



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

Trabajo Académico

Relación entre los eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Presentado por:

Autora: Gamero Alvites, Yackeline Lucia


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3044-0782>

Asesora: Dra. Barrios Cabello, Lucimar Josefina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

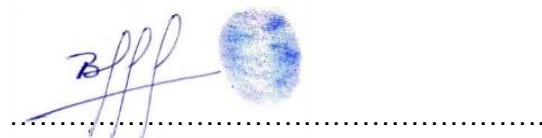
Yo, YACKELINE LUCIA GAMERO ALVITES, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "RELACION ENTRE LOS EVENTOS ADVERSOS Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA , 2025" Asesorado por el docente: Dr. BARRIOS CABELLO, LUCIMAR JOSEFINA DNI 003135336 ORCID...<https://orcid.org/0009-0009-8303-097X> tiene un índice de similitud de 8 % con código OID: 14912:547260310 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor
 YACKELINE LUCIA GAMERO ALVITES
 DNI: 71977351



Firma
 Nombres y apellidos del Asesor: MG. BARRIOS CABELLO LUCIMAR
 DNI: 003135336

Lima, ...23...de...ENERO... de...2026

Dedicatoria

A Dios, quien guía mis pasos y sostiene mi vocación; a mis padres, cimiento de mi formación personal, profesional y espiritual; a mis hermanos y mis amigas, inspiración constante para perseguir mis metas.

Agradecimientos

Al Padre celestial, guía y fortaleza en cada propósito, agradezco; a mis padres, hermanos, y amigas por su comprensión y acompañamiento a lo largo de estos estudios.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1. Temporal.....	7
1.5.2. Espacial.....	7
1.5.3. Unidad de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Eventos adversos	13
2.2.2. Cultura de seguridad del paciente.....	18
2.2.3. Teorías de enfermería asociadas a las variables	23
2.3. Formulación de hipótesis.....	25
2.3.1. Hipótesis general	25
2.3.2. Hipótesis específicas.....	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Método de la investigación.....	26
3.2. Enfoque de la investigación.....	26
3.3. Tipo de la investigación.....	27

3.4.	Diseño de la investigación.....	27
3.5.	Población, muestra y muestreo	28
3.6.	Variabes y operacionalización.....	30
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1.	Técnica.....	31
3.7.2.	Descripción de instrumentos	31
3.7.3.	Validación.....	32
3.7.4.	Confiabilidad	32
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	33
3.9.	Aspectos éticos	33
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	35
4.1.	Cronograma de actividades	35
4.2.	Presupuesto.....	36
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
	Anexo 1: Matriz de consistencia	47
	Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	49
	Anexo 3: Consentimiento informado	53
	Anexo 4: Informe de originalidad	55

Resumen

Introducción: Minimizar los daños derivados de la interacción entre fallas humanas, condiciones clínicas y fallos del propio sistema de salud es el objetivo de la seguridad del paciente. De acuerdo con la OMS, entre las diez principales causas de muerte y discapacidad figuran eventos adversos vinculados a déficits de seguridad. En atención ambulatoria, la magnitud del problema es elevada: cerca de cuatro de cada diez usuarios experimentan algún perjuicio y alrededor del 80% sería evitable. Las áreas críticas se concentran en el proceso diagnóstico, la prescripción y la administración y seguimiento de medicamentos. **Objetivo:** Identificar cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025. **Metodología:** La investigación seguirá una metodología hipotético-deductivo, cuantitativo y aplicado, con diseño no experimental de tipo correlacional y corte transversal. Durante 2025 se trabajará con una muestra de 74 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica. La variable eventos adversos se evaluará mediante la Guía de Observación del MINSA; la cultura de seguridad del paciente, con el Hospital Survey on Patient Safety adaptado y validado por Natali Mori. La información se procesará en SPSS y el contraste asociativo se realizará con el coeficiente de Spearman para estimar la fuerza y la dirección de la relación.

Palabras clave: cultura de seguridad, eventos adversos, paciente.

Abstract

Introduction: Healthcare safety aims to minimize the risk of harm arising from the interaction between human actions, patient conditions, and components of the healthcare system. According to the WHO, adverse events resulting from poor safety in healthcare are among the ten leading causes of death and disability. In outpatient settings, four out of ten patients suffer harm, 80% of which could have been prevented; the most frequent errors are associated with diagnosis, prescription, and use of drugs. **Objective:** To identify the relationship between adverse events and patient safety culture in the emergency department of the Regional Hospital of Ica during the year 2025. **Methodology:** The research will follow a hypothetical-deductive, quantitative, and applied methodology, with a non-experimental correlational and cross-sectional design. During 2025, work will be carried out with a sample of 74 nursing professionals from the emergency department of the Regional Hospital of Ica. The adverse events variable will be evaluated using the MINSA Observation Guide; patient safety culture will be evaluated using the Hospital Survey on Patient Safety, adapted and validated by Natali Mori. The information will be processed in SPSS and the associative contrast will be performed using Spearman's coefficient to estimate the strength and direction of the relationship.

Key words: safety culture, adverse events, patient.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y trabajos correlatos han puesto de relieve la necesidad de robustecer, entre los profesionales sanitarios, una cultura centrada en la seguridad del paciente hospitalizado, dado que la calidad de la atención sigue siendo insuficiente y frena el progreso sanitario de los países. En esa línea, se ha determinado que, en naciones de ingresos menores, alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados presentan riesgo de adquirir infecciones, en tanto que en los países de ingresos altos dicha proporción es menor (1).

El bienestar de quienes reciben atención hospitalaria descansa en la seguridad brindada por el personal de salud. Al respecto, el capital humano del sector y la capacidad tecnológica se consideran de alta calidad y alineados con las necesidades del paciente; esa conjunción, sustentada en datos actualizados sobre avances médicos en ámbitos científicos y de tecnología sanitaria, favorece un clima de confianza, estabilidad y seguridad en la población (2).

La seguridad en la atención sanitaria se orienta a reducir al mínimo el riesgo de daño que emerge de la interacción entre acciones humanas, condiciones del paciente y componentes del sistema sanitario. Entre los factores asociados al aumento o a la disminución del daño y de la mortalidad provocados por eventos adversos en los hospitales se incluyen el clima laboral, el liderazgo, el trabajo en equipo, el número de profesionales y de personal técnico de enfermería, así como el número de ingresos y la complejidad de los pacientes (3).

Según la OMS, los eventos adversos derivados de una atención deficiente en seguridad se cuentan entre las diez principales causas de fallecimiento y discapacidad. En países con economías estables y en crecimiento, uno de cada diez pacientes hospitalizados

padece daño durante su estancia, y el 50% de esos eventos es prevenible; por su parte, en contextos de economías inestables se estiman anualmente 134 millones de eventos adversos atribuibles a atenciones de enfermería poco seguras, con más de 2 millones de muertes, y alrededor de dos tercios de los eventos por atención insegura se concentran en países de ingresos medios y bajos. En el ámbito ambulatorio, cuatro de cada diez pacientes sufren daño, del cual el 80% pudo prevenirse; los errores más frecuentes se asocian al diagnóstico, la prescripción y el uso de fármacos. En los países de la OCDE, cerca del 15% del gasto hospitalario se vincula con eventos adversos (4).

En China, lo determinante para la ocurrencia y el manejo de eventos denominados adversos es la cultura adherida a la seguridad del paciente. Cuando esta es sólida con respuesta no punitiva, comunicación abierta, cooperación interdepartamental y aprendizaje organizacional se favorecen efectivamente la notificación y el análisis, con lo cual se identifican fallas y se previene su repetición. En cambio, una cultura punitiva eleva el estrés psicológico, fomenta la subnotificación y entorpece la mejora continua, aumentando, por tanto, la incidencia de dichos eventos (5).

Entre el 35.4% y el 51.9% de las enfermeras en Irán reportaron haber experimentado, durante el último año, uno de seis eventos adversos. El análisis mostró que el apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, la comprensión general de la cultura de seguridad, el trabajo en equipo, la comunicación y retroalimentación sobre errores, el personal y el intercambio de información fueron predictores significativos de eventos adversos (6).

En Brasil, se reportó que 53,98% del personal completó las dos evaluaciones de cultura de seguridad; la adherencia alcanzó 60,1% en el equipo de enfermería, además, se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de seguridad y la notificación de eventos adversos (7).

En Colombia, un estudio informó una media de 2 eventos adversos por institución en el último año y una puntuación del 70,24% en la dimensión de notificación de eventos relacionados con la seguridad, aunque se sitúa por debajo del 87%. Aun así, persiste el temor a notificar por posibles consecuencias laborales, lo que evidencia la necesidad de promover una cultura de reporte libre y sin represalias (8).

En Perú, la seguridad del paciente y la duración de dicha estancia constituyen uno de los principales desafíos para las instituciones sanitarias por su impacto en el aumento del costo por usuario, el colapso de las actividades asistenciales, la prolongación de los tiempos de espera en emergencias y el riesgo de infecciones intrahospitalarias. De ahí que la calidad de los procesos de atención, junto con las características y perfiles de los usuarios, sean prioridades que las instituciones abordan para no solo garantizar los recursos necesarios para la atención, sino también ajustar la oferta de servicios en función de la demanda (9).

En el Perú, se reconocieron fortalezas en la retroalimentación y la comunicación sobre errores, cuya valoración positiva alcanzó el 75.3%. De igual modo, se registró en el personal asistencial una percepción baja o neutral sobre la cultura de seguridad 90% y una incidencia elevada de eventos adversos no reportados (74%). Se añadió la falta de formación adecuada en errores médicos y la confusión entre bioseguridad y error médico por parte del personal médico, factores que incrementan la frecuencia de eventos adversos y prolongan la estancia hospitalaria (10).

En Ica, diversos prestadores, incluido el Hospital Regional reconocen la magnitud del problema y concentran esfuerzos en consolidar la seguridad del paciente mediante la estandarización de prácticas seguras y la prevención sistemática de eventos adversos. Pese a estas iniciativas, subsisten brechas que impiden asegurar una atención sin daños. Dado ello y por su relevancia para el sistema sanitario, el estudio se orienta a generar beneficios prioritarios para los pacientes y, de manera complementaria, para el personal de salud y las

propias instituciones. A fin de aportar insumos para la toma de decisiones clínicas y gerenciales, la investigación obtendrá evidencia sobre la relación entre la cultura de seguridad y la ocurrencia y prevención de eventos adversos. Para reforzar los principios que sustentan una cultura segura, el proyecto focalizará su análisis en los profesionales que laboran en el servicio de emergencia de un instituto especializado, articulando la colaboración del equipo multidisciplinario responsable de la atención directa. Con este enfoque se prevé identificar áreas críticas, proponer mejoras factibles y promover intervenciones sostenibles orientadas a reducir riesgos y elevar la calidad asistencial.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación de la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?
- ¿Cuál es la relación de la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar cuál es la relación de la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.
- Identificar cuál es la relación de la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.
- Identificar cuál es la relación de la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.
- Identificar cuál es la relación de la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El estudio cobra relevancia porque sitúa el estudio en un ámbito de alto riesgo, el servicio de emergencia, donde la complejidad y la presión elevan la probabilidad de eventos adversos y exigen una cultura de seguridad robusta y no punitiva, orientada al reporte y al aprendizaje continuo. En el plano contributivo, clarificará la relación entre eventos adversos del cuidado y la cultura de seguridad del personal de enfermería, aportando evidencia

contextualizada para orientar políticas y mejoras en el servicio de emergencia. Por último, el trabajo se ancla en los marcos de Orem, Watson, Benner y Florence Nightingale, articulados con el énfasis humanista del cuidado y la relación enfermera–paciente de los documentos locales, que subrayan el cuidado integral y la confianza como fundamento de la seguridad.

1.4.2. Metodológica

Para medir las variables estudiadas vinculadas al personal de enfermería, se adopta un planteamiento metodológico basado en enfoques cuantitativos, descriptivos y correlacionales, cuya idoneidad queda demostrada. El uso de instrumentos validados, junto con técnicas estadísticas rigurosas, permite identificar con la debida precisión fortalezas y debilidades existentes y, a la vez, establecer relaciones significativas entre las variables analizadas. En consecuencia, el método proporciona una base sólida y reproducible, asegura la fiabilidad de los resultados y facilita la toma de decisiones para planificar programas formativos y diseñar estrategias de mejora en el campo de las emergencias y los desastres.

1.4.3. Práctica

Esta investigación tendrá utilidad directa al focalizar cuatro frentes críticos de prevención, administración clínica, errores de documentación, procedimientos asistenciales y de medicación, en línea con la tipología operativa del MINSA. Al cuantificar la cultura de seguridad y su relación con estos indicadores, se obtendrán insumos para orientar intervenciones de enfermería donde la evidencia señala fallas recurrentes en documentación y medicación y subregistro por temor a sanción. En servicios críticos, el fortalecimiento de la cultura de seguridad se ha vinculado con mayor reporte de eventos; por eso, se propondrá un paquete de estrategias factibles, aplicables en servicios de emergencia, rondas de seguridad, formación continua, comunicación abierta y prácticas no punitivas de aprendizaje del error. Los hallazgos permitirán dirigir recursos supervisión de procesos, estandarización

de registros, doble verificación medicamentosa y vigilar resultados asistenciales. Así, se contribuirá a reducir incidentes evitables y a elevar la confiabilidad del cuidado.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El estudio se llevará a cabo entre los meses de julio a diciembre del año 2025.

1.5.2. Espacial

La investigación se “desarrolla en el ámbito del Hospital Regional de Ica, ubicado en la Av. Prolongación Ayabaca s/n (camino a Huacachina), departamento de Ica, Perú.

1.5.3. Unidad de análisis

El estudio se enfocará en las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

Flores et al, (11), 2021, Chile, el objetivo fue “Determinar la asociación entre el nivel de cultura de seguridad, el grado de complejidad de los pacientes y la incidencia de eventos adversos (EA) asociados al cuidado de enfermería en un hospital chileno de alta complejidad”, fue una investigación transversal, cuantitativo, analítico, la población estuvo constituida por 90 enfermeros y 869 reportes de eventos, se aplicó el cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española adaptada del *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. El estudio encontró que la incidencia ajustada de eventos adversos fue mayor en unidades críticas (UCI y UTI adulto). El clima de seguridad global promedió 7,69/10, y 64% de profesionales lo calificó >8. Se concluye que, la incidencia de eventos adversos se asoció significativamente con el clima de seguridad ($p=0,004$) y el servicio, sin vínculo con edad o experiencia, lo que subraya la importancia de la cultura de seguridad para su prevención.

Hafezi et al (12), 2022, Irán, el objetivo fue “Investigar las asociaciones entre las percepciones de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente, la competencia en seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos en hospitales universitarios”, fue una investigación transversal, no experimental, la muestra se determinó en 330 enfermeros, se utilizaron tres cuestionarios para recoger datos sobre cultura de seguridad del paciente, competencia en seguridad del paciente y eventos adversos. La puntuación promedio general de cultura de seguridad fue 3.08 ± 0.49 . Entre los 338 participantes, predominó el sexo femenino (61.8%), con 8.58 años de experiencia en promedio, y adscripción mayoritaria a cuidados intensivos. Puntuaciones más altas en apoyo gerencial, comunicación, trabajo en equipo y transiciones se vincularon de forma significativa con

menor ocurrencia de eventos adversos, errores de medicación, úlceras por presión, caídas y uso prolongado de restricciones físicas. Concluyeron que las dimensiones frecuencia de eventos reportados, expectativas y acciones del supervisor y apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente mostraron asociaciones significativas con la disminución de errores de medicación y otros eventos adversos.

Binkheder et al (13), 2023, Arabia Saudita, el objetivo fue “Explorar las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos centinela reportados a nivel nacional en hospitales de Arabia Saudita”, fue una investigación descriptivo, observacional, transversal, la muestra fue de 366 hospitales, mientras que se reportaron eventos centinela en 103 hospitales, se usó la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*. Los hallazgos muestran una percepción positiva sobre la seguridad del paciente, aunque sin un enfoque institucional definido ni protocolos específicos para eventos adversos. En cultura de seguridad, los puntajes promedio positivos correspondieron a Trabajo en equipo dentro de las unidades 80.65%, Aprendizaje organizacional-continuo 80.33% y Comunicación y retroalimentación sobre errores 65.31%; los más bajos fueron Dotación de personal 32.10% y Respuesta no punitiva al error 26.19%. Se reportaron 231 eventos centinela, siendo los principales factores contributivos Comunicación e Información (63.20%) y Competencia y desempeño del personal (61.04%). Se concluyó correlaciones negativas significativas entre la tasa de eventos centinela y Trabajo en equipo dentro de las unidades ($p = 0.004$), Transferencias y transiciones ($p = 0.006$) y Comunicación abierta ($p = 0.03$).

Alkubati et al (14), 2024, Egipto, el objetivo fue “Determinar la relación entre las percepciones de los enfermeros de cuidados críticos sobre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos en las unidades de cuidados críticos”, fue una investigación transversal, cuantitativa, la población estuvo conformada por 415 enfermeros que laboraban en unidades de cuidados intensivos de tres hospitales de la gobernación de Al-Behera,

Egipto, se utilizó el *Hospital Survey of Patients' Safety Culture (HSOPSC)* en su versión en inglés, desarrollado por la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud. La encuesta mostró tasas reducidas de respuesta positiva en dimensiones clave de la cultura de seguridad del paciente, como dotación de personal (26.6%) y respuesta no punitiva ante errores (38%). En cuanto a la percepción, 42.5% fue moderada y 42% alta. Los eventos adversos más frecuentes fueron quejas de pacientes (65.5%), eventos por medicamentos (56.5%) y caídas (57%). Se concluyó asociaciones significativas entre una baja percepción de seguridad y una mayor incidencia de caídas ($p=0.008$), eventos adversos por medicamentos ($p=0.005$) y quejas de pacientes/familiares ($p=0.030$) en la muestra analizada.

Kakeman et al, (15), 2024, Irán, el objetivo fue “Medir los niveles de competencia en seguridad del paciente percibidos por las enfermeras en hospitales de Irán y examinar la relación entre estas competencias y la ocurrencia y reporte de eventos adversos”, fue una investigación, observacional, transversal, cuantitativo, la muestra Se determinó un tamaño muestral de 511 enfermeras de ocho hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Irán en Teherán, se usó el cuestionario *Patient Safety Competency Self-Evaluation Questionnaire* validado en su contexto. El estudio informó una competencia media en seguridad del paciente de 3.34/5 entre enfermeras, con 41.5% de baja confianza, evidenciando habilidades más altas y conocimiento más bajo. Cerca del 50% reportó errores de manera adecuada. Se concluyó que mayores habilidades ($OR=2.84$) y actitudes positivas ($OR=3.44$) incrementan significativamente el reporte de eventos adversos, mientras que mejor conocimiento se asocia con menor ocurrencia de dichos eventos ($OR=1.50$), confirmando asociaciones relevantes entre competencia y seguridad.

Nacionales

Egúsquiza, (16), 2023, Lima, el objetivo fue “Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos en el centro quirúrgico de una entidad de

salud, San Isidro”, fue un estudio de tipo aplicada con un diseño no experimental, de corte transversal y cuantitativo, con un diseño no experimental y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 80 profesionales de salud del centro quirúrgico, para medir la cultura de seguridad del paciente se utilizó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* y un cuestionario de propia autoría. Los resultados mostraron que el 72.5% del personal de salud alcanzó un nivel alto en cultura de seguridad, en tanto que el 58.8% evidenció un nivel bajo en la prevención de eventos adversos. Se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la percepción de seguridad, la comunicación sincera y la respuesta no punitiva a fallas, con rs entre 0.191 y 0.316 ($p < 0.05$). Estas relaciones subrayan la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad para optimizar la prevención de eventos adversos.

Gallegos, (17), 2023, Lima, el objetivo fue “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción de la prevención de eventos adversos en los enfermeros de un hospital de emergencias”, fue una investigación de método hipotético-deductivo, cuantitativo, aplicada, no experimental, transversal, la muestra estuvo conformada por 79 enfermeras, se utilizó *Survey on Patient Safety* y autopercepción de prevención de eventos adversos se empleó un instrumento estructurado diseñado por Chávez. El nivel predominante de cultura de seguridad del paciente fue medio en 69.6%, mientras que la autopercepción de prevención de eventos adversos fue fuerte en 77.2% de los participantes. Se verificó una relación significativa y positiva entre cultura de seguridad y autopercepción ($Rho=0.489$, $p=0.000$), así como entre la frecuencia de sucesos notificados y la autopercepción ($Rho=0.423$, $p=0.000$). En conjunto, estas asociaciones evidencian correlaciones relevantes entre las variables evaluadas.

Canales, (18), 2023, Ica, el objetivo fue “Determinar cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos del servicio de cirugía,

Hospital Santa María del Socorro 2021”, fue un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, la población fue 140 pacientes del departamento de cirugía del Hospital Santa María, se utilizó dos cuestionarios adaptados en la realidad pertinente. Se halló que el 97,14% del personal exhibía un alto nivel de cultura de seguridad del paciente, y que el 97,86% mostraba igualmente un alto nivel en la prevención de eventos adversos. La frecuencia de tales eventos fue del 19,29%. Se confirmó una correlación positiva significativa observada entre cultura de seguridad y prevención de eventos adversos, con coeficiente de Pearson de 0,863 y $p=0,000$.

Burquez et al, (19), 2024, Lima, el objetivo fue “Describir la relación existente entre la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas de un hospital público en Lima”, fue una investigación estudio cuantitativo de diseño correlacional, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra censal de 115 enfermeras (44 de la UCI y 71 del SE), se utilizó dos cuestionarios ambos adaptados y validados en su realidad. Participaron, en su mayoría mujeres (76,52%), con experiencia de 6 a 15 años (53,04 %). El 74,78% tenía especialización, y 51,30% y 49,57% recibieron capacitación en cultura de seguridad del paciente (CSP) y reporte de eventos adversos (REA), respectivamente. Reportó nivel positivo de CSP el 48,41%, y calificó el REA como aceptable el 75,65 %. Se observó correlación directa y significativa entre CSP y REA ($r = 0,322$, $p < 0,01$).

Condori, (20), 2024, Huancavelica, el objetivo fue “Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y el registro de eventos adversos por el profesional de enfermería en el Hospital Departamental de Huancavelica”, fue un estudio diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional, la muestra evaluada fue de 40 profesionales de enfermería, se utilizó cuestionarios para ambas variables adaptados y validados en su realidad pertinente. Los resultados indican que el 75% de los profesionales de enfermería

son mujeres, con mayor concentración entre 30 y 39 años. Se concluyó en el Hospital una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre todas las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente (área de trabajo, trabajo en equipo, comunicación, dirección y gestión, supervisión) y el registro de eventos adversos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Eventos adversos

Definición

Un evento adverso (EA) se entiende como un daño no intencional sufrido por el paciente, vinculado a la atención de salud y no a su enfermedad de base (Seguro Social de Salud). Se integra a los incidentes de seguridad, cuando el incidente no produce daño se denomina “cuasi falla” o incidente sin daño; si produce daño, se clasifica como EA. Los más graves se conocen como eventos centinela e implican lesión permanente o muerte. La noción subraya un enfoque sistémico, los EA derivan de fallas en procesos asistenciales complejos más que de errores individuales aislados (21).

Mecanismos de ocurrencia de eventos adversos

En los servicios de emergencia, los ámbitos de mayor riesgo clínico se reflejan en los eventos adversos más habituales, lo que orienta la vigilancia clínica cotidiana. En entornos hospitalarios, la literatura converge en cuatro categorías principales de EA, errores de medicación, eventos ligados a dispositivos o procedimientos, caídas de pacientes e infecciones asociadas a la atención de salud (22).

Los eventos adversos se clasifican por su impacto, sin daño (el incidente ocurre, pero no afecta al paciente), daño leve (requiere solo observación o intervención mínima), daño moderado (prolonga la hospitalización o genera secuela temporal) y daño grave (discapacidad permanente, daño severo o muerte). Se denominan eventos centinela los EA

gravísimos e inesperados que implican muerte o daño permanente; estos casos activan las alarmas institucionales para una investigación en profundidad. Por su impacto, los centinelas son infrecuentes, pero entrañan alto costo humano y legal; por ello, su notificación y análisis de causa-raíz son obligatorios. En conjunto, la gravedad del daño puede ir desde lesiones leves y transitorias hasta desenlaces catastróficos. Este esquema guía la prevención (23).

Hoy se acepta que los mecanismos de ocurrencia de los EA responden a una cadena de fallas latentes y activas en el sistema, más que a un “error humano” único y aislado. James Reason propuso el modelo del “queso suizo”, según el cual diversos niveles defensivos presentan agujeros; sobreviene un evento adverso cuando esos agujeros se alinean y permiten que los errores atraviesen todas las barreras (24).

Cada EA obedece a múltiples causas subyacentes, factores del profesional (distracción, fatiga, carencias de conocimiento), del equipo (comunicación deficiente, liderazgo inadecuado), del entorno (iluminación pobre, ruidos), de las tareas (protocolos inexistentes o complejos, dispositivos confusos) y de la institución (cultura punitiva, recursos insuficientes). En síntesis, los fallos resultan de la interacción entre errores humanos y debilidades del sistema. Comprender la trazabilidad del daño el camino causal que conduce al evento es clave para diseñar barreras de seguridad eficaces. Por ello, se promueve una cultura sin culpabilización individual, centrada en identificar y corregir fallas de proceso, asunto que se profundizará en secciones posteriores sobre cultura de seguridad (25).

Medición y reporte de eventos adversos

Medir los eventos adversos es clave para estimar su incidencia y caracterizarlos, con el fin de orientar mejoras. En los servicios de emergencia, la frecuencia de EA suele expresarse mediante tasas o índices según el volumen de atención. En paralelo, algunas instituciones emplean indicadores específicos, entre ellos, índice de eventos adversos prevenibles, tasa de infecciones relacionadas a dispositivos y tasa de retorno inesperado a

emergencias a las 48 horas como señal de la calidad de la atención inicial. En síntesis, combinar datos proactivos con la información de notificaciones voluntarias ofrece un panorama más completo de la seguridad del paciente (26).

Respecto de los sistemas de reporte, la seguridad moderna exige promover la notificación rutinaria, anónima o confidencial y sin sanción de incidentes y eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos. En numerosos hospitales se dispone de formularios o plataformas electrónicas de “Registro de Eventos Adversos” que permiten a cualquier profesional reportar errores, cuasi fallas o eventos adversos. La cultura institucional pesa de manera decisiva, si el personal anticipa represalias o estigmatización, suele ocultar los errores. En cambio, cuando existe respuesta no punitiva ante el error se notifican muchos más incidentes; ello es favorable porque refleja confianza y abre oportunidades de mejora. Para salvaguardar a pacientes y profesionales, se adopta el enfoque de “segunda víctima”: al reconocer que, tras un EA grave, el propio profesional puede quedar afectado, los hospitales implementan protocolos de apoyo psicológico y capacitación (27).

Al notificarse un evento adverso y con mayor urgencia si es grave se pone en marcha el análisis. La herramienta de referencia es el Análisis de Causa Raíz (ACR), procedimiento retrospectivo y sistemático orientado a indagar las causas subyacentes de un EA. La finalidad del ACR es mejorar el sistema: tras un evento centinela, se revisan procesos de identificación, verificación del consentimiento y pausas de seguridad, con el fin de localizar la brecha y definir acciones preventivas concretas (nuevo protocolo, reentrenamiento, rediseño de formularios). Es crucial subrayar que el ACR no pretende culpabilizar personas, sino comprender cómo el sistema permitió el error, en sintonía con el modelo de Reason de errores latentes. Las agencias acreditadoras requieren realizar un ACR para cada centinela en plazos breves, consignando las causas raíz identificadas y el plan de mejora derivado (28).

Comprender la seguridad del paciente descansa en dos pilares, medir los EA mediante indicadores y notificar incidentes de forma sistemática. Los sistemas de reporte no punitivos generan datos que, analizados con ACR u otras metodologías, se convierten en lecciones aprendidas y acciones de mejora. Así se completa el ciclo de gestión del riesgo que consiste en detectar, analizar, mejorar; y se fortalece la prevención. Vale recordar que lo que no se mide, no se mejora; por ello, las instituciones sanitarias exitosas en seguridad cuentan con paneles de indicadores de EA, comparan sus resultados con benchmarks y difunden los hallazgos entre todo el personal de manera periódica, promoviendo conciencia y compromiso con la reducción de eventos adversos (29).

Prevención de eventos adversos

Prevención primaria, comprende las intervenciones orientadas a disminuir la aparición de nuevos EA, suprimiendo riesgos antes de que ocasionen daño. Supone fortalecer el sistema asistencial y consolidar las prácticas seguras del personal. Ello requiere recursos, liderazgo clínico y monitoreo continuo. Entre las estrategias nucleares se cuentan, promover una cultura de seguridad con compromiso visible de la dirección, trabajo en equipo y enfoque no punitivo; asegurar formación continua del personal en técnicas y procedimientos complejos; educar al paciente y a su familia sobre su papel en la seguridad (que conozcan sus medicamentos y alergias, formulen preguntas, empleen el botón de llamado ante señales de alerta); e implantar prácticas clínicas seguras sustentadas en evidencia, con participación de todos los estamentos. Estas últimas se materializan en protocolos estandarizados y listas de verificación aplicadas a procesos de alto riesgo. Prevención secundaria, comprende acciones orientadas a identificar tempranamente un error o un incidente incipiente y a interrumpirlo oportunamente, impidiendo que progrese hasta un evento adverso consumado o, en su defecto, atenuando el daño resultante (30).

En el ámbito de la medicación, la doble verificación independiente de fármacos de alta alerta (insulina, anticoagulantes, sedantes) constituye una medida secundaria esencial, una segunda enfermera revisa dosis y paciente antes de administrar, lo que ha evitado innumerables errores. Asimismo, la comunicación efectiva de incidentes en tiempo real opera como prevención secundaria: si una enfermera comete un error (por ejemplo, administra un medicamento a una hora equivocada), reportarlo de inmediato permite evaluar al paciente, notificar al médico y contrarrestar efectos adversos. Prevención terciaria, comprende las actuaciones que siguen a un evento adverso para mitigar el daño ya ocurrido y evitar recurrencias. Ante un EA, la prioridad inmediata es controlar las consecuencias en el paciente (limitar lesiones, proveer tratamiento reparador) y, de forma paralela, activar el aprendizaje organizacional. Otra pieza clave es el apoyo a la segunda víctima, tras un EA grave, la enfermera o el profesional involucrado puede experimentar culpa, ansiedad, depresión o síndrome traumático. Asimismo, las lecciones aprendidas deben difundirse al resto del personal de manera anónima y con foco en la solución. Por último, la prevención terciaria se integra a la mejora continua: verificar que las acciones correctivas tras un EA se apliquen efectivamente y vigilar su eficacia para impedir casos similares (31).

Dimensiones

Primero, la seguridad en el área de trabajo busca prevenir lesiones derivadas de la atención y es parte esencial de la calidad del servicio. Su eficacia depende del trabajo en equipo: la coordinación y la comunicación entre profesionales permiten un cuidado sinérgico y más seguro. Cuando este elemento falla, aumentan los eventos adversos que pueden afectar la integridad física y emocional de las pacientes e incluso provocar la muerte. Por ello, la atención debe organizarse de forma coordinada para sostener niveles consistentes de seguridad clínica. Segundo, la seguridad brindada por la dirección requiere liderazgo que involucre a todos los actores asistenciales y priorice la reducción de enfermedad, lesiones y

discapacidad. Esto exige una gestión de personal articulada: planificar necesidades, garantizar recursos humanos suficientes e idóneos, asignar competencias adecuadas y supervisar el desempeño. Así, la dirección no solo fija metas, sino que asegura condiciones operativas para evitar daños prevenibles (32).

La seguridad del paciente depende de una comunicación clara y oportuna entre el personal de salud y los usuarios, ya que las fallas aumentan errores y daños. Cuando se aplica de forma constante, la comunicación permite compartir información, evaluar el desempeño y coordinar intervenciones de seguridad. Además, se enfatiza la notificación responsable de errores durante la atención, consultando ante dudas para corregirlos rápido. Todo debe realizarse con empatía y un entorno de confianza. La seguridad en la atención primaria constituye un componente clave, pues mantiene mayor proximidad con poblaciones alejadas de establecimientos de mayor nivel; por ello, acuden a este primer contacto para recibir atención oportuna y, según la gravedad, son derivados o pueden ser manejados in situ. En este contexto, la seguridad alude al entorno y condiciones del servicio que se promueve en dichos espacios, favoreciendo prácticas seguras y continuidad del cuidado (33).

2.2.2. Cultura de seguridad del paciente

Definición

La cultura de seguridad del paciente se define como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso con la seguridad en una organización sanitaria. En términos prácticos, remite al clima organizacional respecto de la seguridad, cómo piensa y actúa el personal para prevenir daños. Cuando la cultura es positiva, el liderazgo y los programas de seguridad del hospital emergen de valores compartidos que priorizan la seguridad, junto con una confianza colectiva en la eficacia de las medidas preventivas implementadas. En

contraste, una cultura pobre se expresa en la negación de problemas, la resignación, es decir, los eventos adversos son inevitables, la falta de comunicación y el miedo a represalias (34).

Entre los rasgos centrales de una cultura de seguridad sólida figuran la comunicación abierta, todos pueden expresar inquietudes, el trabajo en equipo eficaz, la confianza recíproca, la justicia, equilibrio entre no culpar errores humanos y exigir desempeño seguro, el aprendizaje organizacional, los incidentes impulsan cambios y el respaldo gerencial a las iniciativas de seguridad. Tales rasgos sostienen una mejora continua de los resultados de seguridad, tanto a nivel de servicios como de organizaciones y de sistemas (35).

Factores organizacionales que influyen

En liderazgo y gobernanza, la pauta la fija la alta dirección cuando prioriza la seguridad. Si el director hospitalario y los jefes afirman con claridad la seguridad es nuestro valor central y respaldan esa declaración con hechos incorporar metas de seguridad en el plan estratégico, invertir en capacitación y participar en rondas de seguridad, el mensaje permea al conjunto del personal. En cambio, cuando la administración centra su énfasis en la productividad o en recortes de costos, el equipo interpreta que la seguridad queda en segundo plano y ajusta su conducta en esa dirección. Un signo de buena gobernanza es instituir un Comité de Seguridad del Paciente multidisciplinario con poder decisorio e incluir indicadores de seguridad en los cuadros de mando de los gerentes. En servicios de emergencia, un liderazgo eficaz se reconoce por su capacidad de movilizar refuerzos en periodos de saturación, evitando sobrecargas peligrosas (36).

Políticas y normativas, contar con normas claras y conocidas de seguridad, como una política institucional u obligación de efectuar una pausa de seguridad en todo procedimiento y hacerlas cumplir de manera consistente fortalece la cultura. También inciden las políticas de recursos humanos, horarios razonables, rotación por áreas de alto estrés, programas de bienestar y prevención del burnout. Asimismo, las metas internacionales de seguridad del

paciente al institucionalizarse, identificación correcta, comunicación efectiva, seguridad en medicamentos, procedimientos correctos, reducción de infecciones y caídas brindan un marco en el que todo el personal asume las prioridades compartidas de seguridad (37).

Recursos y entorno físico, la seguridad clínica descansa en contar con recursos adecuados (equipos, medicamentos y personal). Un entorno bien dotado facilita prácticas seguras; con carencias, el personal improvisa y crecen seriamente los riesgos. Así, si en Emergencias faltan monitores cardíacos, pacientes críticos quedan sin vigilancia continua y se depende solo de la observación humana, aumentando la probabilidad de eventos no detectados. Si los carros de paro no están completos o los desfibriladores son antiguos, la respuesta ante emergencias vitales pierde seguridad. La infraestructura también pesa: espacios reducidos y hacinamiento dificultan el trabajo ordenado y propician errores (38).

Carga asistencial y flujo de pacientes, la carga de trabajo constituye un factor crítico. Las áreas de Emergencias atraviesan ciclos impredecibles de saturación; si el sistema carece de planes para derivar casos o expandir capacidad durante picos, el entorno se torna caótico y favorece errores. La sobrecarga laboral crónica se ha identificado como determinante en numerosos EA. A ello se suma el hacinamiento, cuando la demanda supera la capacidad, proliferan camillas en pasillos, esperas prolongadas y retrasos en el triage; todo ello erosiona la cultura de seguridad, pues el personal se siente incapaz de brindar cuidado seguro. Por ello, las organizaciones deben gestionar flujos para conservar una ratio atenciones/recursos manejables (39).

Sistemas de información y comunicaciones, la presencia de sistemas electrónicos integrados puede fortalecer la cultura al disminuir errores y aumentar la confianza en los procesos. Contar con una Historia Clínica Electrónica (HCE) unificada evita fallos por registros ilegibles o extraviados y facilita la comunicación entre niveles. No obstante, cuando estos sistemas son poco amigables o fallan, generan frustración y nuevos errores (factores

tecnológicos). Por ello, su despliegue debe ir con capacitación adecuada y ajustes guiados por el feedback de los usuarios, es decir, aplicar cultura de seguridad también en su implementación (40).

Factores individuales que influyen

Competencias y formación, la capacidad de cada enfermera para brindar cuidado seguro depende del nivel de conocimiento técnico y habilidades. Quienes poseen mayor formación tienden a adherirse a guías y reconocer oportunamente situaciones de riesgo. La ausencia de entrenamiento específico expone al personal menos preparado a errores por desconocimiento, como no calibrar adecuadamente una bomba de infusión. Por ello, invertir en educación continua opera como determinante positivo de la cultura, cuando las enfermeras confían en sus competencias, trabajan con más seguridad y contribuyen de modo más efectivo al equipo (41).

Experiencia clínica, con los años y la exposición a situaciones diversas se afina el ojo clínico. La teoría de Benner plantea que los expertos no solo acumulan más conocimiento, sino que procesan la información de modo distinto y pueden anticipar problemas. Así, una enfermera con trayectoria en UCI puede advertir signos sutiles de sepsis incipiente que un novato pasaría por alto. No obstante, la relación entre experiencia y cultura de seguridad no es lineal. Esto sugiere que la experiencia individual colabora en prevenir EA en la práctica, pero la percepción de seguridad también depende, en gran parte, de otros factores (42).

Actitudes y creencias personales, cuando un profesional valora, de modo intrínseco, la seguridad y la ética del cuidado, su conducta se alinea con prácticas seguras. Estas disposiciones pueden nacer en la formación inicial o en experiencias vividas, quien atravesó un evento adverso grave asume mayor compromiso para evitarlo a futuro. En contraste, la actitud cínica o el burnout avanzado favorecen la indiferencia ante prácticas seguras,

debilitando la cultura. De ahí que sean cruciales la selección de personal y las intervenciones sobre bienestar psicosocial (43).

Autoeficacia y habilidades no técnicas, la autoeficacia alude a la confianza en la propia capacidad para ejecutar tareas. Cuando una enfermera la posee en alto nivel, suele anticiparse a señalar problemas y asumir responsabilidades de seguridad, pues confía en su juicio. De ahí que fortalecerla mediante entrenamiento contribuya a mejorar la cultura. A la par, habilidades como comunicación, trabajo en equipo y gestión del estrés denominadas habilidades no técnicas, varían entre individuos y condicionan conductas seguras. Una enfermera con buena comunicación puede advertir un error a un colega sin ofenderlo y lograr corregirlo; otra, carente de esas habilidades, podría callar o comunicarlo de modo inadecuado, generando conflicto. Los programas de simulación se emplean para desarrollar estas competencias blandas en entornos controlados y han demostrado mejorar la performance de equipos reales posteriormente (44).

Estado de salud y fatiga, el estado físico y mental del trabajador, a menudo olvidado, condiciona la seguridad. La fatiga, la privación de sueño, el estrés emocional y enfermedades no tratadas, por ejemplo, migrañas frecuentes o depresión en una enfermera disminuyen la atención y la motivación, mermando su aporte a la seguridad. Un personal saludable y descansado comete menos errores. Por ello, la cultura de seguridad incorpora cuidar al personal: horarios humanizados, rotación y apoyo en salud mental (45).

Dimensiones

La administración clínica comprende procesos y protocolos destinados a asegurar un cuidado seguro y eficaz. En este marco, el personal de enfermería coordina y responde oportunamente a las necesidades del paciente, supervisa la continuidad asistencial y aplica correcciones cuando detecta brechas. El objetivo es prevenir eventos adversos derivados de fallas en la atención, como cuidados inadecuados o procedimientos incompletos, erróneos o

que, por su ejecución, ocasionen daño al paciente. La dimensión procedimientos asistenciales, se orientan a prevenir efectos adversos vinculados con las funciones del personal de enfermería. Dichos efectos pueden originarse cuando se ejecutan actividades incompletas o erróneas, o intervenciones que el paciente no requiere, lo que puede repercutir en su salud y/o seguridad y, en casos extremos, comprometer la vida del paciente (46).

La dimensión errores de documentación comprenden prevenir fallos vinculados al registro de todos los procedimientos y a la administración de medicamentos que recibe el individuo por parte del personal de enfermería. Un registro completo permite visualizar incluso los pendientes por realizar y mantiene informados y actualizados a los demás licenciados, con el fin de evitar equivocaciones. La ausencia de estas prácticas puede ocasionar daños en los pacientes, incluso irreversibles, debido a duplicidad de procedimientos que no son necesarios y a omisiones que comprometen la seguridad. La dimensión errores en la medicación se remiten a la administración inadecuada de fármacos a los pacientes; son un efecto adverso evitable en su totalidad cuando hay registro correcto de lo ya realizado, porque el seguimiento documental previene duplicidades y, si no, fallos perjudican al paciente (47).

2.2.3. Teorías de enfermería asociadas a las variables

Teoría ambiental de Florence Nightingale: sostuvo que un entorno limpio, iluminado, ventilado y seguro favorece la recuperación y evita complicaciones. Su enfoque pionero subrayó que los factores ambientales, higiene y orden, previenen infecciones y daños, sentando las bases de la prevención de EA vinculados al entorno y la asepsia. La mejora de las condiciones ambientales en hospitales, impulsada por Nightingale, redujo drásticamente la mortalidad por infecciones y mostró cómo intervenciones sistémicas pueden impedir eficazmente eventos adversos (48).

Jean Watson – Teoría del Cuidado Humano: sitúa el cuidado holístico y humanizado en el centro de la práctica, sustentado en la empatía, la presencia y la confianza en la relación enfermera–paciente. Estas cualidades son requisito para una cultura de seguridad, cuando el entorno de cuidado es genuino, pacientes y colegas se sienten seguros para comunicar errores o riesgos. Watson destaca el valor del entorno de cuidado, un clima de respeto y apoyo emocional que, traducido a seguridad, implica un ambiente donde las enfermeras se cuidan mutuamente y atienden con atención plena, disminuyendo conductas inseguras. Finalmente, equipos impregnados de la filosofía de Watson consolidan la confianza, ante un evento adverso, predomina la compasión y el impulso de aprender, por encima de la culpa, en la práctica clínica (49).

Patricia Benner – Modelo Novato a Experto: Una cultura de seguridad aprovecha la experiencia clínica como insumo para mejorar en práctica. De acuerdo con Benner, las enfermeras expertas poseen conocimiento tácito para detectar condiciones inseguras o anticipar complicaciones. Por ello, las organizaciones seguras fomentan el mentoring, profesionales senior que guían a junior en buenas prácticas y construyen un acervo que evita repetir errores. La teoría también implica reconocer los límites de competencia, una cultura de seguridad anima al personal con menor experiencia a pedir ayuda sin temor, sabiendo que será apoyado y no juzgado. Esta premisa se alinea con la práctica en urgencias de trabajo en equipo, donde cada integrante reconoce cuándo requiere respaldo del otro. En síntesis, Benner incorpora la idea de desarrollo profesional progresivo como componente de la cultura: invertir en formación, permitir aprender de los errores y capitalizar la pericia de los expertos para elevar el estándar de seguridad sostenidamente (50).

Dorothea Orem – Teoría del Autocuidado: en la cultura de seguridad, esta propuesta opera en dos frentes, paciente y profesional. Sitúa la autoeficacia y la responsabilidad personal como ejes del cuidado seguro. Del lado del paciente, una organización con cultura

de seguridad lo incorpora activamente en su propio cuidado, esta participación deriva del planteamiento de Orem y orienta a prevenir eventos adversos. En el ámbito profesional, el autocuidado remite a conservar salud física y mental: un equipo exhausto o estresado es más proclive a errores. Por ello, una cultura sólida promueve el bienestar del personal, descansos adecuados, apoyo emocional, rotación, reconociendo que enfermeras saludables cometen menos errores. Orem, además, subraya la educación continua como vía para la autonomía, en un hospital seguro se ofrecen entrenamientos frecuentes y se espera que cada enfermera tome iniciativa para actualizarse, reforzando así su confianza (autoeficacia) para ejecutar prácticas seguras (51).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_i: Existe relación estadísticamente significativa entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.
- Existe relación significativa entre la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

- Existe relación significativa entre la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.
- Existe relación significativa entre la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método será hipotético–deductivo, un enfoque de investigación estructurado que parte de hipótesis sustentadas en teorías previas, de las que se desprenden predicciones que después se someten efectivamente a contrastación empírica mediante observación y experimentación. Este proceso, metódico y reiterativo en cada una de sus etapas, posibilita que, a partir del análisis de datos, las hipótesis sean verificadas o refutadas y que, con ello, se modifiquen o se formulen nuevas teorías. Así se resguardan la objetividad y la solidez del conocimiento científico alcanzado (52).

3.2. Enfoque de la investigación

Será de enfoque cuantitativo, ya que se plantea como un paradigma de investigación orientado a la obtención y al análisis de datos numéricos, para posibilitar la medición objetiva y la verificación estadística de hipótesis que dan cuenta de diversos fenómenos y de sus relaciones causales. Se sustenta en el empleo de instrumentos estructurados y métodos estadísticos, lo que permite replicar los estudios y extrapolar resultados a poblaciones más amplias, garantizando precisión y objetividad en el proceso investigativo (53).

3.3. Tipo de la investigación

Será de naturaleza aplicada, orientada a la producción y aplicación de saberes científicos para resolver problemas prácticos y elevar la calidad de vida, mediante combinación de conocimientos teóricos con su puesta en práctica en entornos clínicos y comunitarios. Este estudio se define por un enfoque interdisciplinario y por el empleo de métodos rigurosos, lo que permite impulsar la búsqueda de soluciones eficaces en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, a la vez que aporta a la mejora de las políticas de salud y fomenta la innovación en el ámbito sanitario (54).

3.4. Diseño de la investigación

Se optará por un estudio no experimental, en el que los fenómenos se observan tal como acontecen en su escenario natural, sin manipular deliberadamente las variables independientes. Este diseño describe y detecta patrones en contextos reales, por lo que resulta clave en investigaciones descriptivas y correlacionales. El rigor se asegura mediante recolección y análisis precisos de los datos, sustentados en técnicas cuantitativas y protocolos estandarizados de registro. cuantitativas (55).

El estudio tendrá corte transversal y ofrece una fotografía puntual de las condiciones existentes, muy utilizado en investigaciones sociales y del ámbito de la salud. Al ser observacional, recoge datos de una población o muestra en un único momento y permite valorar simultáneamente múltiples variables para identificar patrones, relaciones y tasas de prevalencia. Asimismo, facilita establecer comparaciones entre distintos subgrupos y aporta una base sólida para la descripción y el análisis de fenómenos en contextos determinados, y refuerza la comprensión de fenómenos en contexto (56).

El nivel de estudio será correlacional: se centra en el examen estadístico de cómo interactúan dos o más variables, permitiendo identificar y medir el grado y la dirección de sus asociaciones sin afirmar causalidad. Este nivel recurre a procedimientos cuantitativos

para poner en evidencia patrones y tendencias, y resulta clave en estudios descriptivos orientados a sustentar hipótesis para indagaciones posteriores de mayor alcance. Su solidez descansa en la objetividad y la sistematicidad con que se obtienen los datos, garantizando resultados representativos que respalden la inferencia de relaciones significativas en contextos definidos (57).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población de investigación se define como el conjunto total de individuos, elementos o casos con características específicas que constituyen el foco del estudio, lo que posibilita extrapolar los hallazgos obtenidos y sustentar con rigor la formulación de conclusiones (58), la misma que será constituida por 74 profesionales de enfermería que labora en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, en el año 2025.

Muestra

La muestra se entiende como el subconjunto de la población de estudio que, al conservar con fidelidad sus rasgos, se obtiene mediante métodos y criterios formalmente definidos que permiten el análisis empírico y la inferencia estadística. En ese sentido, el estudio será censal, por lo que se utilizará el 100% de la población de estudio (59).

Muestreo

Se empleará un muestreo no probabilístico de tipo censal, apropiado cuando el universo de estudio es pequeño, accesible y delimitado, de modo que la información pueda recabarse de forma completa sin requerir criterios de selección. Este planteamiento destaca por su factibilidad siempre que la población mantenga un tamaño moderado y sea accesible, razón por la cual resulta particularmente útil y pertinente en estudios organizacionales (60).

Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**

- Mayores de 18 años y ambos sexos
 - Laboren de manera presencial
 - Laboren en el servicio de emergencia
 - Decidan participar voluntariamente
 - Todos firmen el consentimiento informado
- **Criterios de exclusión**
 - Familiares y amistades de los profesionales de enfermería
 - Otros profesionales diferentes a enfermería.
 - Sin voluntad de participar
 - No firman el consentimiento informado

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rango)
Variable 1 EVENTOS ADVERSOS	Se entiende como un daño no intencional sufrido por el paciente, vinculado a la atención de salud y no a su enfermedad de base (Seguro Social de Salud). Se integra a los incidentes de seguridad, cuando el incidente no produce daño se denomina “cuasi falla” o incidente sin daño; si produce daño, se clasifica como evento adverso (61).	Se refiere al daño no intencional sufrido por el paciente, vinculado a la atención de salud y no a su enfermedad de base servicio de emergencia de un Hospital Regional de Ica, medida mediante un instrumento validado en el contexto, con valor final de deficiente, regular, excelente.	Administración clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente erróneo • Servicio erróneo 	Nominal	Deficiente: 00 – 25 puntos Regular: 26 – 28 puntos Excelente: 29 – 34 puntos
			Procedimientos asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza adecuadamente • Procedimiento incompleto • Proceso erróneo • Lugar del cuerpo erróneo 	Nominal	
			Errores en la documentación	<ul style="list-style-type: none"> • Ausentes o no disponibles • Demoras en accesos • Documentos erróneos • Información ilegible, incompleta 	Nominal	
			Errores en la medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Equivocaciones de pacientes • Medicamento erróneo • Frecuencia y dosis incorrecta • Vía errónea • Medicamentos caducos 	Nominal	
Variable 2 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Es una disciplina de atención en salud surgida por la complejidad de las múltiples actividades que se desarrollan en la atención sanitaria contemporánea, cuyo contexto ha conducido a diversos daños en pacientes dentro de los establecimientos. Alude, además, a un conjunto de actitudes, competencias, patrones y valores de cada persona que permiten apreciar el grado de compromiso que esa misma tiene con la seguridad del paciente (62).	Se refiere a la disciplina de atención en salud con la seguridad del paciente en el servicio de emergencia de un Hospital Regional de Ica, medida mediante un instrumento validado en el contexto, con valor final de buena, regular y mala.	Seguridad en el área de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el servicio • Carga laboral • Trabajo en equipo • Respeto en el área • Aplicación de medidas de prevención 	Ordinal	Malo: 20 – 48 puntos Regular: 49 – 67 puntos Bueno: 68 – 100 puntos
			Seguridad brindada por la dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Comentarios favorables • Sugerencias del profesional • Trabajo bajo presión • Atención de problemas de seguridad 	Ordinal	
			Seguridad desde la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de cambios • Cuestionamiento de decisiones • Prevención de errores • Miedo para hacer preguntas 	Ordinal	
			Sucesos notificados	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación de errores • Errores potenciales 	Ordinal	
			Seguridad desde la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente seguro de trabajo • Pérdida de información • Seguridad como prioridad • Interés por la seguridad ante todo 	Ordinal	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleará la encuesta. Esta técnica, como método organizado de recopilación de datos, se apoya en la aplicación de cuestionarios de formato estructurado o semiestructurado a una muestra representativa de la población. Con ello es posible obtener información numérica y también descriptiva sobre variables específicas, abarcando opiniones, conductas y características demográficas. La estandarización de las preguntas facilita realizar análisis estadísticos rigurosos y asegura la reproducibilidad de los hallazgos; por esa razón, este procedimiento resulta fundamental para el desarrollo y la verificación de hipótesis en diversos ámbitos de estudio y práctica profesional (63).

3.7.2. Descripción de instrumentos

A. Instrumento para la variable “Eventos adversos”

Se usará, para medir la variable prevención de efectos adversos, un cuestionario del Ministerio de Salud (MINSA), derivado de su guía de observación para prevenir eventos adversos y adaptado por Mori (2017). En cuatro ámbitos, el instrumento organiza 17 ítems: gestión/administración clínica, procedimientos de atención, registro documental y manejo de la medicación. Las respuestas son dicotómicas (No=1; Sí=2) y el puntaje total (17–34) se interpreta así: 17–25 deficiente, 26–28 regular y 29–34 excelente.

B. Instrumento para la variable “Cultura de seguridad del paciente”

Para evaluar la cultura de seguridad del paciente se empleará el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), diseñado en 2005 y adaptado al contexto peruano por Natali Mori en 2017. El cuestionario organiza sus indicadores en cuatro dominios: seguridad en el área de trabajo, respaldo directivo a la seguridad, comunicación orientada a la seguridad y reporte de sucesos junto con

la seguridad en atención primaria. Su uso permitirá estimar percepciones por dimensión y generar una base comparable para el análisis del estudio.. Las opiniones se clasificarán con una escala Likert: 1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre. El puntaje se valorará mediante un baremo de nivel de seguridad: Buena (68–100), Regular (49–67) y Mala (20–48 puntos).

3.7.3. Validación

A. Instrumento para la variable “Evento adverso”

En el cuestionario Prevención de efectos adversos, la validación se realizó mediante juicio de tres expertos, con base en los criterios de pertinencia, relevancia y claridad, arrojando un p_valor de 0.05.

B. Instrumento para la variable “Cultura de seguridad del paciente”

En el cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente, la validez se determinó mediante juicio de tres expertos, con base en criterios de pertinencia, relevancia y claridad; el análisis reportó un p_valor final de 0.05.

3.7.4. Confiabilidad

A. Instrumento para la variable “Evento adverso”

Para la confiabilidad, se aplicó a una muestra de 15 profesionales de enfermería y, mediante el coeficiente de Kuder Richardson, se obtuvo 0.865, indicador de alto grado de confiabilidad.

B. Instrumento para la variable “Cultura de seguridad del paciente”

La confiabilidad del instrumento se estimó mediante una prueba piloto aplicada a 15 profesionales de enfermería; se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach y se obtuvo 0.860, valor que indica un alto grado de fiabilidad.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Previo a su aplicación, los instrumentos de investigación se someterán a un trámite formal que comienza con la aprobación del comité de investigación de la universidad y con la obtención de los permisos correspondientes ante las autoridades del hospital. Dichos instrumentos, previamente validados y con elevados índices de confiabilidad, se administrarán según el cronograma fijado y en alineación con los tiempos y procedimientos del centro de salud. Además, su uso se realizará en estricto acatamiento de la normativa interna institucional y del código de investigación de la universidad, con lo cual se asegura el rigor metodológico y la observancia de los principios éticos a lo largo del desarrollo del estudio.

Concluida la recolección de datos, se dará inicio al procesamiento, el cual incluirá el análisis, la organización y el depurado de la base para detectar discrepancias y valores atípicos. Luego, los datos se codificarán y digitalizarán con apoyo de herramientas estadísticas, como Excel e IBM SPSS v.27. En esta fase, se evaluará la calidad de la información mediante escalas de medición y pruebas de normalidad, garantizando que la distribución de los datos resulte adecuada para sostener un análisis robusto.

El análisis de los datos se realizará en alineación con el diseño del estudio y con sus objetivos general y específicos, empleando enfoques estadísticos descriptivos que abarquen medidas de tendencia central y de dispersión para sintetizar la información. Además, se efectuarán análisis inferenciales, entre ellos pruebas de correlación de Spearman, con el fin de identificar y valorar las relaciones existentes entre las variables consideradas.

3.9. Aspectos éticos

Autonomía: Lo que se asegurará es la entrega de información clara y exhaustiva acerca de objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación, a fin de que los participantes otorguen voluntariamente su consentimiento informado. De igual modo, se

garantizará su libertad de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello implique consecuencia adversa alguna.

Beneficencia: El deber de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para los participantes se asume mediante la implementación de medidas preventivas que incluyan seguimiento detallado y protocolos de respuesta ante cualquier eventualidad adversa. Tales disposiciones garantizan la protección de los sujetos de estudio, se alinean con los principios éticos de la investigación y contribuyen a fortalecer la validez del estudio mediante una gestión responsable de los riesgos involucrados.

No maleficencia: Es obligación derivada del principio de no maleficencia que los investigadores se abstengan de causar daño físico, psicológico o social a los participantes. En coherencia, se aplicarán medidas para reducir el riesgo, garantizar la confidencialidad estricta de los datos, resguardar la identidad de los sujetos mediante la anonimización formal de la información y evitar, en todo momento, cualquier intervención susceptible de provocar sufrimiento indebido.

Justicia: En investigación, la justicia exige que la selección de participantes sea imparcial y que ventajas y cargas del estudio se distribuyan de manera equitativa en todo momento, y responsablemente. Implica considerar a los grupos vulnerables, usando criterios de inclusión y exclusión con base científica y ética, para prevenir toda forma de discriminación.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025																							
	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión bibliográfica	X	X	X																					
2. Redacción de la situación del problema			X	X																				
3. Redacción de los objetivos				X	X																			
4. Redacción de la justificación					X	X																		
5. Redacción de los antecedentes						X	X																	
6. Redacción del marco teórico								X	X	X	X	X												
7. Elaboración del enfoque y diseño de investigación											X	X	X											
8. Elaboración de la población y muestra													X	X	X									
9. Elaboración de técnica e instrumentos de recolección de datos															X	X	X							
10. Diseño de aspectos administrativos																		X	X					
11. Desarrollo de los anexos (matriz e instrumentos)																				X	X			
12. Aprobación del proyecto de investigación																							X	
13. Sustentación del proyecto de investigación																								X

4.2. Presupuesto

MATERIALES	2025						
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Equipos							
1 laptop	S/.1800						S/.1800
USB		S/.55					S/.55
Útiles de escritorio							
Lapiceros		S/.8					S/.8
Lápiz					S/.8		S/.8
Tableros					S/.25		S/.25
Hojas bond A4		S/.14			S/.14		S/.28
Material bibliográfico							
Libros	S/.19	S/.56	S/.29	S/.19			S/.120
Fotocopias	S/.12	S/.12	S/.11	S/.13	S/.11		S/.52
Impresiones	S/.12	S/.9		S/.12		S/.8	S/.41
Espiralado					S/.12	S/.12	S/.79
Otros							
Movilidad				S/.75	S/.75		S/.150
Alimentos	S/.20	S/.20	S/.20	S/.20	S/.20	S/.20	S/.120
Llamadas	S/.20	S/.16		S/.21			S/.57
Internet	S/.51	S/.51	S/.51	S/.51	S/.51	S/.51	S/.300
Recursos humanos							
Digitadora		S/.70					S/.70
Imprevistos			S/.100		S/.50	S/.100	S/.250
Total	S/.1931	S/.308	S/.209	S/.206	S/.263	S/.190	S/.3162

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noghrehchi P, Hefner JL, Walker DM. The relationship between hospital patient safety culture and performance on Centers for Medicare & Medicaid Services value-based purchasing metrics. *Health Care Manage Rev.* 2024;49(4):281-90.
2. Alshyyab MA, FitzGerald PG, Ababneh EY, Zghool AW, Albsoul RA. Nurses' perceptions regarding the impact of teamwork on patient safety culture in the operating room: A qualitative study. *Perioper Care Oper Room Manag.* 2023;33.
3. Berry J, Terrance D, Bartman T, Hafer C. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025];16(2):130-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251>
4. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. OMS. 2023 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Sun L, Lu Q, Gao W, Li X, Cheng J, Liu D, et al. Study on the influence of patient safety culture on the pain and turnover intention of Chinese nurses in adverse nursing events. *Nurs Open.* 2023;10(10):6866-74.
6. Kakemam E, Gharaee H, Rajabi MR, Nadernejad M, Khakdel Jeldar Z, Raeissi P, et al. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nurs.* 2021;20(1).
7. de Moraes MVA, de Almeida ILS, de Carvalho REFL. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2023;57.
8. Salazar-Maya ÁM, Marín DMR. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte.* 2020;11(2).

9. Díaz-Koo C, Fernández-Mogollón J, Hirakata-Nakayama C. Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. *Revista del Cuerpo Médico* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025];13(3). Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2020.133.732>
10. Fernández S. Eventos relacionados con la seguridad del paciente y estancia hospitalaria en una institución de salud peruana. *Sciencevolution* [Internet]. 2025 [citado 30 de septiembre de 2025];4(2):7-14. Disponible en: <https://doi.org/10.61325/ser.v4i2.174>
11. Flores E, Godoy J, Burgos F, Salas C. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2021 [citado 30 de septiembre de 2025];27(27):1-13. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100223&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Hafezi A, Babaii A, Aghaie B, Abbasinia M. The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 [citado 30 de septiembre de 2025];21(292). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01076-w>
13. Binkheder S, Alaska Y, Albaharnah A, Khalid R, Mubarak N, Ahmad A, et al. The relationships between patient safety culture and sentinel events among hospitals in Saudi Arabia: a national descriptive study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [citado 30 de septiembre de 2025];1(23). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09205-0>
14. Alkubati S, Al-Qalah T, Salameh B, Alrubaiee G, Louutfy A, Alwesabi S, et al. Understanding the Relationship Between Critical Care Nurses' Perception of Patient

- Safety Culture and Adverse Events. SAGE Open Nurs [Internet]. 2024 [citado 30 de septiembre de 2025];10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608241292847>
15. Kakeman E, Hassan A, Rouzbahani M, Gharakhani M, Zahedi H, Taheri R. Nurses' perceptions of patient safety competency: A cross-sectional study of relationships with occurrence and reporting of adverse events. PLoS One [Internet]. 2024 [citado 30 de septiembre de 2025];19(1):e0297185. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297185>
 16. Egúsquiza iris. Cultura de seguridad y prevención de eventos adversos en el centro quirúrgico de una entidad de salud de San Isidro, 2023 (Tesis de maestría) [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2023 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/127656>
 17. Gallegos R. Cultura de seguridad del paciente y autopercepción de prevención de eventos adversos de los enfermeros de un hospital de emergencias, 2023 (Tesis de maestría) [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/d300a1f8-e3d6-4456-ab74-7d0a7104cd10>
 18. Canales N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del servicio de cirugía, hospital Santa María del Socorro 2021 (Tesis de pregrado) [Internet]. [Ica]: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0a6e292b-2f13-4fa7-8fd8-8de19adb28cc/content>
 19. Huayhua S, Quispe A. Nivel de conocimiento y destrezas en desastres de origen sísmico en el personal de salud que labora en el servicio de emergencia del centro de

- salud de Huaccana 2020 (Tesis de Segunda Especialidad) [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2022 [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6624>
20. Condori L. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, Hospital Departamental Huancavelica, 2022 (Tesis de pregrado) [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024 [citado 30 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/e7f19f3a-4070-44f6-bdcc-b971e4c4664b>
 21. Yeşilyaprak T, Demir Korkmaz F. The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nurs Crit Care*. 2023;28(1):63-71.
 22. Burquez G, Zeladita J, Carcelén C, Hurtado J. Cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2024 [citado 30 de septiembre de 2025];40:e6223. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6223>
 23. Qoronfleh MW, Essa MM, Mohammed SGAA. A Perspective on Patient Safety Culture among Nurses in Qatar. *Int J Nutr Pharmacol Neurol Dis*. 2023;13(4):272-5.
 24. Louise Hall-Lord ML, Bååth CB, Nordin A. Patient Safety Culture and Teamwork in Hospital Wards: Registered Nurses' and Nursing Assistants' Perceptions and Attitudes. *Nurs Forum (Auckl)*. 2024;2024(1).
 25. Fekonja Z, Kmetec S, Mlinar Reljić N, Černe Kolarič J, Pajnkihar M, Strnad M. Perceptions of Patient Safety Culture among Triage Nurses in the Emergency Department: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Switzerland)*. 2023;11(24).

26. Alkubati SA, Al-Qalah T, Salameh BSS, Alsabri MH, Ghaleb Alrubaiee GG, Loutfy A, et al. Understanding the Relationship Between Critical Care Nurses' Perception of Patient Safety Culture and Adverse Events. *SAGE Open Nurs.* 2024;10.
27. Aouicha W, Tlili MA, Sahli J, Ben Dhiab M, Chelbi S, Mtiraoui A, et al. Exploring patient safety culture in emergency departments: a Tunisian perspective. *Int Emerg Nurs.* 2021;54.
28. Ayoub AY, Salim NA, Hdaib BM, Eshah NF. Factors contributing to patient safety culture: The staff perspective. *British Journal of Health Care Management.* 2021;27(12).
29. Manzanera López RL, Mira JJ, Plana M, Moya DA, Guilabert M, Ortner Sancho J. Patient Safety Culture in Mutual Insurance Companies in Spain. *J Patient Saf.* 2021;17(3):175-81.
30. Olvera E, Estefanía Albán Manzano B, Sayda Solorzano Sandoval J, Bosco Espinoza González J, Elizabeth Figueroa Jiménez N. Estrategias de enfermería para reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados. *Ciencia y Educación [Internet].* 2025; Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-2198-6142>
31. Fassi CF, Mourajid Y, Azilagbetor DM, Sabri A, Chahboune M, Hilali A. Assessment of patient safety culture in Moroccan primary health care: a multicentric study. *BMC Nurs.* 2024;23(1).
32. Alvarado H, Saldaña DA. Prevention of adverse events in pediatrics intensive care units. *Barranquilla (Col).* 2016;32(1):144-52.
33. Mori N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 (Tesis de maestría) [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 30 de

septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12905>

34. Boussat B, Seigneurin A, Giai J, Kamalanavin K, Labarère J, François P. Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers. *J Patient Saf.* 2021;17(8):E1194-201.
35. Källman U, Rusner M, Schwarz A, Nordström S, Isaksson SS. Evaluation of the Green Cross Method Regarding Patient Safety Culture and Incidence Reporting. *J Patient Saf.* 2022;18(1):E18-25.
36. Rocha RC, de Abreu IM, de Carvalho REFL, da Rocha SS, de Araújo Madeira MZ, Avelino FVSD. Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2021;55:1-9.
37. Alsabri MH, Boudi Z, Lauque D, Daglius Dias RD, Whelan JS, Östlundh LM, et al. Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2022;18(1):E351-61.
38. Jivani KK, Mistri N, Ali SA. An Overview of the Literature on Patient Safety Culture. *Liaquat National Journal of Primary Care.* 2023;5(3):199-203.
39. Soussi S, Hamouda I, Dalinda R, Chkili W, Tlili MA, Salouage I, et al. Patient safety culture in neonatal intensive care units as seen by nurses; La culture de sécurité des patients dans les unités de soins intensifs néonataux vue par les équipes. *Soins Pédiatrie/Puericulture.* 2022;43(326):32-8.
40. Lee SE, Dahinten VS, Seo J kyung, Park I young, Lee M young, Han H. Patient Safety Culture and Speaking Up Among Health Care Workers. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2023;17(1):30-6.

41. Draganović Š, Offermanns G. Overview of Patient Safety Culture in Bosnia and Herzegovina With Improvement Recommendations for Hospitals. *J Patient Saf.* 2022;18(8):760-9.
42. Gampetro PJ, Segvich JP, Jordan N, Velsor-Friedrich B, Burkhart L. Perceptions of pediatric hospital safety culture in the united states: An analysis of the 2016 hospital survey on patient safety culture. *J Patient Saf.* 2021;17(4):E288-98.
43. Doğan C, Tan M. Determination of Patient Safety Culture Perception in Internal Medicine Clinic Nurses; Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi. *Journal of Midwifery and Health Sciences.* 2024;7(4):564-73.
44. Bartoníčková D, Kohanová D, Žiaková K. Measuring patient safety culture from the perspective of nursing students – a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2023;14(1):839-49.
45. de Carvalho REFL, Bates DDB, Syrowatka A, Almeida ILS De, Sousa L, Goncalves J, et al. Factors determining safety culture in hospitals: A scoping review. *BMJ Open Qual.* 2023;12(4).
46. Jafarpanah M, Rezaei B. Association between organizational citizenship behavior and patient safety culture from nurses' perspectives: A descriptive correlational study. *BMC Nurs.* 2020;19(1).
47. García MT, Briones NGP, Fuentes BT, Domínguez JLN, Aguirre DMP, Solís IFC. Perception of the nursing staff about the culture and patient safety. *Enfermería Global.* 2023;22(2):125-38.
48. Gómez O, Carrillo G, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioet [Internet].* 2016 [citado 30 de junio de 2023];17(1):60-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>

49. Chavarro M, Peña E. Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson. *Revista Navarra Médica* [Internet]. 2019 [citado 13 de noviembre de 2022];5(1):49-56. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/196>
50. Carrillo A, Martínez P, Tabora S. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2 de julio de 2024];34(2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
51. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [citado 1 de diciembre de 2022];19(3):1-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
52. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. *Metodología de la Investigación* [Internet]. 6ta ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2014 [citado 14 de octubre de 2022]. 1-634 p. Disponible en: https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
53. Briones G. *Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales* [Internet]. Bogotá: ARFO Editores e Impresores; 2000 [citado 16 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>
54. Bernal C. *Metodología de la Investigación* [Internet]. 3era ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010 [citado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en:

- <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
55. Valderrama S. Pasos para elaborar proeyctos de investigación científica: Cuantitativa, cualitativa y mixta. 2da ed. Lima: San Marcos; 2013. 1-469 p.
 56. Palomino J, Peña D, Zeballos G, Orizano L. Metodología de la Investigación [Internet]. Lima: Editorial San Marcos; 2015 [citado 14 de octubre de 2022]. 223 p. Disponible en: <https://isbn.cloud/9786123152628/metodologia-de-la-investigacion/>
 57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. 5ta ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2010 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en:
https://www.academia.edu/8832042/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_5ta_edici%C3%B3n
 58. Salgado-Lévano C. Manual de investigación. Teoría y práctica para hacer la tesis según la metodología cuantitativa [Internet]. Lima (Perú): Universidad Marcelino Champagnat; 2018 [citado 17 de octubre de 2022]. 241 p. Disponible en: <https://atarazana.files.wordpress.com/2020/07/manual-tesis-cuantitativa.pdf>
 59. López-Roldán P, Fachelli S. Metodología de la Investigación Social Cuantitativa [Internet]. Barcelona: Creative Commons; 2015 [citado 30 de enero de 2024]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016
 60. Ocegueda C. Metodología de la Investigación: Métodos, técnicas y estructuración de trabajos académicos [Internet]. 2da ed. México D.F: ALBOX; 2015 [citado 2 de diciembre de 2024]. 265 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330409452_Metodologia_de_la_Investigacion_Metodos_Tecnicas_y_estructuracion_de_trabajos_academicos

61. Zárata-Grajales R, Olvera-Arreola S, Hernández-Cantoral A, Hernández Corral S, Sánchez-Angeles S, Valdez Labastida R, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universitaria*. abril de 2015;12(2):63-72.
62. Cristina Meléndez Mogollón I, Macías Maroto M, Rebeca Álvarez González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-4209-2703>
63. Feria H, Matilla M, Mantecón S. La entrevista y la encuesta: ¿Método o técnica de indagación empírica? *Revista Didáctica y Educación* [Internet]. 2020 [citado 2 de diciembre de 2024];11(3):62-79. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692391>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Relación entre los eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de enfermería de emergencia del Hospital Regional de Ica, 2025.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación de la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025? ¿Cuál es la relación de la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?</p>	<p>Objetivo general Identificar cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p> <p>Objetivos específicos Identificar cuál es la relación de la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025. Identificar cuál es la relación de la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación estadísticamente significativa entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación significativa entre la dimensión administración clínica de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025. Existe relación significativa entre la dimensión procedimientos asistenciales de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>	<p>Variable 1: Eventos adversos</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración clínica • Procedimientos asistenciales • Errores en la documentación • Errores en la medicación <p>Variable 2: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Dimensiones</p>	<p>Método: Hipotético – Deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Diseño: No experimental, correlacional, corte transversal.</p> <p>Población: Conformada por 74 enfermeras que labora en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, en el año 2025.</p> <p>Muestra: No probabilística censal de 74 profesionales de enfermería que atienden en el servicio de emergencia en el año 2025.</p> <p>Técnica: La encuesta</p>

<p>¿Cuál es la relación de la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?</p>	<p>Identificar cuál es la relación de la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>	<p>Existe relación significativa entre la dimensión errores de documentación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad en el área de trabajo • Seguridad brindada por la dirección • Seguridad desde la comunicación • Sucesos notificados • Seguridad desde la atención primaria 	<p>Instrumentos: Cuestionario <i>Hospital Survey on Patient Safety</i> y Guía de Observación del MINSA</p>
<p>¿Cuál es la relación de la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025?</p>	<p>Identificar cuál es la relación de la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>	<p>Existe relación significativa entre la dimensión errores en la medicación de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.</p>		

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

PRESENTACIÓN

Sr(a):

“Reciba mi saludo”, soy egresada de posgrado de la Universidad Norbert Wiener, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es identificar cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025. Por lo que pido su colaboración para que facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado, recalando los datos serán de estricta reserva.

“DATOS GENERALES”

- Edad
 - De 18 a 25 años ()
 - De 26 a 34 años ()
 - De 35 a 44 años ()
 - De 45 a 60 años ()
 - Mas de 60 años ()
- Sexo:
 - M ()
 - F ()
- Estado civil
 - Soltero (a): ()
 - Conviviente: ()
 - Casado (a): ()
 - Divorciado (a) ()
 - Viudo (a): ()

- Tiempo de experiencia laboral
 - Menor a 5 años: ()
 - De 6 a 10 años: ()
 - De 11 a 15 años: ()
 - De 16 a 20 años: ()
 - Más de 21 años: ()

- Tienen capacitación en manejo de desastres naturales y sismos
 - SI: ()
 - NO: ()

Guía de Observación del MINSA – Eventos Adversos

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con un aspa (x), según crea conveniente. Es anónimo, se solicita que responda con veracidad y precisión estas preguntas; siguiendo las escalas: SI y NO

N°	Ítems	SI	NO
	Dimensión 1 Administración clínica		
1.	No se realiza cuando está indicado		
2.	Incompleto o inadecuado		
3.	Paciente erróneo		
4.	Proceso o servicio erróneo		
	Dimensión 2: Procedimientos asistenciales		
5.	No se realiza cuando está indicado		
6.	Incompleto o inadecuado		
7.	Procedimiento erróneo		
8.	Lugar del cuerpo erróneo		
	Dimensión 3: Errores en la documentación		
9.	Documento ausentes o no disponibles		
10.	Demora en el acceso a los documentos		
11.	Documento para un paciente o documento erróneos		
12.	Información en el documento poco clara, ilegible e incompleta		
	Dimensión 4: Errores en la medicación		
13.	Paciente erróneo		
14.	Medicamento erróneo		
15.	Dosis o frecuencia incorrecta		
16.	Vía errónea		
17.	Medicamento caducado		

Cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety* – Cultura de seguridad del paciente

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con un aspa (x), según crea conveniente. Es anónimo, se solicita que responda con veracidad y precisión estas preguntas; siguiendo las escalas:

1. Nunca 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre

N°	Ítems	1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo					
1.	El profesional de enfermería se apoya mutuamente en el servicio					
2.	Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral					

3.	Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo					
4.	Proceso o servicio erróneo					
5.	Ante algún fallo se pone en marcha medidas para evitarlo					
6.	Cuando existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros					
	Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección					
7.	Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme					
8.	Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería					
9.	Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido					
10.	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes					
	Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación					
11.	Se informa los cambios realizados a partir de los sucesos notificados					
12.	Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
13.	Discute como prevenir errores para que no vuelvan a suceder					
14.	Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien					
	Dimensión 4: Sucesos notificados					
15.	Se notifica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente					
16.	Se notifica los errores, aunque no tenga potencial de dañar al paciente					
	Dimensión 4: Seguridad desde la atención primaria					
17.	El ambiente del servicio promueve la seguridad al paciente					
18.	Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno					
19.	Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
20.	Cuando ocurre un suceso se interesa en la seguridad del paciente					

¡Muchas gracias por participar!...

Anexo 3: Consentimiento informado

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Lic. Gamero Alvites, Yackeline lucia

Título: “Relación entre los eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, 2025”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Relación entre los eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Gamero Alvites, Yackeline lucia. El propósito de este estudio es identificar cuál es la relación entre eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, durante el año 2025.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La encuesta puede demorar unos 25 minutos. Los resultados de los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación, que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la Lic. Gamero Alvites, Yackeline lucia, o al comité que validó el presente estudio, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombres:

DNI.....

Firma.....




8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet		
repositorio.uwiener.edu.pe		3%	
2	Internet		
hdl.handle.net		1%	
3	Trabajos entregados		
uwiener on 2025-06-09		<1%	
4	Internet		
apirepositorio.unh.edu.pe		<1%	
5	Trabajos entregados		
Universidad Cesar Vallejo on 2016-09-10		<1%	
6	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-12-23		<1%	
7	Trabajos entregados		
Submitted on 1687388847036		<1%	
8	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-10-22		<1%	
9	Trabajos entregados		
Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2024-11-23		<1%	
10	Publicación		
Angela Maria Salazar Maya, Diana Marcela Restrepo Marín. "Cultura de la segurid...		<1%	
11	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2024-10-28		<1%	