modelo punitivo donde se buscaba señalar a la persona o grupo responsable del evento adverso, y que explicaba la génesis del evento en la falta de iniciativa, interés, voluntad en estos, se ha pasado al modelo actual que acepta que las personas cometen errores y acepta que estos son inherentes a la atención sanitaria^{10,11,15}. La ocurrencia de eventos adversos debe entenderse como una oportunidad de mejora tanto para los profesionales como para las instituciones donde éstos prestan servicios respecto a la atención que brindan a los pacientes¹⁵. El profesional sanitario más que un causante directo, es un componente más del proceso. Solo un análisis de todos los factores involucrados en la etiología de los eventos adversos puede aportar información válida que evite la repetición de estos.

Una parte de este análisis debería incluir la evaluación, atención y soporte del profesional involucrado en este tipo de eventos, la segunda víctima^{10,11,13,14}. Sin embargo existe una carencia de instrumentos o herramientas para ello. En la actualidad la única herramienta validada para la evaluación del fenómeno de las segundas víctimas es la SVEST¹⁵. Este instrumento funciona como un cuestionario que mide específicamente el fenómeno de las segundas víctimas y ha sido validado y utilizado en diversos entornos y países¹⁶⁻¹⁹. Aunque está traducido al castellano, esta versión se validó para un país y entorno diferente al nuestro, Argentina¹⁶.

Por ello este estudio se ha marcado como objetivo la adaptación transcultural del cuestionario SVEST al contexto español, así como evaluar la validez de contenido.

Método

Diseño del estudio

Traducción y adaptación transcultural de un instrumento de medida. Se utilizó el método de traducción-retrotraducción, pilotaje y valoración por un panel de expertos²⁰, en consonancia con los métodos empleados en las adaptaciones transculturales del cuestionario SVEST en otros países (Argentina¹⁶, Corea¹⁷ y China¹⁸). El proceso se llevó a cabo de octubre de 2019 a mayo de 2020.

Instrumento de origen

El cuestionario SVEST fue desarrollado por Burlison JD et al. en EE. UU. en 2014 con el objetivo de medir la experiencia de segunda víctima en el personal sanitario¹⁵. El cuestionario

considera siete dimensiones: Sufrimiento psicológico (cuatro ítems), Sufrimiento físico (cuatro ítems), Apoyo de los compañeros de trabajo (cuatro ítems), Apoyo del supervisor (cuatro ítems), Apoyo institucional (tres ítems), Apoyo no relacionado con el trabajo (dos ítems) y Autoeficacia personal (cuatro ítems). El instrumento también valora dos variables resultado: Intención de cambio de trabajo (dos ítems) y Absentismo (dos ítems). Además, aporta un apartado con siete ítems como opciones de respuesta para que la segunda víctima refleje sus preferencias sobre formas de apoyo deseadas por parte de las instituciones.

Para obtener la puntuación de las siete dimensiones y las variables resultado se utiliza una escala Likert de 5 puntos, con una puntuación que va desde el 1 («Totalmente en desacuerdo») hasta 5 («Totalmente de acuerdo»). Las puntuaciones más altas están asociadas a una mayor experiencia y sentimiento de segunda víctima en el profesional.

Las respuestas para la sección de formas de apoyo deseadas también se puntúan con una escala Likert de 1-5, donde 1 representa «Fuertemente no deseada» y 5 «Deseo fuerte».

Adaptación transcultural

Con el objetivo de obtener la equivalencia semántica y conceptual del instrumento se realizaron las siguientes fases que se especifican a continuación²⁰.

Inicialmente, se realizó una comprobación del registro de la propiedad intelectual, contactándose con el autor del cuestionario original para solicitar su aprobación, obteniendo su autorización.

En una primera fase, dos traductores realizaron dos traducciones del cuestionario original del idioma origen (inglés) al castellano. La primera traductora era profesional de la sanidad (matrona), tenía idioma nativo español, pero era bilingüe desde la infancia para idioma inglés y había cursado sus estudios profesionales en Inglaterra. La segunda era traductora profesional, nativa inglesa con buen manejo del español y experiencia en la traducción de informes médicos. La primera traductora tenía conocimientos sobre el tema de las segundas víctimas, mientras que la segunda no.

A ambas traductoras se les solicitó que evaluaran la dificultad que habían objetivado al realizar las traducciones, ofertando tres opciones posibles para ello (nivel difícil/nivel medio/nivel fácil).

En una segunda fase ambas traducciones fueron analizadas y discutidas por el equipo investigador, una ginecóloga y dos matronas, llegando a consenso sobre las modificaciones pertinentes, obteniendo así una versión unificada de las mismas (versión preliminar 1 del SVEST-E). Como método adicional para esta versión, se realizó una comparación con la adaptación argentina del SVEST (mismo idioma, pero distinto país y contexto) cedida por su autora¹⁶.

En la tercera fase se realizó la retrotraducción de la versión preliminar 1 del SVEST-E mediante dos traductores profesionales bilingües independientes (el primero nativo inglés y el segundo nativo español), siendo estos traductores distintos a los de la primera fase. Estos traductores no eran conocedores del tema de estudio.

Ambos traductores cumplimentaron la misma prueba de evaluación de dificultad que las primeras traductoras.

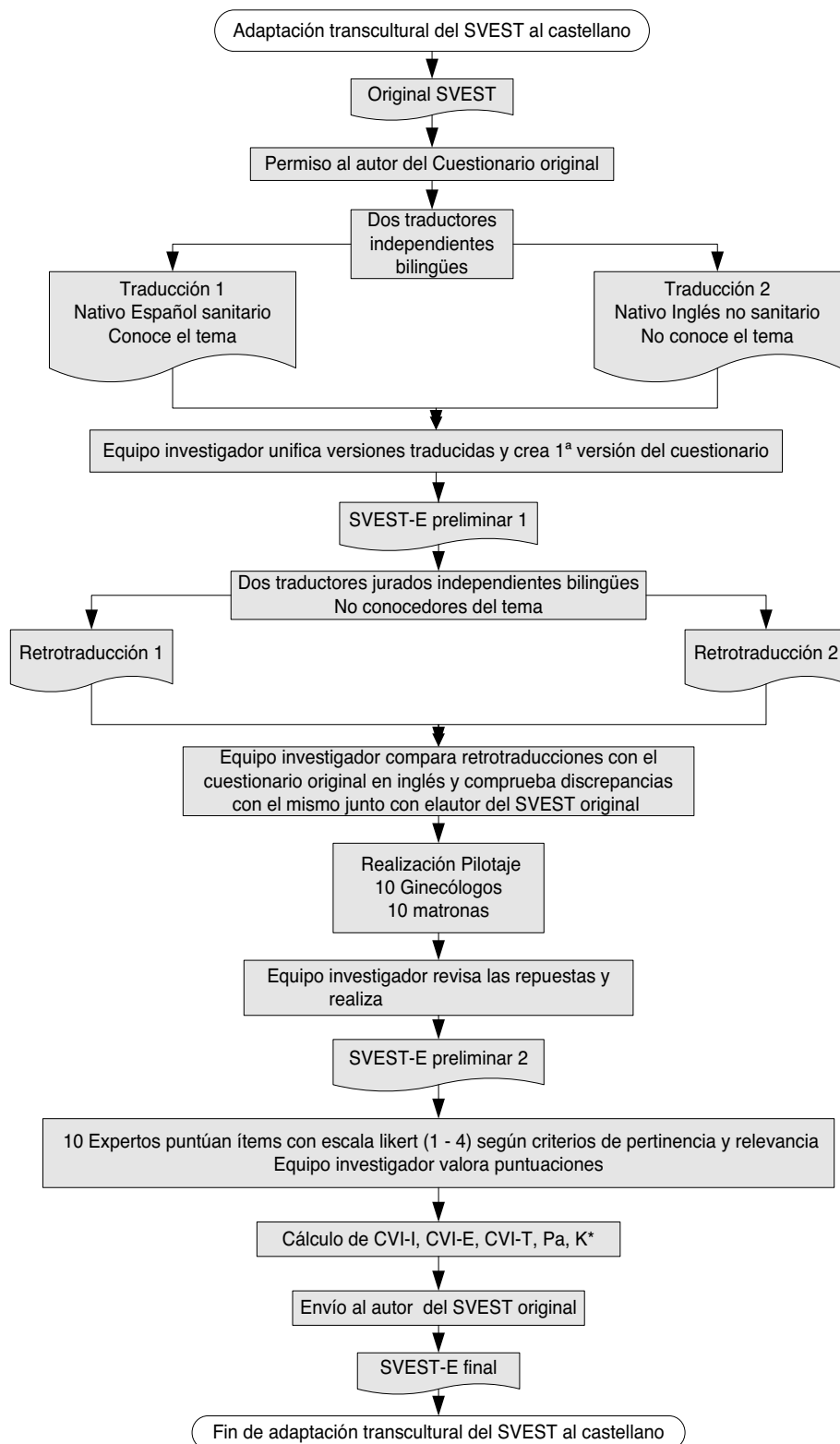


Figura 1 Diagrama del proceso de adaptación transcultural del SVEST.

Una vez obtenidas las retrotraducciones, estas fueron comparadas con la versión original del cuestionario por el equipo investigador y enviadas al autor original para su evaluación. En la figura 1 se resumen todas las fases del proceso de adaptación transcultural.

Aplicabilidad del instrumento

Se empleó un pilotaje para estimar la factibilidad y viabilidad del instrumento, así como su adecuación cultural. Éste estuvo basado en la identificación de ítems ambiguos,

posibles errores y conflictos de comprensión de los ítems. También se valoró el tiempo de respuesta que conllevaba su cumplimentación. Los profesionales participantes se eligieron mediante muestreo no probabilístico de conveniencia a criterio del equipo investigador. Un total de 20 profesionales (10 ginecólogos y 10 matronas) participaron en este pilotaje, a los que se les hizo llegar el cuestionario vía email. Para esto se diseñó un formulario electrónico, mediante una plataforma de encuestas online segura (*Google Forms*) siguiendo las recomendaciones de las normas CHERRIES²¹. Este pretest se realizó durante abril de 2020.

A partir de las sugerencias adquiridas de este proceso se confeccionó la versión preliminar 2 del SVEST-E.

Validación de contenido

Para evaluar la validez de contenido se empleó la prueba de expertos descrita por Polit y Beck²², el cual se fundamenta en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos, para poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. El panel de expertos estuvo configurado por 10 profesionales, que fueron elegidos por muestreo no probabilístico de conveniencia por el equipo investigador. Los criterios de selección buscaban la diversidad en aspectos como: nivel académico, años de experiencia, ámbito, categoría profesional y conocimiento sobre el tema de las segundas víctimas.

A cada uno de ellos se les asignó un código conocido únicamente por los integrantes del equipo investigador para guardar el anonimato. Cada experto puntuó los ítems de la versión preliminar 2 del SVEST-E, según criterios de pertinencia y relevancia, con el empleo de una escala Likert del 1 al 4 (de menor a mayor importancia). Para recopilar estas puntuaciones fue empleada la misma plataforma que fue utilizada en la fase previa de pilotaje.

Con las puntuaciones aportadas por los expertos, se calculó la validez de contenido de cada ítem (CVI-I), índice de validez de contenido por experto (CVI-E) y la validez de contenido total (CVI-T). Para asegurar la validez de los ítems en el cálculo del índice de validez de contenido se realizó la corrección del probable acuerdo al azar (Pa) mediante la fórmula $Pa = [N! / (A!(N-A)!)] * 0,5^N$, donde N = n° experto y A = n de acuerdo con buena relevancia y el cálculo estadístico del Kappa modificado ($K^* = (CVI-i-Pa) / (1-Pa)$) para cada ítem del instrumento. Los criterios de evaluación del K* fueron los descritos por Polit et al. (Pobre: valores $K^* < 0,39$; Moderado: valores $K^* = 0,40-0,59$; Bueno: valores $K^* = 0,60-0,74$; Excelente: valores $K^* > 0,74$)²³. Por último, se contactó nuevamente con el autor original del cuestionario, informándole de los valores obtenidos en esta fase y de la versión final obtenida (SVEST-E).

Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación/Comité de ética de la Investigación con medicamentos (CEI/CEIm) HUGC Dr. Negrín con el código 2020-140-1. Además, a cada profesional participante se le explicó el proyecto en su totalidad y se obtuvo su consentimiento informado.

Resultados

Traducción y Adaptación transcultural

Las traductoras iniciales coincidieron en sus puntuaciones respecto a la dificultad de la traducción, otorgándoles a éstas el nivel «fácil». La revisión por el equipo investigador de las dos primeras versiones traducidas no reveló fallos ni erratas importantes.

La versión unificada y comparada con la adaptada en Argentina mostró una similitud superior al 80% en contenido, con alguna sutil diferencia lingüística y conceptual.

Los dos traductores profesionales que realizaron las retrotraducciones también las calificaron como «fácil». El equipo investigador comparó el cuestionario original con las dos retrotraducciones, no encontrando diferencias significativas entre las dos versiones. El autor original también las examinó, y si bien una de ellas le pareció más clara (Retrotraducción 2), afirmó que ninguna provocaba desviación sustancial de su cuestionario original y que existía equivalencia semántica y conceptual, siendo fiel al SVEST original.

Aplicabilidad del instrumento

Los participantes (10 ginecólogos y 10 matronas) fueron en su mayoría mujeres (18/90%) con una media de 38,4 años (DE = 2,7 años), el 100% con nacionalidad española y profesionales asistenciales del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de las Palmas de Gran Canaria (Hospital de tercer nivel).

La prueba de pilotaje detectó la necesidad de cambios de sintaxis en 11 ítems para mejorar la comprensión de los mismos, que fueron consensuadas por el equipo investigador y que no supusieron cambios sustanciales importantes en los mismos. No se añadió ni eliminó ningún ítem.

El tiempo promedio de duración de la encuesta en el pretest fue de 10,3 minutos (DE = 1,4 minutos).

Validación de contenido

El grupo de expertos estuvo compuesto por 6 médicos y 4 enfermeras. Otras características de los expertos se detallan en la tabla 1. En la tabla 2 se pueden consultar los valores de CVI-I para cada ítem. Treinta ítems (83,3%) de los treinta y seis ítems que componen el cuestionario SVEST-E mostraron una excelente CVI-I con valores por encima de $\geq 0,79$, tres ítems mostraron buena validez de contenido CVI-I con valores entre $\leq 0,79$ y $\geq 0,70$ (ítems 7.4, 9.1, 10.7) y otros tres ítems mostraron una menor validez de contenido con valores inferiores a $\leq 0,70$ (ítems 4.3, 10.1, 10.2). En la tabla 2 se pueden consultar los valores de CVI-I para cada ítem. Los CVI-E para cada experto oscilaron entre valores de 1 (cuatro expertos) y 0,58 (un experto) (tabla 3).

Instrumento final

El instrumento final obtenido denominado SVEST-E posee un CVI-Total de 0,87 y consta de 36 ítems totales, subdivididos en siete dimensiones (25 ítems), dos variables resultado

Tabla 1 Ocupación, años de experiencia, ámbito y nivel académico de los expertos

	Puesto que ocupa	Años de experiencia profesional	Ámbito	Nivel académico
Experto 1	Coordinador de calidad del Hospital	31 años	Asistencial Gestor	Licenciatura Medicina y Cirugía Postgrado Urgencias Hospitalarias Máster Gestión de la Calidad Doctor Medicina
Experto 2	Ginecólogo Jefa de sección	22 años	Asistencial Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista Obstetricia y Ginecología
Experto 3	Ginecólogo Jefa de sección	30 años	Asistencial Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Máster Bioética Doctor Medicina
Experto 4	Matrona	31 años	Asistencial	Diplomatura Enfermería Especialista Obstetricia y Ginecología
Experto 5	Profesor Titular de Universidad	21 años	Docencia	Diplomatura Enfermería Doctor en Ciencias de la Salud
Experto 6	Anestesiista	11 años	Asistencial Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista en Anestesiología y Reanimación Doctor Medicina
Experto 7	Matrona	4 años	Asistencial	Diplomatura Enfermería Especialista Obstetricia y Ginecología
Experto 8	Matrona Supervisora General	40 años	Gestor	Diplomatura Enfermería Especialista Obstetricia y Ginecología
Experto 9	Pediatra Profesor Asociado de Universidad	30 años	Asistencial Docente	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista en Pediatría Doctor Medicina
Experto 10	Ginecólogo Jefe de Servicio Jefe de Departamento de Universidad	38 años	Asistencial Gestor Docencia	Licenciatura Medicina y Cirugía Especialista Obstetricia y Ginecología Doctor Medicina Catedrático

(cuatro ítems) y una sección de formas de apoyo (siete ítems de respuesta de apoyo), manteniendo la misma estructura de ítems y secciones que el cuestionario original. El cuestionario final obtenido puede consultarse en la tabla 4.

Discusión

El SVEST es la única herramienta que existe actualmente para medir el fenómeno de las segundas víctimas¹⁵. Ha sido validada y utilizada previamente en diferentes contextos y países^{16-19,24}, excepto en España.

Aunque existe una versión en castellano, esta versión fue validada en otro país, Argentina¹⁶. Actualmente existe la recomendación de realizar una adaptación transcultural de cualquier instrumento de medida, pues pueden existir aspectos lingüísticos, connotaciones culturales o variaciones que afecten a la fiabilidad del instrumento^{20,25}.

Debido a que este trabajo se enmarca en un proyecto más amplio sobre el fenómeno de las segundas víctimas en nuestro país, se realizó una adaptación transcultural

completa, iniciando el proceso desde el cuestionario original¹⁵ y obviando la versión argentina¹⁶, aunque ésta fue utilizada como elemento comparativo.

No existe un método estándar para la realización de adaptaciones transculturales de herramientas de medida como los cuestionarios, existiendo variaciones metodológicas según se consulte una u otra fuente^{20,25}. En esta investigación se ha seguido un método que se ajusta a las recomendaciones generales propuestas para ello²⁰.

El cálculo del CVI proporciona evidencia de la validez de contenido del instrumento y es frecuentemente utilizado por su facilidad de cálculo y simplicidad²². Esta prueba también ha sido utilizada en anteriores validaciones del SVEST, como en la versión coreana¹⁷ o china¹⁸, no así la versión argentina¹⁶.

El CVI, a pesar de haber sido ampliamente utilizado, ha sido objeto de debate ya que algunos autores lo critican por ser un sistema muy sensible al número de expertos y porque argumentan las opiniones de expertos sobre la pertinencia

Tabla 2 Análisis de la validez de contenido por ítem

Ítems	Número de expertos que puntúan con 3 o 4	CVI-I*	Pa**	K***	Evaluación****
1.1	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
1.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
1.3	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
1.4	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
2.1	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
2.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
2.3	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
2.4	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
3.1	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
3.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
3.3	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
3.4	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
4.1	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
4.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
4.3	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
4.4	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.1	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.2	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
5.3	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
6.1	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
6.2	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
7.1	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
7.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
7.3	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
7.4	7	0,70	0,117	0,66	Bueno
8.1	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
8.2	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
9.1	7	0,70	0,117	0,66	Bueno
9.2	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
10.1	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
10.2	6	0,60	0,205	0,50	Moderado
10.3	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
10.4	9	0,90	0,010	0,90	Excelente
10.5	10	1,00	0,001	1,00	Excelente
10.6	8	0,80	0,044	0,79	Excelente
10.7	7	0,70	0,117	0,66	Bueno

* CVI-I: Validez de contenido por cada ítem.

** Pa: Probabilidad acuerdo por azar.

*** K*: Kappa modificado.

**** Criterios de evaluación aplicados K*.

Tabla 3 Índice de validez de contenido para cada experto

Expertos	Índice de validez de contenido individual para cada experto (CVI-E)
Experto 1	0,77
Experto 2	1
Experto 3	0,83
Experto 4	1
Experto 5	1
Experto 6	0,91
Experto 7	1
Experto 8	0,58
Experto 9	0,86
Experto 10	0,75

o representatividad del contenido de un instrumento, por lo que no se deben interpretar como sinónimo de validez²⁶.

Por ello, existe la recomendación de reclutar entre 8-12 expertos, seleccionados cuidadosamente, y aplicar medidas correctoras en el análisis, tales como la corrección del probable acuerdo por azar (Pa) y el cálculo del estadístico kappa modificado (K*)^{23,26}. En esta investigación se han realizado ambas actitudes, pues además del cálculo de estos parámetros se reclutaron 10 expertos. Por el contrario, en el trabajo de Kim et al. sólo se reclutaron siete expertos¹⁷ y nueve en el de Chen et al.¹⁸.

Aun así, el CVI total obtenido (CVI-Total = 0,87) sugiere una validez de contenido similar a los estudios antes señalados (CVI-Total = 0,95 para Kim et al.¹⁷ y CVI-Total = 0,99 para Chen et al.¹⁸) y superior al valor

Tabla 4 Cuestionario sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo (SVEST-E)

	1	2	3	4	5
<i>Dimensión 1 - Sufrimiento psicológico</i>					
He experimentado vergüenza por estos casos.					
1.2 Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.					
1.3 Mis experiencias me han hecho sentir triste.					
1.4 Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado.					
<i>Dimensión 2 - Sufrimiento Físico</i>					
2.1 La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.					
2.2 Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.					
2.3 El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.					
2.4 Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.					
<i>Dimensión 3 - Apoyo de los compañeros de trabajo</i>					
3.1 Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.					
3.2 Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*.					
3.3 Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.					
3.4 Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores*.					
<i>Dimensión 4 - Apoyo del supervisor</i>					
4.1 Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*.					
4.2 Las respuestas de mi supervisor son justas*.					
4.3 Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.					
4.4 Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*.					
<i>Dimensión 5 - Apoyo institucional</i>					
5.1 Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*.					
5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*.					
5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.					
<i>Dimensión 6 - Apoyo no relacionado con el trabajo</i>					
6.1 Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*.					
6.2 El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*.					
<i>Dimensión 7 - Autoeficacia profesional</i>					
7.1 Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.					
7.2 La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.					
7.3 Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.					
7.4 Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*.					
<i>8-Variable resultado 1 - Intención de cambio de trabajo</i>					
8.1 Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.					
8.2 A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.					
<i>9-Variable resultado 2 - Absentismo</i>					
9.1 La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.					
9.2 Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.					

Tabla 4 (continuación)

10 - Formas de apoyo deseadas	1	2	3	4	5
10.1 La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto periodo de tiempo.					
10.2 Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.					
10.3 Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.					
10.4 Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.					
10.5 Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.					
10.6 La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento.					
10.7 Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.					

Las Dimensiones 1-7 y las 2 variables resultado se puntúan con la siguiente escala Likert:

1 - Totalmente en desacuerdo 2 - En desacuerdo 3 - Ni en acuerdo ni en desacuerdo 4 - De acuerdo 5 - Totalmente de acuerdo.

Las formas de apoyo deseadas se puntúan con la siguiente escala Likert:

1 - No deseado 2 - Poco deseado 3 - Ni deseado ni no deseado 4 - Deseado 5 - Muy deseado.

* Items invertidos.

mínimo recomendado por Polit y Beck (CVI-total con valor mayor a 0,80 para una adecuada validez de contenido del instrumento)^{22,23}.

Aunque el panel de expertos estaba compuesto por profesionales de diferentes disciplinas y especialidades, para el pretest se contó únicamente con la participación de profesionales asistenciales de dos categorías profesionales diferentes (ginecólogos y matronas). Ésto quizás pueda considerarse una limitación potencial, aunque hay que decir que tanto el SVEST original como sus otras versiones han sido validados y utilizados hasta la fecha exclusivamente en profesionales de enfermería^{16-18,24}, lo que creemos que puede aportar un valor a esta investigación, ya que los médicos presentan el mismo riesgo de sufrir el fenómeno de segundas víctimas. Además, la especialidad de Obstetricia y Ginecología es especialmente vulnerable a este fenómeno²⁷⁻²⁹.

Aunque en España el estudio de las segundas víctimas es todavía escaso, se han realizado algunos estudios recientes impulsados por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas que aportan aproximaciones y estrategias para afrontar esta temática en nuestro país³⁰⁻³². Este grupo, en su macro-estudio de partida para el análisis de este fenómeno, estimaba una alta prevalencia en la población sanitaria, ya que más de la mitad de los profesionales que participaron en dicho estudio (727 de 1087/66,9%) habían vivido una experiencia de segunda víctima ya fuera de forma directa o indirecta³⁰.

Según los resultados obtenidos, estos profesionales habían sufrido ansiedad, sentimientos de culpa, dudas acerca de cómo informar de lo sucedido al paciente, a los compañeros y a los superiores, miedo a las consecuencias legales y preocupación por la pérdida de prestigio profesional³⁰. Los investigadores usaron un cuestionario creado mediante consenso del equipo investigador, no informando sobre las características y propiedades psicométricas de este instrumento³⁰.

Como conclusión, y a la espera su aplicación en profesionales sanitarios con el fin de comprobar otras propiedades psicométricas del cuestionario, este trabajo confirma que el SVEST-E es un instrumento con una adecuada validez de

contenido para medir la experiencia de segundas víctimas en los profesionales sanitarios en España.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

El autor HGDLT pertenece al Comité Editorial de la revista Enfermería Clínica sin que haya influido en el proceso de evaluación y aceptación del manuscrito. El resto de autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales que han participado en esta investigación y la han hecho posible; los profesionales que participaron en el pilotaje, así como al conjunto de los profesionales que componían el panel de expertos. Al Dr. JD Burlison por su colaboración en las diferentes etapas de esta investigación. A la Dra. MV Brunelli por la cesión de la versión argentina del SVEST.

Bibliografía

1. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018;19:104, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>.
2. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. The importance of patient safety. *Med Clin (Barc).* 2017;148:405-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.008>.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: National Academies Press (US); 2000.
4. Boulanger J, Keohane C, Yeats A. Role of patient safety organizations in improving patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46:257-67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2019.02.001>.

5. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013;9:122–8, <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>.
6. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health.* 2012;22:921–5, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckr168>.
7. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:1022–9, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.065227>.
8. Haukland EC, Mevik K, von Plessen C, Nieder C, Vonon B. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. *BMJ Open Qual.* 2019;8:e000377, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000377>.
9. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open.* 2019;9:e019101, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019101>.
10. Elizabeth Marran J. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag (Harrow).* 2019;26:36–43, <http://dx.doi.org/10.7748/nm.2019.e1872>.
11. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a «second victim» in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist.* 2016;31:11–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>.
12. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med.* 2000;172:358–9, <http://dx.doi.org/10.1136/ewj.172.6.358>.
13. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>.
14. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2017;64:242–62, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12317>.
15. 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.* 2017;13:93–102, <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.000000000000129>.
16. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1097/pts.000000000000497>.
17. 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.* 2020;16:179–8618, <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.000000000000466>.
18. 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;27:1416–22, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12824>.
19. Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, et al. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the neonatal intensive care unit. *J Patient Saf.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.000000000000659>.
20. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17:268–74, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>.
21. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. *Aten Primaria.* 2019;51:586–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.005>.
22. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and Recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29:489–97, <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20147>.
23. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30:459–67.
24. 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;28:286–93, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12920>.
25. Bravo MÁE. Transcultural adaptation of health-related measurement instruments. *Enferm Clin.* 2004;14:102–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73863-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73863-2).
26. Beckstead JW. Content validity is naught. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1274–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.04.014>.
27. McDaniel LR, Morris C. The Second Victim Phenomenon: how are midwives affected? *J Midwifery Womens Health.* 2020;65:503–11, <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13092>.
28. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part I: Event identification and classification. *Semin Perinatol.* 2017;41:151–5, <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.003>.
29. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part II: Event analysis and response. *Semin Perinatol.* 2017;41:156–60, <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.004>.
30. 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;31:3–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>.
31. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;22:341, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>.
32. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and health-care organizations. *Int J Qual Health Care.* 2017;29:450–60, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx056>.

Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Second Victim Experience and Support Tool Questionnaire

Irene Santana-Domínguez, RM, PhD student,*† Héctor González-de la Torre, PhD, MSc, RM,*‡
José Verdú-Soriano, PhD, MSc, RN,§ Andreu Nolasco, PhD,§|| and Alicia Martín-Martínez, PhD, MD†#

Objectives: This study aimed to assess the validity and psychometric properties of the Spanish version of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire.

Methods: This was a cross-sectional study aimed at midwives and obstetricians in Spain. An online survey was conducted consisting of 2 parts: the first part collected different variables, and the second part collected the SVEST-E. The temporal stability of the instrument was evaluated using the test-retest method. For the construct validity and reliability, an exploratory factor analysis and a confirmatory factor analysis were performed using FACTOR program v.10 with a polychoric correlation matrix.

Results: A total of 689 professionals participated in the study (323 obstetrician physicians/366 midwives). The mean (SD) score on the SVEST-E for the total sample was 3.09 (0.50). The parallel analysis of the exploratory factor analysis suggested a 5-factor solution, with a total explained variability of 61.8%. The goodness-of-fit indices of the model were the following: root mean square error of approximation = 0.038 (95% confidence interval [CI], 0.031–0.042) and comparative fit index = 0.989 (95% CI, 0.988–0.992). The factor model obtained was confirmed by confirmatory factor analysis, obtaining the values of root mean square error of approximation = 0.038 (95% CI, 0.026–0.053) and comparative fit index = 0.989 (95% CI, 0.969–1.000). The intraclass correlation coefficient was 0.97 (95% CI, 0.94–0.99).

Conclusions: The SVEST-E instrument maintains the same items as the original questionnaire but introduces changes in the organization of its dimensions. The Spanish version maintains adequate construct validity, reliability, and temporal stability, so it is a valid tool to evaluate the second victim experience in Spanish health professionals.

Key Words: second victim, SVEST, patient safety, adverse events, gynecology, validation study

(*J Patient Saf* 2022;00: 00–00)

Since the publication of *To Err Is Human* by the Institute of Medicine of the National Academy of Sciences of the United States in 2000, global healthcare systems have made tremendous

efforts and initiatives to reduce the incidence of healthcare-related adverse events and increase patient safety.^{1,2}

Errors associated with health care are common.³ Although it is accepted that we cannot completely eliminate human error inherent in health care, we can better quantify this problem to design safer systems, mitigate its frequency, improve its visibility, and reduce the consequences.³ The consequences derived from these errors are generally mild, although a variable percentage can become permanent or serious and even lead to the death of the patient.^{3,4}

When these errors occur, the patient and their relatives are the first affected (first victims).⁵ However, in these events, one or more health professionals are generally involved, who also suffer the negative consequences of the event.^{5,6} This is the explanation for the creation of the term “second victim.”^{5–7}

The study of the second victims has increased in recent years.^{5,6,8} Health professionals who suffer from second victim experiences feel a wide range of negative feelings that can even lead to the development of serious psychological disorders.^{5,8,9} Feelings such as fatigue, frustration, anguish, fear, anger, and guilt can lead to long-term stress, anxiety, depression, and the onset of suicidal ideas, among others.^{5,8,9}

This phenomenon has a significant economic and reputational impact on health systems and their institutions,^{5,10} with some studies relating it to burnout and intention to leave the profession.^{11,12}

For this reason, it is important for health institutions to have tools that can evaluate the phenomenon of second victims in their health professionals. The most used tool for evaluating the phenomenon of second victims is the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) questionnaire.¹³ This instrument works as a questionnaire that specifically measures this phenomenon and has been validated in various countries: Korea,¹⁴ Argentina,¹⁵ China,¹⁶ Italy,¹⁷ Denmark¹⁸ and Iran.¹⁹

The SVEST considers 7 dimensions: psychological distress (4 items), physical distress (4 items), coworkers support (4 items), supervisor support (4 items), institutional support (3 items), non-work-related support (2 items), and personal self-efficacy (4 items).¹³ The instrument also assesses 2 outcome variables: intention to change professions (2 items) and absenteeism (2 items).¹³ In addition, it provides a section with 7 items as response options for second victims to reflect on their preferences regarding the desired forms of support from the institutions.¹³

In Spain, the study of second victims is still limited, although some approaches have been made to this issue.^{20–22} However, the researchers who studied this phenomenon in our country have not used a validated instrument to do so.²⁰

Recently, the SVEST questionnaire has been linguistically and culturally adapted in Spain by Santana-Domínguez et al.²³ According to the authors in this study, the version obtained (SVEST-E) maintained the same structure as the original SVEST and had a Total Content Validity Index of 0.87.²³ However, the evaluation of the construct validity and other psychometric properties of this instrument was still pending. Hence, the objective of the present study

From the *Canary Health Service; †University of Las Palmas de Gran Canaria; ‡University of La Laguna-Nursing School La Palma, Canary Islands; §Department of Community Nursing, Preventive Medicine, Public Health and History of Science, Faculty of Health Sciences; ||Community Health Research Group, Department of Community Nursing, Preventive Medicine, Public Health and History of Science, Faculty of Health Sciences, University of Alicante; and #Obstetrics and Gynaecology Department, Gran Canaria Maternal and Infant University Hospital Complex, Canary Health Service, Gran Canaria, Spain.

Correspondence: Héctor González-de la Torre, PhD, MSc, RM, Research Unit of Gran Canaria Maternal and Infant University Hospital Complex, Canary Health Service, Avda Marítima del Sur S/N.CP:35016, Las Palmas de Gran Canaria, Canary Islands, Spain (e-mail: hegontor@live.com/hgonzalt@ull.edu.es).

The authors disclose no conflict of interest. This study did not receive any type of funding.

Supplemental digital contents are available for this article. Direct URL citations appear in the printed text and are provided in the HTML and PDF versions of this article on the journal's Web site (www.journalpatientsafety.com).

Copyright © 2022 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

was to evaluate the construct validity and describe the psychometric properties of the instrument SVEST-E in the Spanish context.

METHODS

Participants, Inclusion Criteria, and Sample Size

A cross-sectional observational study was proposed for midwives and obstetricians throughout the Spanish territory. The inclusion criteria were the following: being a professional medical specialist in obstetrics and gynecology or midwife and performing their professional work with direct care to women.

The calculation of the sample size was based on the standard recommendation of having at least 10 participants for each item of the instrument to be validated.²⁴ Therefore, the minimum estimated number was 360 participants for this case (29 items + 7 support preference responses). A total of 689 professionals participated in the study (n = 689).

Sampling and Data Collection

To select the sample, a nonprobabilistic convenience sampling was used. The research team contacted the Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics, the Federation of Associations of Midwives of Spain, the Spanish Association of Midwives, and the Union of Midwives of Spain by phone or email. The professionals affiliated to these organizations who wanted to participate were sent a link through which they accessed an online questionnaire available at Google Forms, following the recommendations of the CHERRIES standards.²⁵ The data collection period began on May 15 and ended on September 9, 2020.

Variables and Collection Instrument

The online questionnaire consisted of 2 parts. In the first part, the following variables were collected: sex, age, marital status, professional category (obstetrician or midwife), highest level of studies achieved, years of professional experience, type of work center (public or private), type of unit-department (specialized hospital care or primary care), region of the country, knowledge of the term second victim (none, medium, or high), existence of support programs for second victims in their workplace (yes/no/don't know), having second victim experiences at some point (yes/no), the approximate time they felt as second victims, and whether they reported the feeling of second victims to their institutions.

In the second part, the SVEST-E questionnaire was collected,²³ which maintained the same item and section structure as the original SVEST.¹³

Data Analysis

An analysis of the variables was carried out with the statistical program IBM SPSS Statistics v.24.0 (IBM, Armonk, New York), the qualitative variables were expressed in percentages and frequencies and, in the case of the quantitative variables, in means, SD, and minimum–maximum values.

Pearson χ^2 test was used for categorical variables to establish whether there were differences between groups. The hypothesis of normality was tested (Kolmogorov-Smirnov test). Later, assuming normality, the Student *t* test was used to compare means, establishing a significance level of $\alpha = 0.05$.

Construct Validity

To evaluate the construct validity, a factorial analysis was performed using FACTOR program v.10.^{26–29} The SOLOMON (Psychology Department at University of Rovir i Virgili, <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/index.html>) method was used to di-

vide the sample into 2 equivalent subsamples.³⁰ To investigate the factorial structure of the questionnaire, a random sample of 360 subjects was selected from the 689 included in the total sample, with which an exploratory factor analysis (EFA) was carried out, with a polychoric correlation matrix, because of the ordinal nature and lack of symmetry of the items (the Mardia test for symmetry and kurtosis indicated nonnormality), with factor extraction by unweighted least squares and PROMIN rotation.²⁶ A parallel analysis was used to establish the number of factors to retain. The consistency (reliability) of the retained factors was calculated. Using bootstrapping, the 95% confidence intervals (95% CIs) of the model measurements were calculated.

Subsequently, a confirmatory factor analysis (CFA) was performed using the data from the 329 remaining subjects, taking the matrix of factor loadings obtained in the EFA of the first sample as a reference. The load matrix was semispecified, with values other than zero in the coefficients identified with values greater than 0.30 for each factor and zero value in the rest. In cases in which the factor loading on an item was greater than 0.30 in more than one factor, a value other than 0 was assigned to the one with the highest loading and 0 to the rest, except when the affected item had a value greater than 0.30 in a predefined section (dimension, outcome variable, or support forms section) of the questionnaire and also a value greater than 0.30 in another section, in which case it was always attributed to the predefined section.

Instrument Reliability and Stability

The consistency of the factors was evaluated with the ORION coefficients (overall reliability of fully informative prior oblique N-EAP scores).^{31,32} The global reliability was calculated using the McDonald's omega coefficient.

To study the stability of the instrument, a test-retest was carried out. To do so, a sample of 21 professionals (obstetricians and midwives) was obtained, carrying out 2 measurements with the instrument with an interval of 2 weeks. The intraclass correlation coefficient and their respective 95% CIs were calculated. A 2-factor mixed-effects model was used, calculated under "absolute agreement." In addition, a Bland and Altman graph was created for the graphical representation of this property of the instrument.

Ethical Considerations

The study was evaluated and approved by the Research Ethics Committee Hospital Universitario Gran Canaria Dr. Negrín with the code 2020-140-1. The professionals who agreed to participate in this phase of the research had all the information on the objectives of the project in its entirety, understanding that they were granting informed consent by voluntarily accessing the online questionnaire. For data analysis, a blind matrix was used in which no identifiable participant data appeared. The database was anonymized and encrypted on the computer. Only the researchers have access to the data.

RESULTS

Baseline Characteristics of the Sample

The final sample consisted of 689 professionals (n = 689) from 19 Spanish regions, of which 323 (46.9%) were obstetrician physicians and 366 (53.1%) were midwives. The region with the highest participation was the Community of the Canary Islands with 102 participants (14.8%) and Andalusia with 89 (12.9%), and the one with the lowest participation was Ceuta with 13 participants (1.9%). The average age was 43.44 years (SD, 10.56 years; minimum, 26 years; maximum, 71 years), with an average (SD) professional experience of 15.03 years (SD, 10.42 years; minimum, 0 years; maximum, 45 years).

TABLE 1. Sociodemographic Characteristics of the Sample, Variables, and SVEST Scores

	Feeling of Second Victim After Being Involved in an Adverse Event		Level of Significance
	Yes (n = 436)	No (n = 253)	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Student <i>t</i>
SVEST dimensions and total score			
SVEST total Score	3.27 (0.48)	2.79 (0.38)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 1: psychological distress	4.14 (0.79)	2.92 (0.85)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 2: physical suffering	3.58 (1.01)	2.50 (0.90)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 3: support from coworkers.	2.75 (0.53)	2.70 (0.58)	$P = 0.303$
Dimension 4: supervisor support	2.85 (0.96)	3.04 (0.86)	$P = 0.007^*$
Dimension 5: institutional support	3.60 (1.05)	3.60 (0.86)	$P = 0.989$
Dimension 6: Non-work-related support	1.46 (0.75)	1.99 (0.75)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 7: professional self-efficacy	3.88 (0.85)	3.05 (0.76)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 8: outcome variable 1: intention to change jobs	3.41 (1.25)	2.40 (1.14)	$P \leq 0.001^*$
Dimension 9: outcome variable 2: absenteeism	2.70 (1.33)	2.15 (0.96)	$P \leq 0.001^*$
Sociodemographic variables			
Age, y	45.73 (10.65)	39.49 (9.16)	$P \leq 0.001^*$
Years of professional experience	17.34 (10.54)	11.04 (8.92)	$P \leq 0.001^*$
	n (%)	n (%)	Pearson χ^2
Sex			$P = 0.374$
Female	292 (67.0)	161 (63.6)	
Male	144 (33.0)	92 (36.4)	
Professional category			$P = 0.950$
Obstetricians	204 (46.8)	119 (47.0)	
Midwives	232 (53.2)	134 (53.0)	
Marital status			$P \leq 0.001^\dagger$
Married	198 (45.4)	84 (33.2)	
Single	121 (27.8)	121 (47.8)	
Divorced	49 (11.2)	14 (5.5)	
Separated	43 (9.9)	22 (8.7)	
Widower	16 (3.7)	2 (0.8)	
Other	9 (2.1)	10 (4.0)	
Highest level of education obtained			$P \leq 0.001^\dagger$
University studies	130 (29.8)	124 (49.0)	
Expert degree	80 (18.3)	49 (19.4)	
Master's degree	135 (31.0)	54 (21.3)	
PhD's degree	77 (17.7)	17 (6.7)	
Other	14 (3.2)	9 (3.6)	
Type of center			$P \leq 0.001^\dagger$
Public center	372 (85.3)	180 (74.1)	
Private center	60 (13.8)	68 (26.9)	
Other center types	4 (0.9)	5 (2.0)	
Department			$P = 0.002^\dagger$
Hospital	290 (66.5)	197 (77.9)	
Primary health center	146 (33.5)	56 (22.1)	
Knowledge of term "second victim" [‡]			$P = 0.001^\dagger$
Null	186 (42.7)	140 (55.3)	
Medium	189 (43.3)	97 (38.3)	
High	61 (14.0)	16 (6.3)	
Existence of second victim support programs in the center			$P \leq 0.001^\dagger$
Yes	69 (18.8)	22 (8.7)	
No	256 (58.7)	124 (49.0)	
Does not know	111 (25.5)	107 (42.3)	

*Statistically significant Student *t*.

†Statistically significant Pearson χ^2 .

‡Null = I have never heard of the term "second victim"/Medium = I have heard of the term "second victim" and know its meaning previously/High = I have extensive knowledge on the term "second victim."

Of the total sample, 436 (63.3%) reported second victim experiences after having been involved in an adverse event with patients, whereas 253 (36.7%) did not. Regarding when this situation occurred, 132 (30.3%) suffered from the adverse event less than a year ago, 57 (13.1%) between 1 and 2 years ago, and 225 (51.6%) more than 2 years ago, and 22 (5.0%) could neither determine nor remember. Of the professionals who had second victim experiences, 217 (49.8%) informed their institutions about this situation and 219 (50.2%) did not.

The average score on the SVEST-E for the total sample was 3.09 (SD, 0.50). Table 1 shows the mean scores for each dimension, according to the original structure of the SVEST, as well as the other sociodemographic variables considered.

CONSTRUCT VALIDITY

Exploratory Factor Analysis

The EFA presented good adequacy (good), with a Kaiser-Meyer-Olkin measure of 0.86 (95% CI, 0.85–0.87) and a significant Bartlett statistic ($P = 0.00001$). Parallel analysis suggested a 5-factor solution, with a total explained variability of 61.8%. The goodness-of-fit indices of the model were the following: root mean square error of approximation = 0.038 (95% CI, 0.031–0.042; lower than the 0.05 limit to be considered a good fit), nonnormed fit index = 0.985 (95% CI, 0.984–0.989), and comparative fit index = 0.989 (95% CI, 0.988–0.992), higher than 0.95,

TABLE 2. Factor Loading (After Rotation) of the Obtained Model (Five Factors F1–F5) on the First Sample (n = 360)

	F1 Desired Forms of Support	F2 Outcome Variable (Intention to Change Jobs/Absenteeism)	F3 Physical Distress	F4 Psychological Distress, Colleague Support, Non-Work-Related Support and Professional Self-Efficacy	F5 Supervisor Support and Institutional Support
Item 1.1	0.031	0.033	0.289	0.378	0.118
Item 1.2	-0.089	0.019	0.512	0.429	0.076
Item 1.3	0.023	-0.296	0.651	0.333	0.042
Item 1.4	0.019	0.172	0.388	0.323	0.065
Item 2.1	0.115	-0.053	0.729	-0.011	-0.013
Item 2.2	-0.004	-0.091	0.980	-0.149	0.035
Item 2.3	0.022	0.288	0.858	-0.266	-0.014
Item 2.4	0.007	0.132	0.939	-0.247	-0.020
Item 3.1	-0.008	0.367	0.042	0.329	-0.045
Item 3.2	-0.021	0.007	-0.168	-0.555	0.105
Item 3.3	-0.041	0.423	0.072	0.344	-0.017
Item 3.4	-0.078	0.049	-0.084	-0.559	0.142
Item 4.1	0.004	0.109	-0.027	-0.065	0.824
Item 4.2	0.017	0.164	0.040	-0.133	0.872
Item 4.3	-0.164	-0.054	0.264	-0.020	0.160
Item 4.4	0.021	0.173	-0.081	-0.007	0.790
Item 5.1	0.046	-0.202	0.106	0.022	0.787
Item 5.2	-0.036	-0.291	0.109	0.113	0.815
Item 5.3	0.013	-0.187	-0.014	0.220	0.311
Item 6.1	-0.285	-0.081	0.105	-0.566	0.067
Item 6.2	-0.353	-0.129	0.086	-0.451	0.093
Item 7.1	-0.077	0.108	0.074	0.563	-0.049
Item 7.2	-0.165	0.141	0.123	0.646	0.001
Item 7.3	0.007	0.365	0.061	0.497	0.037
Item 7.4	0.027	-0.062	-0.219	0.492	0.043
Item 8.1	-0.021	0.503	0.321	0.072	0.061
Item 8.2	-0.082	0.574	0.352	0.044	0.036
Item 9.1	0.051	0.894	0.100	-0.252	-0.069
Item 9.2	0.043	0.976	0.077	-0.297	-0.123
Item 10.1	0.490	0.543	-0.200	0.044	0.192
Item 10.2	0.604	0.296	-0.183	0.165	0.203
Item 10.3	0.485	-0.149	0.053	0.238	0.112
Item 10.4	0.836	-0.165	0.078	-0.043	0.004
Item 10.5	0.774	-0.133	-0.008	-0.064	-0.193
Item 10.6	0.852	-0.006	0.132	-0.120	-0.001
Item 10.7	0.829	0.113	0.108	-0.240	-0.054

Factor loadings greater than 0.30 in bold.

indicating an excellent fit. Table 2 presents the factor loadings (after rotation) of the obtained model.

It can be observed that the results obtained maintain the structure of the questionnaire (7 dimensions, 2 result variables, and 1 dimension of forms of support), although grouping some of them until reducing to 5 dimensions. Thus, factor F1 collects the dimension of desired forms of support, F2 groups the outcome variables, F3 is considered a factor of physical suffering including dimension 2 of the questionnaire, F4 is the factor that includes dimensions 1 (psychological suffering), 3 (coworkers support), 6 (non-work-related support), and 7 (professional self-efficacy); and finally, factor F5 includes dimensions 4 and 5 of supervisor and institutional support. With this structure, all the items have a factor loading greater than 0.30 in the assigned factor, except for item 4.3 “My supervisor blames the team members when these cases occur,” which does not receive a sufficiently satisfactory loading for any factor.

Assigning dimensions to factors F3 and F4 could have been different, because the values of the factor loadings would make it possible to assign dimension 1 to factor F3. However, the subsequent confirmatory analysis, carried out with the second sample, confirmed that the assignment of dimension 1 would be better for factor F4.

Table 3 shows the correlations between the factors of the model. All the factors presented significant correlations with each other, with the exception of factor F5, which was not significantly correlated with either F1 or F2.

Confirmatory Factor Analysis

The factor model obtained with the first sample (n = 360) was confirmed by CFA using the second sample (n = 329). To do so, as already mentioned, a CFA was carried out with a matrix of semispecified factor loading coefficients. This procedure tests the congruence or similarity with a model for which the factor loadings are 0 for the specified items and different from 0 for the rest. Accordingly, the factor loadings matrix to be confirmed would be that with factor loadings other than 0 in the items obtained from the EFA with the first sample (Table 2). In the proposed 5-factor model, factor F1 loads on the dimension of desired support responses; F2 on the items of the outcome variables; F3 on dimension 2 of physical suffering; F4 on dimension 1 of psychological suffering, 6 of non-work-related support, and 7 of self-efficacy; and F5 on dimensions 4 of supervisory support and 5 of institutional support (Table 4).

TABLE 3. Correlations (and 95% CIs) Between the Factors of the Model Obtained by EFA

Factor	Factor	Correlation	95% CI
1	2	0.276*	0.202 to 0.394
1	3	0.487*	0.460 to 0.558
1	4	0.415*	0.371 to 0.500
1	5	0.008	-0.060 to 0.125
2	3	0.444*	0.399 to 0.540
2	4	0.520*	0.500 to 0.599
2	5	0.054	-0.024 to 0.203
3	4	0.623*	0.629 to 0.635
3	5	-0.086*	-0.236 to -0.021
4	5	-0.095*	-0.228 to -0.026

*Correlation significantly different from 0 ($P < 0.05$).

The second sample (n = 329) presented good adequacy, with a Kaiser-Meyer-Olkin measure of 0.85 (95% CI, 0.84, 0.86) and a significant Bartlett statistic ($P = 0.00001$), with a variability explained by the 5 factors of 60.5%. The goodness-of-fit indices of the model were the following: root mean square error of approximation = 0.038 (95% CI, 0.026–0.053; lower than the 0.05 limit to be considered a good fit), nonnormed fit index = 0.985 (95% CI, 0.957–1.000), and comparative fit index = 0.989 (95% CI, 0.969–1.000), higher than 0.95, indicating an excellent fit of the model.

Table 5 shows the estimated congruences³² for each of the variables under study between the data from the second sample and the semispecified 5-factor model. The congruence of item 4.3 is the lowest, which is consistent with the low identification of this item in the factor loadings. The estimated overall congruences for each of the factors were 0.715 (95% CI, 0.535–0.837) for F1, 0.916 (95% CI, 0.890–0.946) for F2, 0.878 (95% CI, 0.806–0.934) for F3, 0.914 (95% CI, 0.883–0.953) for F4, and 0.871 (95% CI, 0.851–0.904) for F5, with a global congruence coefficient for the model of 0.861 (95% CI, 0.839–0.894). According to the interpretation indications of this index,³³ values in the range of 0.85 to 0.94 suggest a reasonable similarity between the model suggested by the data and the specified theoretical model. In this case, all the factors presented congruences higher than 0.85, except F1, which reached the value of 0.715, moderate. The overall congruence coefficient of the model was greater than 0.85.

Instrument Reliability and Stability

The values obtained for the ORION coefficients were 0.92 (95% CI, 0.90–0.94) for F1, 0.93 (95% CI, 0.92–0.95) for F2, 0.94 (95% CI, 0.93–0.95) for F3, 0.90 (95% CI, 0.88–0.92) for F4, and 0.93 (95% CI, 0.91–0.97) for F5, thus obtaining an excellent consistency because all the values were greater than 0.80. The McDonald’s omega coefficient was 0.88.

Table 6 shows the intraclass correlation coefficient values with the CIs obtained in the test-retest. The Bland and Altman plot indicates adequate instrument stability for the SVEST-E total score (Fig. 1).

DISCUSSION

The SVEST questionnaire was the first measurement instrument specifically designed to evaluate the experience of health professionals who have demonstrated second victim experiences.¹³ Although a new tool has been recently developed, the SeViD-I survey,³⁴ the SVEST continues to be the best-known tool for evaluating the second victim phenomenon, having been translated and adapted in numerous countries^{14–19} and used in multiple environments.^{35–39}

Most of the studies where the results of adverse events have been addressed have traditionally been based on detecting and evaluating psychological effects (presence of anxiety, depression, stress, burnout, or especially posttraumatic stress disorder).^{8,9,40–42} Although these psychological problems are closely related to the phenomenon of second victims, they are not exclusive to it. In our opinion, one of the strengths of the SVEST questionnaire is that it includes other important aspects related to the issue of second victims, such as professional self-efficacy, absenteeism, or intention to leave the profession. These elements have been frequently forgotten when addressing the negative consequences of this phenomenon.

Even so, the psychological sphere is clearly one of the most affected. In the present study, the psychological dimension obtained the highest score, although only the group of professionals who were immersed in an adverse event and recognized that they had second victim experiences showed statistically significant differences with the group that did not report second victim experiences.

TABLE 4. Factor Loadings (After Rotation) of the Obtained Model (Five Factors F1–F5) on the Second Sample (n = 329)

Items	F1 Desired Forms of Support	F2 Outcome Variable (Intention to Change Jobs/Absenteeism)	F3 Physical Distress	F4		F5
				Psychological Distress, Colleague Support,	Non-Work-Related Support and Professional Self-Efficacy	
1.1 I have experienced embarrassment from these instances	-0.050	-0.155	0.133	0.687	0.085	
1.2 My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.	-0.010	-0.242	0.157	0.818	0.069	
1.3 My experiences have made me feel miserable.	0.037	-0.460	0.527	0.520	-0.052	
1.4 I feel deep remorse for my past involvements in these types of events.	-0.055	0.033	0.232	0.680	0.094	
2.1 The mental weight of my experience is exhausting.	0.076	-0.079	0.672	0.193	0.032	
2.2 My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.	0.016	-0.153	0.825	0.069	-0.007	
2.3 The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.	-0.080	0.143	0.848	0.025	0.020	
2.4 Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.	-0.030	0.061	0.884	-0.024	0.005	
3.1 I appreciate my coworkers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time.	-0.145	0.294	0.017	0.516	0.024	
3.2 Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief.	0.072	0.132	-0.037	-0.706	0.132	
3.3 My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.	-0.109	0.370	-0.010	0.500	0.070	
3.4 My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made.	0.055	0.028	-0.036	-0.633	0.169	
4.1 I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions.	-0.085	0.113	-0.039	-0.056	0.824	
4.2 My supervisor's responses are fair.	-0.061	0.131	-0.028	-0.048	0.842	
4.3 My supervisor blames individuals	-0.062	-0.100	0.063	0.115	0.063	
4.4 I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices.	-0.079	0.156	0.004	-0.055	0.813	
5.1 My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers.	0.087	-0.257	0.033	0.091	0.800	
5.2 My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances.	0.101	-0.340	0.038	0.100	0.771	
5.3 The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.	0.136	-0.138	0.006	0.106	0.295	
6.1 I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens.	-0.345	0.001	0.047	-0.413	0.145	
6.2 The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences.	-0.304	0.044	0.040	-0.366	0.243	
7.1. Following my involvement I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.	0.064	-0.144	-0.032	0.767	-0.004	
7.2. My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.	0.044	-0.145	-0.087	0.863	0.040	
7.3 After my experience. I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.	0.192	0.073	-0.007	0.710	0.037	
7.4 These situations do not make me question my professional abilities.	0.024	-0.047	-0.067	0.282	0.039	

8.1. My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.	-0.061	0.264	0.004	0.604	0.073
8.2. Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.	-0.143	0.339	-0.017	0.620	0.088
9.1. My experience with an adverse patient event or medical error has resulted in me taking a mental health day.	-0.066	0.835	0.030	0.073	-0.140
9.2. I have taken time off after one of these instances occurs.	-0.131	0.856	0.058	0.067	-0.163
10.1 The ability to immediately take time away from my unit for a little while.	0.292	0.505	-0.143	0.231	0.125
10.2 A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events.	0.438	0.293	-0.103	0.198	0.097
10.3 A respected peer to discuss the details of what happened.	0.512	-0.170	-0.215	0.355	0.005
10.4 An employee assistance program that can provide free counseling to employees outside of work.	0.719	-0.051	0.040	-0.068	0.021
10.5 A discussion with my manager or supervisor about the incident.	0.664	-0.105	0.088	-0.180	-0.169
10.6 The opportunity to schedule a time with a counselor at my hospital to discuss the event.	0.824	0.122	0.092	-0.169	0.077
10.7 A confidential way to get in touch with someone 24 hours a day to discuss how my experience may be affecting me.	0.698	0.348	0.130	-0.256	0.076

Factor loadings greater than 0.30 in bold.

This is consistent with what has been reported in other SVEST validation studies.^{13-15,18}

However, this factor analysis proposes a model where the physical suffering dimension would be integrated into a factor that would include, in addition to this dimension, the dimensions of support from coworkers, support not related to work, and professional self-efficacy, so new analyses should be performed to see if this change can greatly modify these results.

A parallel analysis method was chosen for the EFA because this model offers the more rigorous identification of the number of dimensions of a questionnaire,^{43,44} using the polychoric correlation matrix given the nature of the items to calculate the EFA model.⁴⁵

According to this analysis, the SVEST-E seems to fit a 5-factor model and 4 if we exclude the desired support responses, as this dimension is not used to calculate the total score on the SVEST.¹³ This differs quite a bit from the models proposed in other validation studies, for example, 8 factors for the Korean version (K-SVEST),¹⁴

TABLE 5. Congruence Indices of the Data With the Semispecified Factor Model of 5 Factors From the Results of the EFA of the First Sample

	Congruence Index	95% CI
Item 1.1	0.974	0.942–0.997
Item 1.2	0.978	0.944–0.998
Item 1.3	0.754	0.647–0.882
Item 1.4	0.922	0.812–0.981
Item 2.1	0.908	0.808–0.986
Item 2.2	0.965	0.878–0.995
Item 2.3	0.966	0.912–0.992
Item 2.4	0.990	0.979–0.998
Item 3.1	0.698	0.325–0.918
Item 3.2	0.968	0.918–0.996
Item 3.3	0.614	0.342–0.865
Item 3.4	0.948	0.760–0.994
Item 4.1	0.975	0.902–0.995
Item 4.2	0.975	0.859–0.994
Item 4.3	0.351	0.048–0.997
Item 4.4	0.966	0.905–0.988
Item 5.1	0.940	0.829–0.986
Item 5.2	0.899	0.792–0.974
Item 5.3	0.794	0.361–0.989
Item 6.1	0.773	0.474–0.977
Item 6.2	0.739	0.324–0.956
Item 7.1	0.994	0.986–1.000
Item 7.2	0.986	0.958–0.999
Item 7.3	0.939	0.871–0.990
Item 7.4	0.951	0.951–0.995
Item 8.1	0.592	0.309–0.836
Item 8.2	0.676	0.387–0.873
Item 9.1	0.967	0.862–0.994
Item 9.2	0.965	0.867–0.995
Item 10.1	0.592	0.409–0.822
Item 10.2	0.836	0.628–0.963
Item 10.3	0.657	0.022–0.918
Item 10.4	0.969	0.901–0.995
Item 10.5	0.904	0.739–0.979
Item 10.6	0.985	0.943–0.998
Item 10.7	0.913	0.069–0.973

TABLE 6. Test-Retest Results

Individual Measurements	Intraclass Correlation	95% CI	
		Lower Limit	Upper Limit
SVEST-E total score	0.97	0.94	0.99
Factor 2	0.98	0.95	0.99
Factor 3	0.95	0.89	0.98
Factor 4	0.98	0.96	0.99
Factor 5	0.97	0.94	0.99

Two-factor mixed-effects model in which the effects of people are random and the effects of the measures are fixed.

7 for the Argentine version,¹⁵ and 6 for the Chinese version (C-SVEST).¹⁶ The Italian version (IT-SVEST) and the Iranian version (P-SVEST) suggest following the original 9-dimensional model.¹⁷

The different analyses with other versions of the SVEST, in other countries, revealed some problems in some dimensions or for certain items.

For example, the dimensions for 3 (coworker support) and 4 (supervisor support) obtained low reliability values in the original study by Burlison et al,¹³ the validation by Brunelli et al,¹⁵ the study by Kim et al,¹⁴ and the Iranian version.¹⁷ In our study, item 4.3 “My supervisor blames individual members of the team when these cases occur” of the dimension/supervisor support dimension obtained the lowest factor loading in the CFA, and the value is also very striking if compared with the rest of the items. This item was pointed out in the study by Knudsen et al,¹⁸ who proposed eliminating it to increase the Cronbach α coefficient value of the supervisor support dimension in the Danish version, although it was ultimately maintained because it was considered relevant in the Danish context. In the C-SVEST study and in the Brunelli study, this item was redrafted and eliminated, respectively.^{15,16}

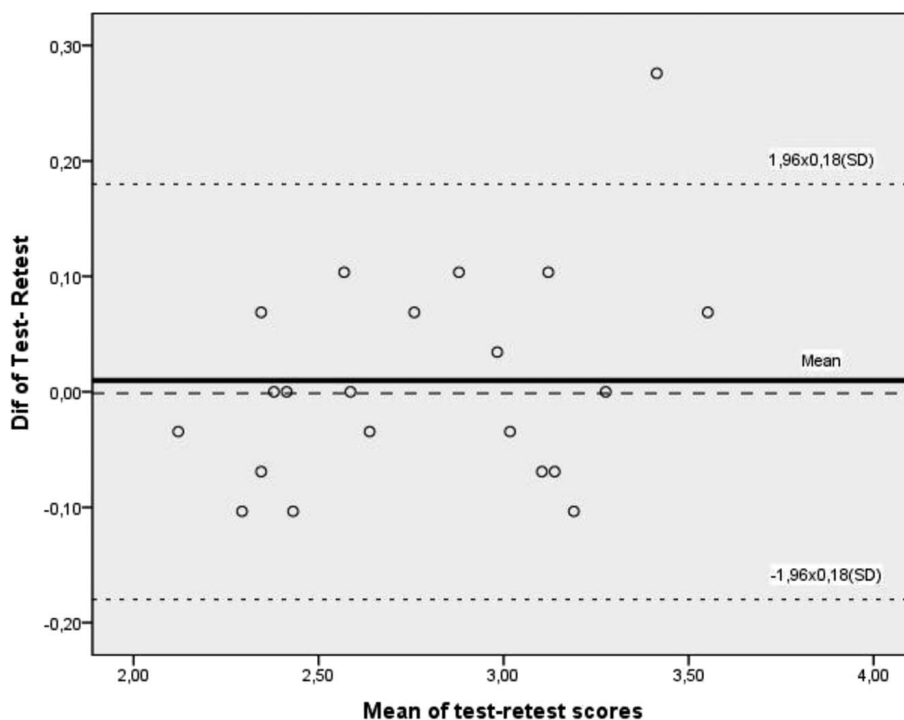
Despite this, we can say that, in line with the other studies, the SVEST-E shows high reliability for most of the items, with ORION values greater than 0.80 from which adequate consistency can be considered.

As far as we know, only in the study of the K-SVEST and the P-SVEST the temporal stability of the instrument has been evaluated.^{14,19} The values of the intraclass correlation coefficient that were obtained for the SVEST-E were excellent, with 0.97 (95% CI, 0.94–0.99) for the total score, above the values obtained in the other studies referenced previously.^{14,19} This psychometric property should be explored in the other SVEST versions.

Another psychometric property pending evaluation is the study of the convergent validity of the different versions of the SVEST. The appearance of new tools such as the SeViD-I survey³⁴ can open this possibility.

This research naturally has some limitations. The most obvious is determined by the fact that the sample was composed only of professionals from a very specific professional area, obstetrics, although experts from other areas participated in the first phase for content validation.²³ Although this area is very sensitive and a high percentage of midwives and obstetricians will experience serious obstetric events in their professional development that can affect them and trigger second victim experiences,^{46–48} the behavior of the SVEST-E in professionals from other medical professional areas and nurses in our country should be evaluated in the future. The original version of the SVEST was successfully used to evaluate the phenomenon of second victims specifically in the obstetrics area in other countries^{37,38,49} and other studies have used midwives in their SVEST validation processes,¹⁷ some in a high percentage (e.g., 43.3% of the participants in the study by Knudsen et al¹⁸ were midwives). Regardless of the specialty, even though the SVEST is designed for use by any healthcare professional,¹³ many of its validation studies have been carried out in populations made up of a specific profession, generally female nurses.^{14–16,19}

Another potential limitation can be identified by the type of sampling used. However, professionals from all regions of the country confirmed a number that we consider sufficient to be

**FIGURE 1.** Bland-Altman plot for instrument stability.

representative. Most of the validation studies had smaller sample sizes,^{14,15,17–19} except the study with the Chinese version.¹⁶

The method used for data collection should also be considered, which was able to influence the precision of the results, because perhaps the professionals who were more aware of the subject had greater participation. This aspect has also been pointed out in previous studies,³⁷ but in our study, only a minimal percentage of participants indicated high knowledge of the subject (14.0% for the group that recognized second victim experiences and 6.3% for those who did not).

Finally, there is the limitation that the survey was conducted once, regardless of when the triggering adverse event occurred, which could introduce a recall bias, but this limitation is common for studies conducted on this phenomenon (Supplemental Digital Content, <http://links.lww.com/JPS/A468>).^{15,18,19,37}

CONCLUSIONS

The process of adapting and validating the SVEST to the Spanish context resulted in a version that, while maintaining the same items of the original questionnaire, introduces changes in the organization of its dimensions (4 factors and the desired support responses). The results obtained show that this version maintains adequate construct validity, reliability, and temporal stability. Therefore, the SVEST-E is a valid tool to evaluate the experience of second victims in Spanish health professionals.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank all the professionals who participated in this research and made it possible. We would also like to thank the Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics, Federation of Spanish Midwives' Associations, Spanish Association of Midwives, and the Spanish Midwives' Union. We extend a special thanks to Dr. J.D. Burlison for his collaboration in the different stages of this research and Dra. M.V. Brunelli for providing the Argentinean version of the SVEST.



REFERENCES

- Rigamonti D, Rigamonti KH. Achieving and maintaining safety in healthcare requires unwavering institutional and individual commitments. *Cureus*. 2021;13:e13192.
- Eng DM, Schweikart SJ. Why accountability sharing in health care organizational cultures means patients are probably safer. *AMA J Ethics*. 2020;22:E779–E783.
- Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
- Haukland EC, Mevik K, von Plessen C, et al. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. *BMJ Open Qual*. 2019;8:e000377.
- Elizabeth Marran J. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag (Harrow)*. 2019;26:36–43.
- Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, et al. Becoming a “second victim” in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist*. 2016; 31(Suppl 2):11–19.
- Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med*. 2000;172:358–359.
- Busch IM, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16:e61–e74.
- Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev*. 2017;64:242–262.
- White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: is ‘just culture’ a reality? An integrative review. *Appl Nurs Res*. 2020;56:151319.
- Gupta K, Lisker S, Rivadeneira NA, et al. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). *BMJ Qual Saf*. 2019;28:564–573.
- Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, et al. 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: 195–199.
- Burlison JD, Scott SD, Browne EK, et al. 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*. 2017;13:93–102.
- Kim EM, Kim SA, Lee JR, et al. Psychometric properties of Korean version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf*. 2020;16:179–186.
- Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2021;17:e1401–e1405.
- Chen J, Yang Q, Zhao Q, et al. Psychometric validation of the Chinese version of the Second Victim Experience and Support Tool (C-SVEST). *J Nurs Manag*. 2019;27:1416–1422.
- 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) [published online April 14, 2021]. *J Patient Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000812.
- Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, et al. Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scand J Public Health*. 2021;14034948211004801.
- Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev*. 2021;68:34–40.
- Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, et al. Proposals for the study of the second victim phenomenon in Spanish primary care centres and hospitals. *Rev Calid Asist*. 2016;31(Suppl 2):3–10.
- 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.
- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Health Care*. 2017;29:450–460.
- Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021. S1130-8621(21)00030-9.
- Streiner DL, Norman G, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. 5th ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2015.
- Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6:e34.
- Lorenzo-Seva U. Promin: a method for oblique factor rotation. *Multivar Behav Res*. 1999;34:347–356.
- Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR9.2. A comprehensive programme for fitting exploratory and semiconfirmatory FACTOR analysis and IRT models. *Appl Psychol Measur*. 2013;37:497–498.
- Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: a computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods*. 2006;38:88–91.
- Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017;29:236–240.
- Lorenzo-Seva U. SOLOMON: a method for splitting a sample into equivalent subsamples in factor analysis. *Behav Res Methods*. 2021. Technical report. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Available at: <https://psico.fcpep.urv.cat/utilitats/factor/Download.html>. Accessed December 15, 2020.

31. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. *Psicologica*. 2016;37:235–247.
32. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educ Psychol Meas*. 2018;78:762–780.
33. Lorenzo-Seva U, ten Berge JMF. Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*. 2006;2:57–64.
34. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, 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;16:11.
35. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, et al. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28:286–293.
36. 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*. 2021;17:531–540.
37. Rivera-Chiauzzi E, Finney RE, Riggan KA, et al. Understanding the second victim experience among multidisciplinary providers in obstetrics and gynecology [published online April 16, 2021]. *J Patient Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000850.
38. 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;29:642–652.
39. Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, et al. Second Victim Experience and Support Tool: an assessment of psychometric properties of Italian version [published online February 2, 2021]. *J Patient Saf*. doi:10.1097/PTS.0000000000000825.
40. 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 [published online May 1, 2021]. *Perspect Psychiatr Care*. doi:10.1111/ppc.12843.
41. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, et al. Traumatic experiences and the midwifery profession: a cross-sectional study among Dutch midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64:435–442.
42. van Steijn ME, Scheepstra KWF, Yasar G, et al. Occupational well-being in pediatricians—a survey about work-related posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Eur J Pediatr*. 2019;178:681–693.
43. Ruscio J, Roche B. Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychol Assess*. 2012;24:282–292.
44. Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, et al. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the “Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire” (W-DEQ-A). *PLoS One*. 2021; 16:e0248595.
45. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Unrestricted item factor analysis and some relations with item response theory [Internet]. Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona; 2013. Available at: <https://psico.fccep.urv.cat/utilitats/factor/documentacion/technicalreport.pdf>. Accessed May 26, 2021.
46. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;213:11–16.
47. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, part I: event identification and classification. *Semin Perinatol*. 2017;41:151–155.
48. Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:578–587.
49. Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, et al. Second victim experience among OBGYN trainees: what is their desired form of support? *South Med J*. 2021;114:218–222.

RESEARCH ARTICLE

Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians

Irene Santana-Domínguez^{1,2} | Héctor González-De La Torre^{3,4}  | José Verdú-Soriano⁵  |
Miriam Berenguer-Pérez⁵ | Juan José Suárez-Sánchez^{1,6} | Alicia Martín-Martínez^{1,2}

¹University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Las Palmas de Gran Canaria-Canary Islands, Spain

²Canary Health Service. Obstetrics and Gynaecology Department, Gran Canaria Maternal and Infant University Hospital Complex, Canary Islands, Spain

³Research Unit of Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Health Service, Las Palmas de Gran Canaria-Canary Islands, Spain

⁴University of La Laguna (ULL)-Nursing Unit La Palma, Tenerife-Canary Islands, Spain

⁵Department of Community Nursing, Preventive Medicine, Public Health and History of Science, Faculty of Health Sciences, University of Alicante (UA), Alicante, Spain

⁶Canary Health Service, Direction of Primary Care Gran Canaria, Canary Islands, Spain

Correspondence

Héctor González-de la Torre, Research Unit of Insular Maternal and Child University Hospital Complex of Gran Canaria, Canary Health Service, Avda Marítima del Sur S/N.CP:35016, Las Palmas de Gran Canaria-Canary Islands, Spain.

Emails: hegontor@live.com;
hgontor@gobiernodecanarias.org

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of feelings of being a second victim among midwives and obstetricians in Spain and to explore possible differences between the two professions.

Design: Cross-sectional descriptive-analytical observational study.

Methods: An online survey collecting several variables was administered throughout the Spanish territory. Spanish version of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) was used. The data collection period was from May to December 2020.

Results: A total sample of 719 obstetricians and midwives were studied. There were significant differences between the two groups with respect to seven dimensions of SVEST: greater feelings of being a second victim among obstetricians in the dimensions physical distress/ $p \leq .001$, non-work-related support/ $p \leq .001$ and absenteeism/ $p \leq .001$ and greater feelings of being a second victim among midwives in the dimensions psychological distress/ $p \leq .001$, supervisor support/ $p = .011$, professional self-efficacy/ $p \leq .001$ and intention to change jobs/ $p \leq .001$.

KEYWORDS

adverse events, midwives, obstetricians, second victim

1 | INTRODUCTION

The clinical variability, the complexity of the care processes and the inherent degree of error associated with any human activity make the occurrence of unforeseen healthcare-related adverse events

inevitable, which implies an evident risk for patients (Coughlan et al., 2017). These events not only harm patients but also negatively affect health professionals, who, after having been involved in this type of incident, can become what are called “second victims” (Busch et al., 2020; Marran, 2019).

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

Although different definitions have been proposed for the term “second victim” since its introduction in 2000 (Wu, 2000), it may be defined as “doctors, nurses or other health professionals who have committed errors related to patient care and that have experienced psychological effects as a result” (Cabilan & Kynoch, 2017; Marran, 2019). These psychological effects are very diverse and broad, ranging from mild-to-very severe symptoms (Busch et al., 2020; Chan et al., 2017). Therefore, and due to the repercussions of this phenomenon, the study of the second victim phenomenon has boomed in recent years (Busch et al., 2020). In addition to the damage to health professionals, this phenomenon causes a significant economic and reputational impact on health systems and their institutions (Marran, 2019; White & Delacroix, 2020). Additionally, some studies relate the experience of second victim with burnout and leaving the profession (Burlison et al., 2021; Sheen et al., 2015).

Overall, the consequences of errors in patients are usually mild, but a percentage of these errors can cause permanent and serious injury and even lead to the death of the patient (Haukland et al., 2019). This is especially worrying in the realm of obstetric-maternal care (Pettker, 2017).

Obstetric-maternal care is a very sensitive healthcare area (Coughlan et al., 2017; Healy et al., 2016; Pettker, 2017). Society does not willingly accept the occurrence of errors associated with the health care of women during pregnancy and childbirth, since it assumes that in these cases; there is no margin for error and that the obstetric-maternal outcomes should always be good, but this is clearly not the case (Coughlan et al., 2017; McDaniel & Morris, 2020).

Health professionals in the obstetric field, midwives and obstetricians are subject to high levels of tension and stress and are very susceptible to becoming second victims (Schrøder, Jørgensen, et al., 2016b; Schrøder, Larsen, et al., 2016). This is because sometimes an adverse event can lead to a traumatic delivery, a maternal-foetal death or a serious medical error related to perinatal care (Rivera-Chiauszi et al., 2021; Schrøder, Jørgensen, et al., 2016b; Schrøder, Larsen, et al., 2016; Wahlberg et al., 2019). A high percentage of midwives and obstetricians will experience serious obstetric events in their professional development that can affect them, sometimes severely (Coughlan et al., 2017; Pettker, 2017; Sheen et al., 2015).

This topic has been studied in obstetric professionals in some countries, both among midwives (Kerkman et al., 2019) (Buhlmann et al., 2021) and obstetric physicians (Baas et al., 2018; Torbenson et al., 2021), but there are still few studies investigating in depth the possible differences with respect to this phenomenon between the two professions (Rivera-Chiauszi et al., 2021; Schrøder et al., 2019; Wahlberg et al., 2017). Although both perform their professional work in the same health field, often working as a team, they are different professions and consequently have different connotations (Coates et al., 2021).

In Spain, obstetric care is carried out by midwives and obstetricians. Midwives are nurses with a 4-year university degree who, also, have a 2-year speciality and take care of women during

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- Professionals who work in obstetric care and midwifery (midwives and obstetricians) suffer from a high prevalence of feelings of second victim. These feelings may be higher for midwives.
- The feeling of second victims influences not only the mental health of the professionals who suffer from it, but also affects other important areas such as the intention to turnover or to leave the profession.
- It is necessary to design specific support programmes for professionals involved in the phenomenon of second victims. These programmes should be designed taking into account the possible differences that may exist depending on the type of professional involved. Midwifery supervisors should have special training in this area.

pregnancy, childbirth and puerperium while these processes develop without problems. Obstetricians (a speciality after medical degree) develop their action in those pathological conditions or with complications related to these stages. Although some approaches have been undertaken about second victims (Carrillo et al., 2016; Mira et al., 2015) in Spain, the study of this phenomenon is scarce, and there are still no specific data on the prevalence and other aspects related to the phenomenon among Spanish health professionals working in the field of obstetrics. In addition, there are no studies that explore and compare the possible differences between both categories that provide care in the same obstetric area.

So, in order to provide evidence in this topic, two research questions were formulated as follows: What is the prevalence of the feeling of second victim among midwives and obstetricians in Spain? And are there differences in terms of physical, psychological or other consequences between both disciplines?

Therefore, according to those research questions, the objectives of the present study were to determine the prevalence of the feeling of second victim among midwives and obstetricians in Spain and to explore possible differences between the two professions with respect to the physical, psychological and other consequences of this phenomenon in these professionals.

2 | METHODS

2.1 | Design

A cross-sectional observational study with an analytical component was conducted. The study is reported as per the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Guidelines (STROBE) (Appendix S1).

2.2 | Study population

Midwives and obstetricians working throughout the Spanish territory. The inclusion criteria were as follows: being a physician specializing in obstetrics and gynaecology or midwife and working in direct women's care.

2.3 | Sampling and data collection

Non-probabilistic convenience sampling was used to select the sample. The research team contacted different Spanish professional associations by phone/email (Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics-SEGO, Federation of Midwifery Associations of Spain-FAME, Spanish Association of Midwives-AEM and the Union of Midwives of Spain-SIMAES, for their acronyms in Spanish) with the objective of disseminating it among members the opportunity to participate in the study.

Professionals who wished to participate were sent a link via email, through which they accessed an online questionnaire on a secure online platform (*Google Forms*®) following the recommendations of the CHERRIES guidelines (Eysenbach, 2004). A total of 957 questionnaires were sent out. The data collection period lasted from 15 May to 31 December 2020 (Appendix S2).

Accordingly with the process, a priori sample size was not calculated as we did not have any expectations on the response rate; nevertheless, a post hoc precision for prevalence of the feeling of being a second victim, in general and among disciplines, was calculated, considering a 95% confidence level. In addition, a post hoc statistical power of the sample was calculated for the difference in the total mean score on the SVEST-E between both groups of professionals.

2.4 | Variables and data collection instrument

The online questionnaire consisted of two parts. The first part was created ad hoc for collection of the study variables: gender, age, marital status, professional category (obstetrician or midwife), the highest level of education reached, years of professional experience, type of work centre (public or private), type of unit/department (hospital/specialized care or primary care), region of the country, knowledge of the term "second victim" (null, medium or high), existence of support programmes for second victims in the workplace (yes/no/do not know), feeling of having been a second victim at some point (yes/no) and approximate time of the event that caused the feeling of second victim.

The second part included the SVEST-E (Santana-Domínguez et al., 2021) (Santana-Domínguez et al., 2022), the Spanish version of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) (Burlison et al., 2017). This instrument functions as a survey questionnaire that specifically measures the second victim phenomenon and has been validated and used in numerous countries and settings (Brunelli et al., 2018; Chen et al., 2019; Kim et al., 2020; Knudsen

et al., 2021; Mok et al., 2020; Scarpis et al., 2021). The SVEST-E retains the same items as the original version of the SVEST, although it makes changes in the organization of the dimensions (Santana-Domínguez et al., 2022). To be able to make comparisons with other studies, the original structure of the original SVEST was maintained for analysis in this study.

The original SVEST considers seven dimensions: Psychological distress (4 items), Physical distress (4 items), Colleague support (4 items), Supervisor support (4 items), Institutional support (3 items), Non-work-related support (2 items) and Personal self-efficacy (4 items). The instrument also assesses two outcome variables—dimensions: Intention to change jobs (2 items) and Absenteeism (2 items). It also provides a section with seven items as response options for second victims to report their preferred forms of support desired from their organizations (Burlison et al., 2017).

The SVEST uses a 5-point Likert scale with scores ranging from 1 ("strongly disagree") to 5 ("strongly agree"). Higher scores are associated with a greater experience and feeling of second victim in the professional (Burlison et al., 2017). The sum of the scores of the nine dimensions allows obtaining a total score about the feeling of second victim of the professional, in addition to the score for each dimension (Burlison et al., 2017).

The answers on the section about desired forms of support are also scored on a Likert scale of 1–5, where 1 represents "strongly do not desire" and 5 "strongly desire" and allows obtaining detailed and concrete information on possible forms of support desired by professionals involved as second victims. A response of 4 or 5 is representative of a desirable support option, while a response of 1 or 2 is indicative that the support option is undesirable (Burlison et al., 2017; Mok et al., 2020). The Cronbach's alpha coefficient was 0.834 for our study.

2.5 | Data analysis

A descriptive analysis of the variables was performed with the statistical program IBM® SPSS Statistics v.24.0.

In the first phase, a descriptive analysis of the variables was performed, with the categorical variables expressed as percentages and frequencies and quantitative variables as means, standard deviations and minimum and maximum values.

In a second phase, an inferential analysis was performed. To establish whether there were differences between the groups, the Pearson chi-square test was used for categorical variables. To test the hypothesis of normality in the distribution of the data, the Kolmogorov–Smirnov test was used. If the distribution was normal, Student's *t*-test was applied for the comparison of means; if the data did not present a normal distribution, then the nonparametric Mann–Whitney test was applied, adopting a significance level of $\alpha = 0.05$.

The effect size was calculated, as defined by Cohen (Cohen, 1988), as the difference between the mean scores of the study groups divided by the combined standard deviation of

the two groups. Effect sizes between 0.2 and 0.5 were considered “small,” between 0.5 and 0.8 as “moderate” and above 0.8 as “large.”

The degree of agreement of the participants with each of the dimensions was calculated as the percentage of participants who answered “agree” or “strongly agree” to each item (Burlison et al., 2017; Mok et al., 2020).

2.6 | Ethics considerations

The study was evaluated and approved by the Research Ethics Committee/Drug Research Ethics Committee of Dr. Negrin University Hospital of Gran Canaria (Code n. 2020-140-1). The professionals who agreed to participate did so voluntarily and were given all the information on the objectives of the project in its entirety. They gave their informed consent by voluntarily accessing the online questionnaire and completing it. Confidentiality and anonymity were ensured in all phases of the investigation. For the analysis of the data, a blinded matrix was used where no identifiable participant data appeared.

3 | RESULTS

3.1 | Sociodemographic characteristics of the sample

The final sample was composed of a total of 719 professionals from a total of 19 Spanish regions (Response rate 75.13%). The region with the highest participation was the Community of the Canary Islands with 111 participants (15.4%) and Andalusia (93/12.9%) and the one with the lowest participation was Ceuta (13/1.8%). A total of 330 (45.9%) professionals were obstetricians, and 389 (54.1%) were midwives. In both cases, the majority were women (473/65.8%). The mean age of the participants was 43.11 ($SD = 10.54$) years [minimum-maximum age: 25–71 years], with an average professional experience of 14.57 ($SD = 10.46$) years [minimum-maximum professional experience: 0–45 years]. Table 1 shows the frequencies and percentages of the study variables for each of the groups (obstetricians and midwives).

3.2 | Prevalence of the feeling of being a second victim

The general prevalence of the feeling as a second victim was 62.6% ($CI_{95\%} = 58.9\%–66.1\%$). A post hoc precision analysis for this sample size revealed a 3.5% precision with a 95% confidence level. As you can see on Table 1, the prevalence for obstetricians was 62.4% ($CI_{95\%} = 57.0\%–67.7\%$) and 62.7% ($CI_{95\%} = 57.7\%–67.5\%$) for midwives, without statistical significance between groups.

TABLE 1 Sociodemographic characteristics of the sample and variables

Variable	Obstetricians N = 330 N (%)	Midwives N = 389 N (%)	Pearson χ^2
Gender			$p = .080$
Female	206 (62.4)	267 (68.6)	
Male	124 (37.6)	122 (31.4)	
Feeling of a second victim			$p = .934$
Yes	206 (62.4)	244 (62.7)	
No	124 (37.6)	145 (37.3)	
Civil Status			$p = .001^*$
Married	152 (46.1)	141 (36.2)	
Single	90 (27.3)	167 (42.9)	
Divorced	32 (9.7)	33 (8.5)	
Separated	34 (10.3)	31 (8.0)	
Widowed	11 (3.3)	7 (1.8)	
Other	11 (3.3)	10 (2.6)	
Maximum educational level reached			$p \leq .001^*$
University	120 (36.4)	146 (37.5)	
Expert	37 (11.2)	102 (26.2)	
Master	97 (29.4)	100 (25.7)	
PhD	59 (17.9)	35 (9.0)	
Other	17 (5.2)	6 (1.5)	
Type of centre			$p = .003^*$
Public centre	262 (79.4)	313 (80.5)	
Private centre	60 (18.2)	75 (19.3)	
Other centre types	8 (2.4)	1 (0.3)	
Department			$p = .007^*$
Hospital	249 (75.5)	258 (66.3)	
Health centre	81 (24.5)	131 (33.7)	
Knowledge of the term “second victim” ^{na}			$p = .005^*$
Null	133 (40.3)	203 (52.2)	
Medium	156 (47.3)	143 (36.8)	
High	41 (12.4)	43 (11.1)	
Existence of support programmes for second victims in the workplace			$p = .003^*$
Yes	60 (18.2)	38 (9.8)	
No	177 (53.6)	218 (56.0)	
Does not know	93 (28.2)	133 (34.2)	

TABLE 1 (Continued)

Variable	Obstetricians N = 330	Midwives N = 389	Pearson χ^2
	N (%)	N (%)	
If you felt like a second victim, did you report the event?			$p = .698$
Yes	107 (32.4)	117 (30.1)	
No	99 (30.0)	127 (32.6)	
Time elapsed since the event that caused the feeling of being a second victim			$p = .540$
Less than a year	58 (17.6)	80 (20.6)	
Between 1 year and 2 years	26 (7.9)	36 (9.2)	
More than two years	109 (33.0)	119 (30.6)	
Variable	M (SD)	M (SD)	Mann-Whitney U
Age	46.45 (9.98)	40.28 (10.17)	$p \leq .001^{**}$
Years of professional experience	16.28 (10.05)	13.13 (10.60)	$p \leq .001^{**}$

Abbreviations: M, mean; SD, standard deviation.*Statistically significant Pearson χ^2 .

**Statistically significant Mann-Whitney U Test.

^aNull = I have never heard of the term "second victim"/Medium = I have heard of the term "second victim" and know its meaning previously/High = I have extensive knowledge on the term "second victim."

3.3 | SVEST-E score

The mean score on the SVEST-E questionnaire for the total sample was 3.07 ($SD = 0.51$). The highest scores were obtained on the Psychological distress dimension ($3.68/SD = 1.01$) and the lowest on the Absenteeism dimension ($2.49/SD = 1.24$). The item with the highest score was "1.3-My experiences have made me feel sad," with a score of 4.03 ($SD = 1.12$), and the item with the lowest score was "6.2-The love of my closest friends and family helps me get through these events," with a score of 1.56 ($SD = 0.77$).

Table 2 shows the floor percentage, the ceiling percentage, the mean and the standard deviation of each of the items included in the SVEST-E questionnaire for the total sample, as well as the mean scores on the nine dimensions. The percentage of agreement of the participants with each of the dimensions was also collected.

3.4 | Inferential analysis

Significant differences were found between the obstetrician and midwife groups with respect to age and years of professional experience as well as with respect to marital status, the highest level of

education reached, type of centre and department, knowledge of the term "second victim" and existence of a support programme at the workplace (Table 1). No differences were found in regard to the feeling of having been a second victim at some point ($\chi^2 p = .934$) or with respect to the approximate time of the event that caused this feeling ($\chi^2 p = .540$). Participants from both groups informed their institutions of the event that had caused the feeling of second victim at a similar rate ($\chi^2 p = .698$) (Table 1).

The total mean score on the SVEST-E was 3.01 ($SD = 0.52$) for obstetricians and 3.13 ($SD = 0.49$) for midwives, and this result was significantly different (Mann-Whitney U $p = .003$; Cohen's effect size = 0.23). A post hoc power analysis for this comparison was made considering equal variances and a difference of 0.12 to detect with a common SD of 0.5 (0.52 for obstetricians and 0.49 for midwives). Then, a statistical power of 89.5% was achieved.

Table 3 shows the means and standard deviations by items and dimensions for the obstetrician and midwife groups, as well as the p -values obtained and the effect size. There were significant differences between the groups with respect to seven of the nine dimensions: In three dimensions, there was greater feeling of second victim among obstetricians (Physical distress/ $p \leq .001$, Non-work-related support/ $p \leq .001$ and Absenteeism/ $p \leq .001$), and in four, there was greater feeling of second victim among midwives (Psychological distress/ $p \leq .001$, Supervisor support/ $p = .011$, Professional self-efficacy/ $p \leq .001$ and Intention to change jobs/ $p \leq .001$).

The most desired support option for both groups was "A respected colleague with whom to discuss the details of what happened" (obstetricians = $4.27/SD = 0.88$ /midwives = $4.50/SD = 0.66$), although all support options obtained a mean score above 3 points (Table 4). There was also agreement on the least desired option, which was in both cases "The possibility of leaving my unit for a short period of time," although there was a significant difference in this case between the groups (obstetricians = $3.52/SD = 1.41$ /midwives = $4.04/SD = 1.14$; $p \leq .001$).

4 | DISCUSSION

The results of the present study show that more than 60% of Spanish obstetricians and midwives have had feelings of being a second victim, also obtaining high scores on the SVEST-E questionnaire (above 3). These values were significantly higher among midwives than obstetricians, although the effect size was small.

Some studies that have addressed the second victim phenomenon are in agreement and point out that nurses' experience more negative feelings than doctors after an adverse event (Harrison et al., 2015; Schrøder, Jørgensen, et al., 2016c). Some researchers postulate that this result could be related to issues of gender, although it is not possible to affirm this with our study data, since the two groups were homogeneous in terms of gender, with the percentage of men and women in both groups (midwives and obstetricians) being very similar. From this perspective, some studies note that negative feelings after, for example a traumatic childbirth, are greater among women (whether they are midwives or obstetricians)

TABLE 2 SVEST scores and percentage of agreement in the total sample (n = 719)

SVEST-E items and dimensions	Floor Strongly disagree ^a	Ceiling Strongly agree ^a	M (SD)	Agreement ^b
	n (%)	n (%)		n (%)
Dimension 1—Psychological distress			3.68 (1.01)	361 (50.20)
1.1 I have experienced embarrassment from these instances.	57 (7.9)	205 (28.5)	3.59 (1.26)	
1.2 My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.	32 (4.5)	230 (32.0)	3.82 (1.15)	
1.3 My experiences have made me feel miserable.	15 (2.1)	316 (43.9)	4.03 (1.12)	
1.4 I feel deep remorse for my past involvements in these types of events.	86 (12)	193 (26.8)	3.29 (1.39)	
Dimension 2—Physical distress			3.16 (1.10)	247 (35.35)
2.1 The mental weight of my experience is exhausting.	38 (5.3)	185 (25.7)	3.63 (1.19)	
2.2. My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.	76 (10.6)	138 (19.2)	3.32 (1.29)	
2.3 The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.	160 (22.3)	68 (9.5)	2.76 (1.32)	
2.4. Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.	127 (17.7)	82 (11.4)	2.92 (1.30)	
Dimension 3—Colleague support			2.74 (0.54)	6 (0.83)
3.1 I appreciate my co-workers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time.	32 (4.5)	215 (29.9)	3.70 (1.19)	
3.2 Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief. ^R	313 (43.5)	9 (1.3)	1.84 (0.97)	
3.3 My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.	59 (8.2)	213 (29.6)	3.56 (1.30)	
3.4 My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made. ^R	300 (41.7)	14 (1.9)	1.86 (0.97)	
Dimension 4—Supervisor support			2.90 (0.93)	113 (15.72)
4.1. I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions. ^R	91 (12.7)	92 (12.8)	3.05 (1.25)	
4.2 My supervisor's responses are fair. ^R	85 (11.8)	94 (13.1)	3.15 (1.24)	
4.3 My supervisor blames individuals.	91 (26.6)	20 (2.8)	2.29 (1.08)	
4.4 I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices. ^R	80 (11.1)	89 (12.4)	3.12 (1.23)	
Dimension 5—Institutional support			3.58 (0.99)	342 (47.57)
5.1 My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers. ^R	40 (5.6)	173 (24.1)	3.63 (1.17)	
5.2 My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances. ^R	44 (6.1)	206 (28.7)	3.76 (1.16)	
5.3. The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.	82 (11.4)	160 (22.3)	3.36 (1.32)	
Dimension 6—Non-work-related support			1.64 (0.78)	21 (2.92)

TABLE 2 (Continued)

SVEST-E items and dimensions	Floor Strongly disagree ^a	Ceiling Strongly agree ^a	M (SD)	Agreement ^b
	n (%)	n (%)		n (%)
6.1 I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens. ^R	354 (49.2)	10 (1.4)	1.72 (0.90)	
6.2 The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences. ^R	409 (56.9)	4 (0.6)	1.56 (0.77)	
Dimension 7—Professional self-efficacy			3.57 (0.91)	313 (43.53)
7.1. Following my involvement I experienced feelings of inadequacy about my patient care abilities.	33 (4.6)	124 (17.2)	3.40 (1.16)	
7.2. My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.	43 (6.0)	191 (26.6)	3.52 (1.27)	
7.3 After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.	35 (4.9)	262 (36.4)	3.85 (1.19)	
7.4 These situations do not make me question my professional abilities. ^R	59 (8.2)	147 (20.4)	3.50 (1.22)	
8 - Outcome variable 1—Intention to change jobs			3.01 (1.31)	304 (42.28)
8.1. My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.	125 (17.4)	96 (13.4)	3.03 (1.34)	
8.2. Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.	139 (19.3)	112 (15.6)	3.00 (1.39)	
9 - Outcome variable 2—Absenteeism			2.49 (1.24)	182 (25.31)
9.1. My experience with an adverse patient event or medical error has resulted in me taking a mental health day.	194 (27.0)	52 (7.2)	2.52 (1.29)	
9.2. I have taken time off after one of these instances occurs.	201 (28.0)	48 (6.7)	2.45 (1.27)	

Abbreviations: M, mean; SD, standard deviation. R = the ratings of statements written in negative terms are reversed.

^aOnly upper (ceiling) or lower (floor) responses are displayed per item. Ceiling responses refer to “Strongly agree” and Floor responses refer to “Strongly disagree.”

^bPercentage of agreement of the different dimensions was represented by the percentage of respondents with an overall mean dimension score of ≥ 4.0 . (Scores Agree = 4 or Strongly agree = 5).

(Christoffersen et al., 2020; Schrøder, Jørgensen, et al., 2016b). This has also been pointed out in other studies on second victims (Mira et al., 2015). It must be taken into account that in many countries, the percentage of male midwives is low, if not minimal (Masana et al., 2019). As examples, in the study by Wahlberg et al. (2017), only four of the 1,459 midwives who participated were men, and 11 out of 691 participants were men in the study by Kerkman et al. (2019). Unlike the rest of Europe, Spain has a high proportion of male midwives (Masana et al., 2019). Thus, this possible explanation requires additional research.

Most studies that have investigated the consequences of adverse events such as traumatic childbirth in obstetric professionals have been based on the detection and evaluation of well-established psychological effects, such as the presence of anxiety, depression, stress, burnout or especially posttraumatic stress disorder (PTSD) (Kerkman et al., 2019; Kruper et al., 2021; Schrøder, Jørgensen,

et al., 2016b; Wahlberg et al., 2017). That is why such studies used tools and questionnaires focused mainly on the detection of these psychological problems that, although related to the second victim phenomenon, are not exclusive to it. This has influenced the fact that other important aspects related to the issue of second victims have not been sufficiently studied, such as professional self-efficacy, work absenteeism or leaving the profession (Burlison et al., 2021).

Therefore, in the present study, a specific measurement instrument was chosen that evaluates the experience of second victims in its multiple spheres, namely the Spanish version of the SVEST (SVEST-E) (Santana-Domínguez et al., 2021). The SVEST was the first instrument designed for the study of the second victim phenomenon and serves to obtain reliable information about the adequacy of support resources for second victims (Burlison et al., 2017). Although another questionnaire has also been developed for this purpose—SeViD-I survey (Strametz et al., 2021)—the SVEST is by far

TABLE 3 SVEST scores for the midwife and obstetrician groups

	Obstetricians N = 330	Midwives N = 389		Cohen's effect size ^a
	M (SD)	M (SD)	Mann-Whitney U	
Dimension 1—Psychological distress	3.56 (1.02)	3.77 (0.99)	≤0.001**	0.21
1.1 I have experienced embarrassment from these instances.	3.47 (1.32)	3.69 (1.21)	0.035**	0.17
1.2 My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.	3.73 (1.22)	3.89 (1.09)	0.152	0.14
1.3 My experiences have made me feel miserable.	4.04 (1.12)	4.02 (1.12)	0.745	0.02
1.4 I feel deep remorse for my past involvements in these types of events.	3.02 (1.43)	3.51 (1.31)	≤0.001**	0.36
Dimension 2—Physical distress	3.19 (1.08)	3.13 (1.12)	≤0.001**	0.05
2.1 The mental weight of my experience is exhausting.	3.62 (1.15)	3.64 (1.22)	0.562	0.02
2.2 My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.	3.35 (1.26)	3.30 (1.32)	0.664	0.04
2.3 The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.	2.85 (1.31)	2.68 (1.32)	0.077	0.13
2.4 Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.	2.94 (1.30)	2.90 (1.31)	0.712	0.03
Dimension 3—Colleague support	2.76 (0.57)	2.72 (0.51)	0.337	0.07
3.1 I appreciate my co-workers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time.	3.67 (1.23)	3.72 (1.16)	0.699	0.04
3.2 Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief. ^R	1.92 (1.01)	1.77 (0.92)	0.051	0.15
3.3 My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.	3.53 (1.31)	3.59 (1.29)	0.532	0.05
3.4 My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made. ^R	1.94 (1.03)	1.80 (0.91)	0.122	0.14
Dimension 4—Supervisor support	2.77 (0.95)	3.02 (0.90)	0.011**	0.27
4.1 I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions. ^R	2.88 (1.26)	3.19 (1.22)	≤0.001**	0.25
4.2 My supervisor's responses are fair. ^R	2.99 (1.26)	3.29 (1.21)	≤0.001**	0.24
4.3 My supervisor blames individuals.	2.22 (1.10)	2.36 (1.06)	≤0.001**	0.13
4.4 I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices. ^R	2.99 (1.28)	3.23 (1.18)	≤0.001**	0.19
Dimension 5—Institutional support	3.42 (1.04)	3.72 (0.94)	0.329	0.30
5.1 My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers. ^R	3.45 (1.21)	3.78 (1.11)	≤0.001**	0.28
5.2 My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances. ^R	3.57 (1.23)	3.93 (1.07)	≤0.001**	0.31
5.3 The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.	3.25 (1.33)	3.44 (1.31)	0.059	0.14
Dimension 6—Non-work-related support	1.66 (0.79)	1.62 (0.77)	≤0.001**	0.05
6.1 I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens. ^R	1.77 (0.94)	1.68 (0.87)	0.301	0.10
6.2 The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences. ^R	1.56 (0.78)	1.56 (0.77)	0.987	0
Dimension 7—Professional self-efficacy	3.48 (0.93)	3.65 (0.89)	≤0.001**	0.19
7.1. Following my involvement I experienced feelings of inadequacy about my patient care abilities.	3.30 (1.16)	3.49 (1.16)	0.020**	0.16

TABLE 3 (Continued)

	Obstetricians N = 330	Midwives N = 389	Mann–Whitney U	Cohen's effect size ^a
	M (SD)	M (SD)		
7.2. My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.	3.40 (1.31)	3.63 (1.22)	0.027**	0.18
7.3 After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.	3.71 (1.24)	3.96 (1.13)	0.005**	0.21
7.4 These situations do not make me question my professional abilities. ^R	3.49 (1.23)	3.51 (1.21)	0.892	0.02
8—Outcome variable 1—Intention to change jobs	2.85 (1.31)	3.15 (1.30)	≤0.001**	0.23
8.1. My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.	2.85 (1.34)	3.17 (1.33)	0.001**	0.24
8.2. Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.	2.85 (1.37)	3.13 (1.39)	0.005**	0.20
9—Outcome variable 2—Absenteeism	2.49 (1.28)	2.48 (1.21)	≤0.001**	0.01
9.1. My experience with an adverse patient event or medical error has resulted in me taking a mental health day.	2.51 (1.29)	2.53 (1.28)	0.745	0.01
9.2. I have taken time off after one of these instances occurs.	2.48 (1.31)	2.43 (1.23)	0.841	0.04

Abbreviations: M, mean; SD, standard deviation. R = the ratings of statements written in negative terms are reversed.

**statistically significant Mann–Whitney U Test.

^aCohen's effect size = 0.2–0.5 small effect, 0.5–0.8 moderate, above 0.8 large.

the most used instrument worldwide for the study of the second victim phenomenon, having been translated, adapted and validated in multiple countries and settings (Ajoudani et al., 2021; Brunelli et al., 2018; Chen et al., 2019; Kim et al., 2020; Knudsen et al., 2021; Mok et al., 2020; Scarpis et al., 2021; Winning et al., 2020). The SVEST-E has also been used recently in Spain to assess the feeling of second victim among cardiology healthcare personnel (Bañeras et al., 2022).

Specifically in the professional obstetric–gynaecological setting, the SVEST has been recently used to evaluate the prevalence of the feeling of second victim among obstetricians, gynaecologists and gynaecological nurses (non-midwives) in the United States (Finney et al., 2021; Rivera-Chiauszi et al., 2021; Torbenson et al., 2021), but no study has focused on establishing possible differences between physicians and nurse–midwives. Although a validation study of the SVEST included midwives in its sample (Knudsen et al., 2021), to the best of our knowledge, the present study is one of the first where this instrument has been used to measure this phenomenon specifically in midwives in the European setting.

The results obtained with the SVEST confirm that the psychological domain is one of the areas most affected when a professional is involved in an adverse event and becomes a second victim (Rivera-Chiauszi et al., 2021). However, it also seems to confirm that other areas, sometimes not considered in assessment studies of the second victim phenomenon, are equally affected, such as professional self-efficacy. In our study, professional self-efficacy was the third most affected dimension, behind only psychological distress and institutional support, similar to the study by Finney et al. (2021), where this dimension was also the third most affected

(in this case behind “non-work-related support” and “institutional support”).

Therefore, without ignoring the importance of psychological effects, a comprehensive assessment that pays attention to all the dimensions of this problem should be carried out in the approach to the second victim phenomenon. Recent studies by Torbenson et al. (2021) and Rivera-Chiauszi et al. (2021) point in the same direction, indicating that the professional self-efficacy dimension was at least as affected as the psychological distress dimension after an adverse event, although with lower scores than those obtained in our sample. According to our results, this dimension is more affected in midwives than in obstetricians.

Item 7.3 “After these experiences, I have been afraid to attempt difficult or high-risk procedures” was the one with the highest score among midwives, also obtaining high scores among obstetricians. Given that obstetric care is complex (Coughlan et al., 2017; Pettker, 2017), this aspect is especially concerning, as it can negatively affect the health care provided to women by professionals who have been involved in an adverse obstetric event (Healy et al., 2016). This is because professionals may want to avoid carrying out a certain risky but necessary procedure at a given time, which can have dire consequences.

The results show higher scores among midwives for 5 of the 9 dimensions included in the SVEST compared with obstetricians. Two dimensions require special emphasis.

On the one hand, midwives had high scores in the Supervisor support dimension, which were also higher than those of their obstetrician colleagues, both in the total score of the dimension and in the four items composing it. According to these results, Spanish

TABLE 4 Desired forms of support

	Desired ^a				Not desired ^b				Mann-Whitney U	Cohen's effect size ^c
	N (%)		M (SD)		N (%)		M (SD)			
	Obstetricians	Midwives	Obstetricians	Midwives	Obstetricians	Midwives	Obstetricians	Midwives		
10—desired forms of support										
10.1 The ability to immediately take time away from my unit for a little while.	207 (62.7)	305 (78.4)	90 (27.5)	49 (12.6)	3.52 (1.41)	4.04 (1.14)	≤0.001**	0.40		
10.2 A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events.	220 (66.7)	329 (84.6)	68 (20.6)	30 (7.7)	3.75 (1.29)	4.21 (0.96)	≤0.001**	0.40		
10.3 A respected peer to discuss the details of what happened.	291 (88.2)	372 (95.6)	17 (4.1)	6 (1.5)	4.27 (0.88)	4.50 (0.66)	0.001**	0.29		
10.4 An employee assistance programme that can provide free counselling to employees outside of work.	284 (86.1)	346 (88.9)	20 (6.0)	17 (4.3)	4.25 (0.90)	4.36 (0.83)	0.082	0.01		
10.5 A discussion with my manager or supervisor about the incident.	254 (76.9)	293 (75.3)	39 (11.8)	40 (10.3)	4.05 (1.07)	4.05 (1.04)	0.769	0		
10.6 The opportunity to schedule a time with a counsellor at my hospital to discuss the event.	272 (82.5)	340 (87.4)	27 (8.2)	25 (6.4)	4.19 (1.00)	4.28 (0.90)	0.414	0.09		
10.7 A confidential way to get in touch with someone 24 hours a day to discuss how my experience may be affecting me.	261 (79.1)	327 (84.0)	33 (10.0)	26 (6.7)	4.18 (1.11)	4.26 (0.94)	0.948	0.08		

Abbreviations: M, mean; SD, standard deviation.

^aDesired support option = response 4 or 5 points.

^bNot desired support option = response 1 or 2 points.

^cCohen's effect size = 0.2–0.5 small effect, 0.5–0.8 moderate, above 0.8 large.

**statistically significant Mann-Whitney U Test.

midwives perceive receiving little support from their supervisors, noting that this supervision is also performed by midwives. In the reviewed studies, we did not find such high scores in this dimension. For example, in Rivera-Chiauszi et al. (2021), this dimension was the one that obtained the lowest score, as in Torbenson et al. (2021) and Finney et al. (2021). In Spain, the perceived support received by midwives involved in an adverse event from their supervisors does not seem adequate. A possible cause could be the lack of empathy on the part of supervising midwives, perhaps linked to their disengagement with direct care. Further research is needed to investigate this aspect. What does seem clear is the need to include topics such as addressing and supporting second victims in the curricular training of supervisors (Torbenson et al., 2021; White & Delacroix, 2020).

On the other hand, given that the score for midwives in the "Intention to change jobs" dimension was 3 points and higher compared with obstetricians ($p \leq .001$), these scores being higher than those reported by Torbenson et al., 2021, which were below 2.5 points on this dimension.

According to these results, there is a real potential risk that many midwives will seriously consider leaving the profession after being involved in an adverse obstetric event. This consequence of the second victim phenomenon has been previously noted (Burlison et al., 2021; Wahlberg et al., 2017) and is especially worrisome in the particular case of midwives.

In regard to the midwife profession and its work setting, various negative elements have been observed: negative work culture, lack of support for staff, harassment, exhaustion, burnout and leaving the profession (Pezaro et al., 2017). Studies report in certain countries high percentages of midwives who have seriously considered leaving the profession and identify possible causes that provoking this desire as inadequate working conditions, interprofessional conflicts, dissatisfaction with the midwife role played, negative impact on physical and mental health or on family relationships (Harvie et al., 2019; Pugh et al., 2013; Stoll & Gallagher, 2019). Although further studies are required to investigate with greater accuracy the relationship between leaving the profession and second victims, the influence of this phenomenon on the desire to leave the profession should not be underestimated: In our sample, 15.6% of midwives and 19.3% of obstetricians would seriously consider leaving their work after being involved in an adverse event.

It seems clear that for these reasons, it is necessary for health organizations and institutions to design and provide adequate support systems to help professionals involved in this type of situation (Burlison et al., 2021; Finney et al., 2021). This can help mitigate the loss of professionals and promote well-being among those affected.

In such support systems or resources, according to the results obtained, the option of having a respected peer to discuss the details of what happened is identified as the most desired option, both by midwives and obstetricians. These findings are very similar to those reported in other studies (Burlison et al., 2017; Finney et al., 2021; Mok et al., 2020; Rivera-Chiauszi et al., 2021). This support option is known as the "clinician peer support program" (White et al., 2015), and there is already some experience on the effectiveness of this

type of support programme in the field of obstetrics (Rivera-Chiauszi et al., 2020).

Although there are some proposals for specific support systems for midwives (Christoffersen et al., 2020), an aspect that should be studied in the future is the design of adequate and differentiated support systems according to the professionals involved. The results found in the present study significantly different about some of the desired support options according to the type of professional involved.

Last, this study has some limitations. An obvious limitation is determined by the type of sampling performed; however, professionals from all regions of the country participated in the study in a number that we consider sufficient. In turn, the data collection method used may have influenced the accuracy of the results, since perhaps professionals more familiar with the topic participated in greater number. This issue has also been pointed out in a previous study (Rivera-Chiauszi et al., 2021). However, two data points do not support this hypothesis: On the one hand, in both groups, a significant percentage of participants indicated no knowledge of the subject (40.3% for obstetricians and 52.2% for midwives), and on the other hand, a small percentage of participants indicated that the presence of the adverse event that caused the feeling of second victim had occurred less than a year prior (17.6% for obstetricians and 20.6% for midwives). Finally, the survey was conducted at a single point in time, regardless of the time when the triggering adverse event occurred, which could introduce a recall bias, but this limitation is common to studies conducted on this phenomenon (Finney et al., 2021).

5 | CONCLUSIONS

Although the second victim phenomenon affects all professionals involved in obstetric care, midwives are especially susceptible and sensitive to it.

This phenomenon is multidimensional since it not only implies negative repercussions on the psychological health of affected health professionals but also affects other important aspects, such as absenteeism and leaving the profession, which causes economic and organizational repercussions to health systems. This study provides data that indicate that there are differences in the feeling of second victim according to the type of professional, which has practical implications, since the design of help and support systems should be adjusted to these differences.

6 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

This is the first study that specifically addresses this phenomenon in the field of obstetric care in Spain and indicates a high prevalence of this problem in both obstetricians and midwives. This finding makes it necessary for health institutions in our country to create adequate policies to mitigate the problems caused by the second victim phenomenon. The creation of support programmes, such as

a clinician peer support programme, is proposed as an example of these policies, as well as specialized training of midwife supervisors in this area.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

ISD, HGT, JVS and AMM: Conceptualization and design of the study. ISD, AMM and JJS: Organizational aspects and data collection. HGT, JVS and MBP: Data analysis. ISD, JJS and HGT: Writing—original draft preparation. HGT, JVS and AMM: Review and final editing. All authors read and approved the final manuscript.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank all study participants and Dr. José Ángel García Hernández for the external review of the manuscript.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare that there are no conflicts of interest related to this manuscript.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request from the authors. The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Héctor González-De La Torre  <https://orcid.org/0000-0003-1774-4260>

org/0000-0003-1774-4260

José Verdú-Soriano  <https://orcid.org/0000-0002-8307-7323>

REFERENCES

- Ajoudani, F., Habibzadeh, H., & Baghaei, R. (2021). Second victim experience and support tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *International Nursing Review*, 68(1), 34–40. <https://doi.org/10.1111/inr.12628>
- Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkstra LM & van Pampus MG. (2018). Work-related adverse events leaving their mark: A cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry* 18(1),73. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1659-1>
- Bañeras J, Jorge-Pérez P, Bonanad C, López Lluva MT, Moll I & Fidel Kinori SG. (2022). Second victims and quality of support resources among cardiology professionals. *Revista Española de Cardiología (Engl Ed)*.S1885-5857(22)00039-1. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.01.012>. In press.
- Brunelli, M. V., Estrada, S., & Celano, C. (2018). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support tool (SVEST). *Journal of Patient Safety*, 17, e1401–e1405. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000497>
- Buhlmann, M., Ewens, B., & Rashidi, A. (2021). The impact of critical incidents on nurses and midwives: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1195–1205. <https://doi.org/10.1111/jocn.15608>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13, 93–102. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
- Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Scott, S. D., Johnson, S., & Hoffman, J. M. (2021). The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: Connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 195–199. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301>
- Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Patient Safety*, 16(2), e61–e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>
- Cabilan, C. J., & Kynoch, K. (2017). Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: A qualitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15, 2333–2364. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2016-003254>
- Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Iglesias-Alonso, F., Astier, P., Olivera, G., Maderuelo-Fernández, J. A., & Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. (2016). Proposals for the study of the second victim phenomenon in Spanish Primary Care Centres and Hospitals. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 31, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>
- Chan ST, Khong PCB & Wang W. (2017). Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review*.64(2),242-62. doi:<https://doi.org/10.1111/inr.12317>, 64
- Chen, J., Yang, Q., Zhao, Q., Zheng, S., & Xiao, M. (2019). Psychometric validation of the Chinese version of the second victim experience and support tool (C-SVEST). *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1416–1422. <https://doi.org/10.1111/jonm.12824>
- Christoffersen, L., Teigen, J., & Rønningstad, C. (2020). Following-up midwives after adverse incidents: How front-line management practices help second victims. *Midwifery*, 85, 102669. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102669>
- Coates, D., Donnelly, N., & Henry, A. (2021). The attitudes and beliefs of Australian midwives and obstetricians about birth options and labor interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 161–173. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13168>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the Behavioural sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coughlan, B., Powell, D., & Higgins, M. F. (2017). The second victim: A review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 213, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
- Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of web surveys: The checklist for reporting results of internet E-surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e34. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
- Finney, R. E., Torbenso, V. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Allyse, M. A., & Rivera-Chiauzzi, E. Y. (2021). Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A second victim experience and support tool survey. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 642–652. <https://doi.org/10.1111/jonm.13198>
- Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., & Shapiro, J. (2015). Emotion and coping in the aftermath of medical error: A cross-country exploration. *Journal of Patient Safety*, 11(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182979b6f>
- Harvie, K., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32(6), e584–e593. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>
- Haukland, E. C., Mevik, K., von Plessen, C., Nieder, C., & Vonon, B. (2019). Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. *BMJ Open Quality*, 8(1), e000377. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000377>
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and

- decision-making in labour: An integrative review. *Women Birth*, 29(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>
- Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG & Stramrood CA I. (2019). Traumatic experiences and the midwifery profession: A cross-sectional study among Dutch midwives. *Journal of Midwifery & Women's health*.64(4),435-442. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12946>, 64.
- Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD & Oh EG.(2020). Psychometric properties of Korean version of the second victim experience and support tool (K-SVEST). *Journal of Patient Safety*.16(3),179–186. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000466>, 16, 179, 186.
- Knudsen, T., Abrahamsen, C., Jørgensen, J. S., & Schrøder, K. (2021). Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scandinavian Journal of Public Health*, 16, 14034948211004801. <https://doi.org/10.1177/14034948211004801>
- Kruper, A., Domeyer-Klenske, A., Treat, R., Pilarski, A., & Kaljo, K. (2021). Secondary traumatic stress in Ob-gyn: A mixed methods analysis assessing physician impact and needs. *Journal of Surgical Education*, 78(3), 1024–1034. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.08.038>
- Marran, E. (2019). Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nursing Management (Harrow)*, 26(6), 36–43. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1872>
- Masana, S., Sasagawa, E., Hikita, N., Yonezawa, K., & Haruna, M. (2019). The proportions, regulations, and training plans of male midwives worldwide: A descriptive study of 77 countries. *International Journal of Childbirth*, 9(1), 1–14. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.9.1.1>
- McDaniel, L. R., & Morris, C. (2020). The second victim phenomenon: How are midwives affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinis, R., Astier, P., & Research Group on Second and Third Victims. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
- Mok, W. Q., Chin, G. F., Yap, S. F., & Wang, W. (2020). A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 286–293. <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
- Pettker, C. M. (2017). Systematic approaches to adverse events in obstetrics, part I: Event identification and classification. *Seminars in Perinatology*, 41(3), 151–155. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.003>
- Pezaro, S., Clyne, W., & Fulton, E. A. (2017). A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery*, 50, 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.003>
- Pugh, J. D., Twigg, D. E., Martin, T. L., & Rai, T. (2013). Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: A survey of midwives' intentions. *Midwifery*, 29(5), 497–505. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.006>
- Rivera-Chiauszi, E. Y., Smith, H. A., Moore-Murray, T., Lee, C., Goffman, D., Bernstein, P. S., & Chazotte, C. (2020). Healing our own: A randomized trial to assess benefits of peer support. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e308–e314. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000771>
- Rivera-Chiauszi, E., Finney, R. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Torbenson, V. E., & Allyse, M. A. (2021). Understanding the second victim experience among multidisciplinary providers in obstetrics and gynecology. *Journal of Patient Safety*, 18, e463–e469. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000850>
- Santana-Domínguez I, González-de la Torre H & Martín-Martínez A. (2021). Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the second victim experience and support tool (SVEST-E) questionnaire. *Enfermería Clínica (Engl ed)*, 31(6), 334–343.
- Santana-Domínguez, I., González-de la Torre, H., Verdú-Soriano, J., Nolasco, A., & Martín-Martínez, A. (2022). Validation and psychometric properties of the Spanish version of the second victim experience and support tool questionnaire. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.00000000000000989>. In press.
- Scarpis, E., Castriotta, L., Ruscio, E., Bianchet, B., Doimo, A., Moretti, V., Cocconi, R., Farneti, F., & Quattrin, R. (2021). The second victim experience and support tool: A cross-cultural adaptation and psychometric evaluation in Italy (IT-SVEST). *Journal of patient safety*, 18, 88–93. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000812>
- Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Hjelmberg, J. V. B., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.013>
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016b). Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(7), 735–745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016c). Healthcare professionals' perspectives on traumatic childbirth—Interpreting the data. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 95(9), 1079–1080. <https://doi.org/10.1111/aogs.129>
- Schrøder, K., Edrees, H. H., Christensen, R. D., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2019). Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(8), 583–589. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy219>
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International journal of nursing studies*, 52(2), 578–587. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
- Stoll, K., & Gallagher, J. (2019). A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women Birth*, 32(4), e441–e449. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.002>
- Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbridge, A., Rösner, H., Abloescher, M., Huf, W., Ettl, B., & Raspe, M. (2021). Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *Journal of occupational medicine and toxicology*, 16(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
- Torbenson, V. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Finney, R. E., Allyse, M. A., & Rivera-Chiauszi, E. (2021). Second victim experience among OBGYN trainees: What is their desired form of support? *Southern Medical Journal*, 114(4), 218–222. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001237>
- Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Bergh Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2017). Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.009>
- Wahlberg, Å., Högberg, U., & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016>

- White, A. A., Brock, D. M., McCotter, P. I., Hofeldt, R., Edrees, H. H., Wu, A. W., Shannon, S., & Gallagher, T. H. (2015). Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *Journal of Healthcare Risk Management: The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 34, 30–40. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21169>
- White, R. M., & Delacroix, R. (2020). Second victim phenomenon: Is 'just culture' a reality? An integrative review. *Applied Nursing Research*, 56, 151319. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151319>
- Winning, A. M., Merandi, J., Rausch, J. R., Liao, N., Hoffman, J. M., Burlison, J. D., & Gerhardt, C. A. (2020). Validation of the second victim experience and support tool-revised in the neonatal intensive care unit. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 531–540. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000659>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *The Western Journal of Medicine*, 172(6), 358–359. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.6.358>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found in the online version of the article at the publisher's website.

How to cite this article: Santana-Domínguez, I., González-De La Torre, H., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., Suárez-Sánchez, J. J., & Martín-Martínez, A. (2022). Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. *Nursing Open*, 00, 1–14. <https://doi.org/10.1002/nop2.1249>