



Universidad
Norbert Wiener

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

Trabajo Académico

Estilo de liderazgo y cultura de seguridad del profesional de enfermería en el
área de emergencia de un hospital de nivel IV, Lima – 2025

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

Presentado por:

Autora: Soncco Pfoccori, Flora


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6557-6528>

Asesora: Mg. Tello Jiménez, Carmen Paula

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2506-1208>

Lima – Perú

2025

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 28/04/2026

Yo, **FLORA SONCCO FPOCCORI** Oegresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“ESTILO DE LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE NIVEL IV, LIMA – 2025”** Asesorado por el docente: MG. **CARMEN PAULA TELLO JIMENEZ** DNI: **10332115** ORCID **0000000325061208** tiene un índice de similitud de 19 % diecinueve con código OID: **:14912:596435965** 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
Flora Soncco Pfoccori
DNI: 43992076



Firma
Nombres y apellidos del Asesor
DNI 10332115

Lima, 28 de Abril de 2026

Título Carátula

Estilo de liderazgo y cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de
emergencia en un Hospital de Nivel IV, Lima – 2025

Sub línea de Investigación:

Seguridad del paciente

Asesora: Mg. Carmen Paula Tello Jiménez

Código ORCID:

Dedicatoria

A nuestro amado Dios

Agradecimiento

A mis honorables padres.

Jurado:

Presidente:

Secretario:

Vocal:

Índice

Título Carátula	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Jurado:	v
Índice	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
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	7
1.4.3 Práctica	7
1.5. Delimitaciones de la investigación	8

	7
1.5.1 Temporal	8
1.5.2 Espacial	8
1.5.3 Recursos	8
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1 Estilo de Liderazgo	13
2.2.2 Cultura de Seguridad (CS)	18
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1 Hipótesis general	21
2.3.2 Hipótesis específicas	21
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación	23
3.4. Diseño de la investigación	24
3.5. Población, muestra	24
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.7.1 Técnica	28
3.7.2 Descripción de instrumentos	28

	8
3.7.3 Validación	29
3.7.4 Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	31
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
4.1. Cronograma de actividades	32
4.2. Presupuesto	34
5. REFERENCIAS	35
ANEXOS	44
Anexo 1. Matriz de consistencia	44
Anexo 2. Instrumentos	46
Anexo 3. Formato de Consentimiento Informado	51
Anexo 4. Informe del Asesor de Turnitin	52

Resumen

El presente estudio parte de la premisa de que un liderazgo enfermero adecuado influye de manera determinante en el fortalecimiento de la cultura de seguridad, mientras que un liderazgo deficiente incrementa el riesgo de incidentes y errores clínicos. El propósito central es determinar la relación que existe entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima – 2025. Bajo un enfoque cuantitativo y de diseño no experimental, descriptivo y correlacional, se trabajará con una muestra censal de 92 enfermeras, a las cuales se les aplicarán dos instrumentos validados: el Cuestionario de Estilo de Liderazgo Multifactorial (MLQ-5X, versión modificada) y el Cuestionario de Cultura de Seguridad (AHRQ, versión modificada). Para el procesamiento de la información, los datos se registrarán en Excel y se analizarán con el software SPSS Statistics versión 26, empleando la Rho de Spearman para establecer la magnitud y dirección de la asociación entre ambas variables. Los resultados contribuirán a diseñar estrategias que potencien el liderazgo y fortalezcan la cultura de seguridad en la atención de urgencias.

Palabras clave: liderazgo, cultura de seguridad, enfermería, emergencias, correlación.

Abstract

The present study is based on the premise that adequate nursing leadership has a decisive influence on strengthening the safety culture, while poor leadership increases the risk of incidents and clinical errors. The general objective is to determine the relationship between the leadership style and the safety culture of the nursing professional in the emergency area of the Villa El Salvador Emergency Hospital, Lima - 2025. Under a quantitative approach and a non-experimental, descriptive and correlational design, we will work with a census sample of 92 nurses, to whom two validated instruments will be applied: the Multifactorial Leadership Style Questionnaire (MLQ-5X, modified version) and the Safety Culture Questionnaire (AHRQ, modified version). For information processing, the data will be recorded in Excel and analyzed with SPSS Statistics software version 26, using Spearman's Rho to establish the magnitude and direction of the association between both variables. The results will contribute to designing strategies that enhance leadership and strengthen the safety culture in emergency care.

Keywords: leadership, safety culture, nursing, emergencies, correlation.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En el mundo, la cultura de seguridad no ha logrado consolidarse de forma homogénea, debido a que persisten carencias en la implantación de liderazgos efectivos en los equipos de enfermería. Se reporta que cerca del 15% de los pacientes sufre al menos un evento adverso en hospitales, sin haberse implementado todavía un modelo de liderazgo que promueva estrategias de seguridad sostenibles. Esta situación empeora en sistemas de salud fragmentados, donde no se establecen protocolos claros que articulen la integración del personal enfermero (1).

En Asia, la problemática de enfermería es de que más del 20% de las enfermeras en unidades críticas no recibe capacitaciones en liderazgo centrado a la seguridad del sufrido, lo cual deteriora la comunicación y el trabajo colaborativo. Las altas cargas y la inestabilidad laborales generan escasa motivación y aumentan la incidencia de errores prevenibles. Estas deficiencias no han permitido la adopción de un liderazgo efectivo que refuerce la cultura (2).

Del mismo modo, en África, la cultura de seguridad en enfermería no ha sido muy bien priorizada, pues los escasos recursos destinados a la salud limitan la implementación de planes de capacitación continua para el personal de enfermería. Menos del 30% de los hospitales aplican auditorías periódicas de seguridad, y la figura de liderazgo enfermero apenas se impulsa en el ámbito clínico (3).

Por otro lado, en Estados Unidos de Norteamérica, a pesar de contar con amplios recursos e investigaciones, todavía no se ha garantizado que todos los centros hospitalarios adopten prácticas efectivas de liderazgo enfermero para el fortalecimiento de la cultura de seguridad. Aproximadamente 10% de los sufridos hospitalizados experimenta situaciones adversas prevenibles, evidenciando que los protocolos de seguridad no se cumplen

uniformemente y que la variabilidad en la aplicación de modelos de liderazgo en el profesional de enfermería limita la sostenibilidad (4).

En América Latina, la situación no mejora de forma contundente, ya que no se ha institucionalizado un modelo de liderazgo enfermero estandarizado que enfatice la cultura de seguridad, lo cual mantiene altos índices de eventos adversos en unidades de emergencias. Al menos un 12% de los pacientes en hospitales generales sufre complicaciones evitables, en gran medida por la falta de protocolos claros y un liderazgo del profesional de enfermería que guíe la implementación rigurosa de prácticas seguras (5).

En ese sentido, se estima que más del 40% de los centros de salud no realiza evaluaciones periódicas de indicadores de seguridad, ni involucra de forma activa a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones. Esta deficiencia aumenta la vulnerabilidad del sistema frente a errores y eventos adversos, afectando a pacientes y profesionales de enfermería, más aún en servicios tan frágiles como las emergencias (6).

En los últimos cinco años, estudios han demostrado que un liderazgo enfermero basado en la evidencia y la comunicación efectiva repercute favorablemente en la reducción de errores y mejoras en la calidad asistencial en un 35%. Empero, dichas prácticas no han logrado expandirse a todos los contextos hospitalarios, ya que las organizaciones carecen de planes de desarrollo profesional que promuevan estilos de liderazgo transformacional y participativo en la enfermería (7).

La inseguridad para el paciente, la falta de adherencia a protocolos de seguridad y la ausencia de líderes competentes en enfermería se mantienen como factores claves que incrementan la tasa de eventos adversos. No se han fortalecido las estructuras organizacionales ni se han diseñado estrategias de formación continua de liderazgo enfermero, lo cual obstaculiza el desarrollo de una cultura proactiva de la seguridad. Estas deficiencias ponen en

evidencia la necesidad de intervenciones urgentes que integren la gestión del liderazgo de enfermería y la cultura de seguridad (8).

Por otro lado, en el Perú, no hay un programa que refuerce los estilos de liderazgo enfermero en los diferentes niveles de atención para consolidar la cultura de seguridad. Alrededor 10% de los pacientes hospitalizados en centros de alta complejidad experimenta algún tipo de evento adverso, evidenciando que los protocolos de prevención y reporte no son aplicados de manera uniforme. Se carece de un marco normativo que impulse la formación continua de líderes de enfermería, incidiendo en la limitada capacidad para gestionar riesgos y respuesta rápida (9).

Asimismo, el profesional de enfermería en hospitales públicos y privados del país enfrenta dificultades para acceder a capacitaciones formales en liderazgo clínico y estrategias de mejora continua. Menos del 30% de los enfermeros de urgencias recibe entrenamiento específico sobre cultura de seguridad, lo cual debilita el trabajo en equipo y el intercambio de información oportuna. Estas carencias generan un entorno de atención en el que la seguridad no se prioriza de manera integral, impactando negativamente en los resultados en salud (10).

En este contexto, en nuestro Hospital de Emergencias Villa El Salvador del MINSA en Lima, esta problemática se evidencia en el servicio de Emergencias, donde no se implementa adecuadamente un estilo de liderazgo enfermero que oriente y supervise la práctica clínica en pro de la cultura de seguridad, ocasionando eventos adversos en la atención de pacientes. El aumento progresivo de la demanda asistencial y la sobrecarga de trabajo del enfermero se combinan con la inexistencia de un plan de capacitaciones específico y continuo, lo que no facilita la adopción de conductas de seguridad, ni la creación de un ambiente de reporte y aprendizaje. De ahí la inherente necesidad ejecutar este proyecto de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cómo se relaciona el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia de un Hospital de Nivel IV, Lima – 2025?

1.2.2 Problemas específicos

a. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

b. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

c. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

d. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

1.3.2 Objetivos específicos

a. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

b. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

c. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia

d. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La relevancia teórica de esta pesquisa se fundamenta en profundizar el entendimiento acerca de la relación entre el estilo de liderazgo y la cultura de seguridad en el ámbito de la enfermería de emergencias. Teóricamente, parte de los aportes de Bass y Avolio, quienes desde la psicología organizacional plantean la teoría del liderazgo transformacional en la cual el líder inspira, motiva y estimula el desarrollo de sus seguidores, impactando favorablemente en el desempeño y en la seguridad del sufrido. Por otro lado, la cultura de seguridad se basa en los planteamientos de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, que enfatiza la importancia de la comunicación abierta, el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo para minimizar errores y eventos adversos. Este marco teórico respalda la relevancia de analizar de manera correlacional ambas variables en un contexto hospitalario nacional, ofreciendo una visión integradora y respaldada por la literatura reciente.

En el ámbito de las emergencias, las teorías de Hildegard Peplau y Jean Watson son fundamentales para fortalecer la seguridad del sufrido. Ambas autoras resaltan la relevancia de la relación enfermero-paciente y la interacción humana como pilares para un liderazgo positivo y una sólida cultura de seguridad. Peplau, con su enfoque en la dinámica interpersonal, subraya

cómo la comunicación efectiva y la colaboración entre el personal de enfermería son cruciales. En emergencias, esto se traduce en una mejor coordinación del grupo, alineación con protocolos de seguridad y, en última instancia, una reducción de errores.

Por otro lado, la Teoría del Cuidado Humano de Watson promueve una atención holística y orientada al paciente. En un entorno de alta presión como las emergencias, la empatía, la confianza y el cuidado genuino que propone Watson fomentan un espacio donde el personal experimente seguridad para alertar inconvenientes, proponer mejoras y contribuir a una cultura de seguridad del paciente proactiva y en constante evolución.

1.4.2 Metodológica

Desde una perspectiva metodológica, el estudio adopta un enfoque no experimental, descriptivo, de alcance correlacional y transversal, fundamentado en el método hipotético-deductivo. La elección de este diseño obedece a la necesidad de relacionar las variables “estilo de liderazgo” y “cultura de seguridad” en un momento determinado, sin manipular deliberadamente las condiciones del entorno. Para garantizar la fiabilidad y validez de los datos, se empleará el Cuestionario de Liderazgo Multifactorial (MLQ-5X) en su versión abreviada, instrumento que ha demostrado propiedades psicométricas sólidas en distintos contextos de investigación en enfermería.

Paralelamente, la medición de la cultura de seguridad se llevará a cabo a través del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente propuesto por la AHRQ, en su versión modificada, el cual cuenta con alta validez de contenido y constructo. La conjugación de ambos instrumentos posibilitará la generación de información empírica objetiva, permitiendo contrastar las hipótesis planteadas y aportar evidencia robusta al campo de la enfermería de emergencias basada en evidencia.

1.4.3 Práctica

El principal aporte práctico de este proyecto de tesis radica que los hallazgos permitirán diseñar e implementar estrategias de intervención enfocadas en el mejoramiento tanto del liderazgo enfermero como de la cultura de seguridad en las áreas de emergencias. Al contar con datos empíricos sobre la correlación entre ambas variables, los decisores y gestores hospitalarios podrán desarrollar planes de capacitación y formación continua para los líderes enfermeros, optimizando la comunicación y el reporte de incidentes en los servicios de emergencias.

Asimismo, las recomendaciones resultantes de la investigación serán de utilidad para generar protocolos e iniciativas de mejora de la seguridad, promoviendo ambientes de trabajo de emergencias saludables y seguros. Esto, a su vez, ayudará a reducir la frecuencia de eventos adversos y aumentará la satisfacción de los usuarios, impulsando la calidad de la atención de emergencia y la confiabilidad del sistema de salud en un nosocomio nacional del MINSA en Lima.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La pesquisa se efectuará entre marzo a mayo del 2025. En este tiempo se obtendrá la información para dar contestación a las preguntas de esta exploración.

1.5.2 Espacial

Se efectuará en el área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, perteneciente a Diris Lima Sur del MINSA que es un nosocomio de referencia del país.

1.5.3 Población o unidad de análisis

Serán todos y todas los y las profesionales enfermeros laboralmente activos y presentes en el área de emergencia del nosocomio indicado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales:

Tangatarova y Gao (11), en una indagación ejecutada el 2021 en Kazajistán, planteó como objetivo “Determinar la relación entre el liderazgo transformacional y la seguridad del paciente en hospitales, considerando cultura de seguridad y toma de decisiones del equipo de enfermería de emergencias”. Metodología: cuantitativa, de nivel correlacional y diseño transeccional, con la aplicación de cuestionarios estandarizados a 215 profesionales de enfermería, analizando las variables mediante regresión múltiple y pruebas de correlación. En los resultados, se encontró la correlación positiva significativa entre liderazgo transformacional y cultura de seguridad ($r = 0.62$, $p < 0.01$). Mayor liderazgo se asoció con mayor percepción de seguridad. Se concluyó que, un liderazgo transformacional fuerte en la institución se correlaciona con una mejor cultura de seguridad, lo cual es crucial en entornos de emergencia donde la rapidez y la coordinación son vitales.

Haskins y Roets (12), el 2022 en Sudáfrica, consumaron una indagación con el objetivo de “Analizar la influencia del estilo de liderazgo de enfermería en la sostenibilidad de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de emergencias”. Metodología: Descriptiva, correlacional, transversal. Encuestas a 180 enfermeras líderes mediante instrumentos validados que midieron la percepción del liderazgo institucional y la cultura de seguridad. Resultados: Alta correlación positiva entre liderazgo y cultura de seguridad ($r = 0.63$; $p < 0.001$). El liderazgo explicó el 52% de la variabilidad en la percepción de seguridad. Conclusión: Un liderazgo organizacional efectivo es clave para mantener una cultura de seguridad sólida, especialmente importante en servicios de emergencia donde la presión y el riesgo son constantes.

Tawfik et al. (13), el 2023 en Estados Unidos, elaboraron una pesquisa con el objetivo de “Analizar la relación entre los comportamientos o estilos de liderazgo institucional, cultura de seguridad, participación del personal y bienestar laboral en el personal de emergencias”. Metodología: Estudio de diseño transversal, cuantitativa, correlacional. Los datos de 2,945 profesionales de la salud, de los cuales el 60% fue personal de enfermería de emergencias, fueron recolectados mediante instrumentos creados por los autores y validados estructuralmente. Resultados: Se halló una asociación positiva entre el estilo de liderazgo y la cultura de seguridad ($r = 0.58$; $p < 0.001$). El estilo de liderazgo explicó el 35% de la varianza en la seguridad. Conclusión: El estilo de liderazgo institucional impacta directamente en la cultura de seguridad. En emergencias, esto subraya la necesidad de líderes que fomenten la comunicación abierta y la confianza, elementos esenciales para un manejo seguro de situaciones críticas.

Wieke et al. (14), el 2021 en Indonesia, realizaron una pesquisa con el objetivo de “Analizar la relación entre el estilo de liderazgo mediado por la satisfacción comunicativa de las enfermeras y la calidad de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales”. Metodología: Estudio de diseño correlacional en 51 enfermeras de emergencias a quienes se les aplicó la escala de Liderazgo Transformacional mediado por la Satisfacción Comunicativa y el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ cuyos datos se analizaron mediante la prueba de Spearman. La mayoría de las enfermeras eran mujeres, de entre 20 y 30 años, con entre 1 y 5 años de experiencia laboral. Resultados: Se encontró una relación significativa ($p = 0.001$) entre el liderazgo mediado por la satisfacción comunicativa de las enfermeras y la calidad de la cultura de seguridad del sufrido. Además, cuanto mayor era la satisfacción comunicativa en el liderazgo de las enfermeras, mejor era la calidad aplicada de la cultura de seguridad del paciente ($r = 0,338$). Conclusión: El liderazgo transformacional en

enfermería promueve la satisfacción comunicativa que está altamente relacionada con las buenas prácticas de la cultura de seguridad en enfermeras de emergencias.

Hu et al. (15), el 2021 en China, efectuaron una indagación con el objetivo de “Examinar el papel del compromiso del liderazgo de enfermería en la cultura de seguridad y el desempeño en seguridad en entornos de servicios de emergencia”. Metodología: Estudio de diseño transversal, correlacional causal. Muestra de 79 enfermeras en hospitales primarios, 147 en secundarios y 242 en terciarios (mayoría mujeres). Resultados: Los valores en el liderazgo propugnados influyeron directamente en el desempeño de seguridad ($p= 0.001$). Los valores en el liderazgo practicados influyeron a través del comportamiento de seguridad ($p= 0.05$). Correlación de $r=0.580$. Conclusión: El estilo de liderazgo que refuerza una cultura de seguridad basada en valores mejora el desempeño. En emergencias, esto implica líderes que modelen y promuevan activamente prácticas seguras, creando un entorno donde la seguridad es prioritaria.

Nacionales:

Montaño-Guerrero et al. (16), en Lima el 2025, cuyo objetivo fue "Determinar la asociación entre condiciones laborales y liderazgo en la gestión de seguridad del paciente en enfermería de urgencias". Metodología: Estudio correlacional y transversal ($n=169$) en 4 servicios con instrumentos validados. Resultados: Riesgo en condiciones de trabajo: 80,2% (intralaboral 77,4%; extralaboral 84,5%); gestión de seguridad calificada como fortaleza por 100%, sobresaliendo comunicación del liderazgo 99,4%. Existe una correlación significativa entre condiciones laborales, liderazgo y gestión de seguridad ($p<0,01$; $r=0,399-0,486$, media), es decir, a menor riesgo laboral, mayor fortaleza en seguridad. Conclusión: Las mejores condiciones de trabajo —dimensiones del clima— se relacionan con una mejor gestión de

seguridad; los resultados confirman que un buen clima (reforzado por un buen liderazgo) favorece la seguridad del paciente.

Vega y Podestá (17), en Lima 2024, buscaron: "Identificar la percepción de clima organizacional, estilo de liderazgo y cultura de seguridad y sus asociaciones en el servicio de cirugía de un hospital de emergencias". Metodología: Estudio correlacional y transversal en 100 profesionales (38% médicos, 62% enfermería) utilizando ECO-S (clima) y MOSPS (cultura), analizado con Rho de Spearman. Resultados: Clima: apropiado 43%, en riesgo 40%, inapropiado 17%; cultura de seguridad: alta 14%, media 82%, baja 4%. Se encontró correlación positiva clima-cultura ($r=0,501$; $p<0,001$) y por dimensiones: comportamiento organizacional $r=0,477$; estilo de dirección $r=0,474$; estructura organizacional $r=0,494$; todas significativas. Conclusión: Existe una asociación positiva entre el clima organizacional (estilo de liderazgo) y la cultura de seguridad en cirugía en el HEJCU, lo que significa que al fortalecer el liderazgo y la estructura organizacional se fortalece la seguridad del paciente.

Castillo y Chucos (18), en Lima 2024, su objetivo fue: "Establecer la asociación entre los estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente (CSP) en enfermeras de una clínica en Lima, 2024". Metodología: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional; muestra de 152 enfermeras; instrumentos MLQ-5X y HSOPSC/AHRQ. Resultados: Estilos de liderazgo: bajo 16.4%, medio 69.7%, alto 13.8%; por dimensiones: transformacional alto 31.6%, medio 53.3%; transaccional medio 71.1%; pasivo medio 52.0%. CSP: malo 20,4%, regular 56,6%, bueno 23,0%. Correlaciones: estilos de liderazgo-CSP total $\rho=0,339$; a nivel de servicio $\rho=0,376$; a nivel de toda la clínica $\rho=0,444$; resultados CSP $\rho=0,311$ (todas significativas). Conclusión: hay correlación positiva entre liderazgo (especialmente transformacional/transaccional) y CSP; no midió clima, pero da evidencia indirecta de la relación a través de la cultura de seguridad.

Caña y Pimentel (19), el 2022 en Lima, desplegaron una tesis con el objetivo de “Analizar la relación entre diseño organizacional (con liderazgo) y cultura de seguridad en enfermería de centro quirúrgico”. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo y transversal, aplicando cuestionarios a 98 enfermeras, donde la dimensión de estilo de liderazgo se incluyó dentro de los componentes del diseño organizacional. Resultados: Se encontró una correlación positiva baja pero relevante entre el tipo de liderazgo y la cultura de seguridad ($Rho = 0.292$, $p = 0.004$). Conclusión: Un diseño organizacional con un estilo de liderazgo efectivo favorece la cultura de seguridad. Aunque se centra en centro quirúrgico, la relevancia para emergencias radica en que un diseño organizacional que apoye el liderazgo puede mejorar la coordinación y la respuesta en situaciones críticas.

Muñoz (20), el 2022 en Lima, enseñó su tesis cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el comportamiento organizacional del liderazgo y la cultura de seguridad en personal sanitario de un hospital de emergencias”. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, aplicando cuestionarios a 172 profesionales de salud, de ellos, el 60% fueron enfermeras, para medir componentes de comportamiento organizacional (incluida la dimensión liderazgo) y la cultura de seguridad. Resultados: Se encontró una asociación positiva y relevante estadísticamente entre el tipo de liderazgo, como parte del comportamiento organizacional, y la cultura de seguridad ($r = 0,57$; $p < 0,01$); también se encontró correlaciones significativas entre clima de renovación ($r = 0,71$), comunicación y ($r = 0,67$), identidad ($r = 0,68$), equilibrio laboral ($r = 0,65$), entrenamiento ($r = 0,68$), satisfacción ($r = 0,71$) y calidad ($r = 0,70$). Conclusión: El estilo de liderazgo, junto con otros factores organizacionales, se relaciona con la cultura de seguridad. En emergencias, un liderazgo que fomente un buen ambiente de trabajo y comunicación es vital para una atención segura.

Ojeda y Podestá (21), el 2021 en Lima, hicieron un estudio con el objetivo de “Describir la relación entre clima organizacional (incluyendo estilo de liderazgo) y cultura de seguridad en enfermería, con énfasis en los servicios de emergencia”. El estudio adoptó un enfoque descriptivo, correlacional y transversal, aplicando cuestionarios a 53 profesionales de enfermería para medir las dimensiones de clima organizacional, incluyendo el componente de liderazgo, y la cultura de seguridad. Resultados: Se encontró una asociación positiva baja pero significativa entre el estilo de liderazgo y la cultura de seguridad ($Rho = 0.430$; $p < 0.05$). Conclusión: El liderazgo, como parte del clima organizacional, contribuye a la cultura de seguridad. En un servicio de emergencias, un ambiente de trabajo positivo, influenciado por un buen liderazgo, puede favorecer la adherencia a protocolos y la comunicación efectiva.

Del Carpio (22), el 2020 en Arequipa, llevó a cabo una indagación con el objetivo de “Examinar la relación entre el entorno laboral (incluido liderazgo) y la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”. Metodología: Estudio de tipo correlacional, con corte transversal, utilizando la encuesta como técnica y dos instrumentos tipo Likert: el HOSPSC para medir la cultura de seguridad y la escala PES-NWI para evaluar el entorno de práctica enfermera. Resultados: Se encontró una correlación positiva moderada y significativa entre entorno laboral y la cultura de seguridad ($Rho = 0.4421$, $p = 0.045$). Conclusión: Un mejor entorno laboral, influenciado por el liderazgo, se asocia con una mejor cultura de seguridad. Aunque el estudio se centra en UCI, la relevancia para emergencias es clara, un entorno de trabajo positivo, apoyado por un estilo de liderazgo efectivo, es esencial para la seguridad en cualquier área de alta exigencia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Estilo de Liderazgo

1) Conceptualización teórica del Estilo de Liderazgo

El “Estilo de Liderazgo” se entiende como los comportamientos, actitudes y prácticas que un líder adopta para influir en el grupo de profesionales a su cargo, orientándolo hacia objetivos específicos. Esta concepción implica una constante interacción entre la personalidad del líder, las características del entorno y las necesidades del equipo (23).

Sin embargo, no siempre se comprende la relevancia de un estilo de liderazgo adecuado para impulsar la motivación y el desempeño del personal de enfermería, lo que genera un clima laboral adverso y afecta la calidad del cuidado al paciente. En contraste, diversos estudios respaldan la premisa de que un liderazgo bien ejercido promueve la confianza mutua y el trabajo colaborativo, con efectos positivos en la mejora continua (24).

2) Evolución histórica

El concepto de liderazgo ha atravesado distintas etapas de desarrollo a lo largo del tiempo. Inicia con los modelos clásicos que describían rasgos y características innatas del líder, para luego pasar a enfoques conductuales donde se analizan patrones de comportamiento. Con el surgimiento de teorías situacionales y contingenciales en la década de 1970, se enfatizó la necesidad de adaptar el liderazgo según el contexto y la madurez de los seguidores (25).

Posteriormente, Bass y Avolio introducen el modelo de liderazgo transformacional y transaccional, centrándose en la capacidad de inspirar, motivar y fomentar la participación activa de los miembros del equipo. No obstante, aún persisten escenarios donde no se aplica de

forma efectiva este modelo, evidenciando carencias en la evolución práctica de su implementación (26).

3) Teorías y teóricos que sustentan el fenómeno

Entre las teorías más influyentes del Estilo de Liderazgo se incluyen a:

La Teoría del Liderazgo Multifactorial de Bass y Avolio (1994)

Es un marco esencial para comprender cómo el liderazgo impacta en un entorno de alta exigencia como el servicio de emergencias. Esta teoría distingue entre estilos de liderazgo transformacional (que inspira y motiva) y transaccional (que se basa en recompensas y correcciones). Investigadores como Kouzes y Posner complementan esta visión, enfatizando que la credibilidad del líder y la comunicación respetuosa son cruciales para generar confianza en el equipo, un factor crítico en situaciones de emergencia donde la coordinación y la rapidez son vitales. Si bien la teoría ofrece un modelo ideal, la realidad en muchos servicios de emergencia muestra una brecha entre estos principios y la práctica diaria. La presión del tiempo, la alta rotación de personal y la complejidad de los casos pueden dificultar la implementación de un liderazgo consistentemente transformacional (27).

La Teoría del Liderazgo Situacional de Hersey y Blanchard

Es altamente relevante en el dinámico entorno de un servicio de emergencias. Dicha teoría postula que no existe un único estilo de liderazgo “correcto”, sino que el líder más efectivo adapta su enfoque según la madurez, competencia y compromiso de cada miembro del equipo de enfermería. En la práctica de emergencias, esto implica que un enfermero líder debe evaluar continuamente la capacidad y disposición de su personal. Por ejemplo, ante un enfermero experimentado y autónomo, el líder delegará responsabilidades, confiando en su pericia. En cambio, frente a un enfermero recién graduado o ante una situación clínica

desconocida para el equipo, el líder adoptará un estilo más directivo y de apoyo, proporcionando instrucciones claras y supervisión cercana. El espectro de comportamientos del líder va desde la dirección (alta tarea, baja relación) hasta el apoyo (baja tarea, alta relación), pasando por estilos intermedios de entrenamiento y delegación (28).

La Teoría del Liderazgo Emocional de Goleman

Enfatiza la importancia crítica de la inteligencia emocional (IE) en el liderazgo, especialmente en un entorno de alta presión como las emergencias. Goleman postula que la empatía, la autorregulación y la autoconciencia del líder son fundamentales para crear un clima laboral positivo y de alto rendimiento. En el contexto de las emergencias, un líder con alta IE puede gestionar mejor el estrés del equipo, fomentar la comunicación efectiva y construir relaciones de confianza, lo que se traduce directamente en una mejor atención al paciente y una mayor cohesión del equipo. Por el contrario, la falta de IE en el liderazgo puede generar un ambiente tóxico, con desconfianza, baja moral y, en última instancia, un mayor riesgo de errores. Por lo tanto, la IE del líder de enfermería es un pilar para un servicio de emergencias seguro y eficiente (29).

La Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau

Se alinea directamente con la necesidad de un liderazgo efectivo en el servicio de emergencias. Peplau destaca la comunicación terapéutica y la relación enfermero-paciente como fundamentales para el cuidado. Un líder de enfermería que encarna los principios de Peplau, fomentando la empatía, la escucha activa y la claridad en la comunicación, crea un entorno donde: La toma de decisiones clínicas se basa en la confianza y el entendimiento mutuo, crucial en situaciones de emergencia donde el tiempo es limitado. El aprendizaje continuo se facilita, ya que los enfermeros se sienten seguros para hacer preguntas y compartir conocimientos. Se fortalece la cultura de seguridad del paciente, al promover una

comunicación abierta sobre errores y riesgos, sin temor a represalias. Se genera un ambiente propicio para el desarrollo de vínculos. En esencia, un liderazgo en emergencias que integra los principios de Peplau no solo gestiona tareas, sino que cultiva relaciones. Esto impacta positivamente en la cohesión del equipo, la satisfacción laboral y, lo más importante, en la calidad y seguridad de la atención al sufrido en situaciones críticas (30).

4) Dimensiones de Estilo de Liderazgo

a. Liderazgo transformacional: Implica inspirar y motivar a los seguidores mediante una visión compartida, fomentando el desarrollo de sus potencialidades. Cuando no se promueve esta dimensión, el equipo muestra desinterés y bajo compromiso (31).

b. Liderazgo transaccional: Se basa en un manejo de gratificaciones y sanciones para garantizar que las metas se cumplan. Aunque puede generar resultados inmediatos, sin el componente inspirador puede desembocar en una atmósfera mecánica y poco creativa (32).

c. Liderazgo pasivo: Manifiesta escasa intervención en la gestión de conflictos o problemas. Los líderes pasivos suelen esperar hasta que surjan inconvenientes para actuar, lo cual puede impactar negativamente en la seguridad del sufrido y el desempeño enfermero (33).

d. Liderazgo de resultado: Enfatiza la obtención de logros concretos, metas y resultados. Sin embargo, un foco excesivo en los indicadores puede descuidar el desarrollo personal y emocional del equipo, obstaculizando la construcción de un entorno colaborativo (34).

5) Instrumento de medición

Para evaluar el Estilo de Liderazgo, se consideran varios cuestionarios y escalas, entre los cuales destacan: Cuestionario de Liderazgo Multifactorial (MLQ-5X) de Bass y Avolio: Es

la herramienta más utilizada para medir los estilos de liderazgo transformacional, transaccional y pasivo, incluyendo dimensiones de resultado. Su versión modificada y abreviada permite una aplicación práctica y rápida en contextos clínicos. También tenemos a la Escala de Liderazgo Situacional: Basada en el modelo de Hersey y Blanchard, analiza cómo los líderes ajustan su comportamiento dependiendo del nivel de competencia y compromiso de los seguidores. A pesar de su aporte, no siempre se alinea con las particularidades de los servicios de emergencia, donde la dinámica laboral suele ser mucho más demandante (35).

2.2.2 Cultura de Seguridad (CS)

1) Conceptualización teórica

La “Cultura de Seguridad” son aquellos valores, actitudes y comportamientos que se comparten por el equipo de salud para identificar, prevenir y gestionar situaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente. Este concepto implica la disposición de cada profesional para reconocer y reportar errores potenciales o eventos adversos, con el propósito de promover un entorno de aprendizaje continuo. Sin embargo, no siempre se consolida en la práctica, ya que algunos servicios carecen de procesos efectivos de retroalimentación y protocolos claros para la mejora sistemática. Cuando la cultura de seguridad se implementa con éxito, disminuye la incidencia de daños al paciente y refuerza la confianza de la comunidad en los servicios de salud (36).

2) Evolución histórica

El interés por la cultura de seguridad en las instituciones sanitarias surge a finales de la década de 1990, a raíz de la publicación de informes que mostraban un número considerable de eventos adversos evitables (Institute of Medicine). Con posterioridad, se impulsaron iniciativas globales como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS (2004)

y se desarrollaron herramientas de medición específicas (AHRQ, 2006). A pesar de estos esfuerzos, muchos hospitales no han logrado implantar completamente las recomendaciones, evidenciando desafíos como la falta de liderazgo claro y la escasa conciencia organizacional sobre la importancia de reportar errores. En la actualidad, la preocupación por la cultura de seguridad se ha extendido a diversos entornos, incluidas las salas de emergencias, donde la inmediatez de la atención y el estrés laboral pueden dificultar la adopción de buenas prácticas (37).

3) Teorías y teóricos que sustentan la variable CS

Dos marcos teóricos resaltan en la explicación de la cultura de seguridad:

Teoría del Sistema Sociotécnico (STS), desarrollada por Pasmore (2018), que señala la necesidad de integrar los elementos tecnológicos, organizacionales y humanos para garantizar prácticas seguras y eficaces. Cuando no se considera la interdependencia de estos componentes, la cultura de seguridad se ve fragmentada, incrementando la probabilidad de errores (38).

Modelo de Organizaciones de Alta Fiabilidad (*High Reliability Organizations - HRO*), ampliamente difundido por Weick y Sutcliffe (2015), propone que las instituciones con una cultura de seguridad sólida se caracterizan por la búsqueda permanente de fallos, la sensibilidad a las operaciones y la capacidad de resiliencia. Sin embargo, si no existe un liderazgo comprometido, estos principios no se interiorizan en la práctica diaria (39).

4) Dimensiones de la Cultura de Seguridad

i. Cultura de seguridad en el servicio: Involucra las normas y hábitos propios del equipo de enfermeras en emergencias, enfocados en la detección y prevención de riesgos al

paciente. Una cultura inadecuada en este nivel puede llevar a la sub notificación de incidentes (40).

ii. Cultura de seguridad en el hospital: Se refiere a las políticas institucionales y la visión global del establecimiento, donde se fomenta (o no) la participación activa de los profesionales en la mejora de procesos. Falta de apoyo a nivel directivo limita la instauración de prácticas seguras (41).

iii. Comunicación en el servicio: Abarca la manera en que fluye la información y cómo se manejan las alertas o notificaciones dentro del equipo de emergencias. Una comunicación clara y efectiva potencia la colaboración y minimiza la posibilidad de errores (42).

iv. Actuaciones de seguridad en el servicio: Implica las intervenciones concretas que se llevan a cabo para resguardar al paciente, tales como uso correcto de protocolos, aplicación de listas de verificación y análisis de eventos adversos. Sin estos procedimientos, la prevención y el aprendizaje continuo resultan insuficientes (43).

5) Instrumentos de medición

En primer lugar, tenemos al Cuestionario de Cultura de Seguridad de los Pacientes de la AHRQ (versión modificada), es la herramienta principal que se emplea en este estudio. Evalúa múltiples dimensiones como la comunicación, la percepción de errores y el apoyo organizacional, ofreciendo información detallada para la mejora de la cultura de seguridad (44).

También está la Encuesta de Clima de Seguridad Hospitalaria (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), diseñada originalmente por Sexton y colaboradores (2006), se centra en la percepción de los profesionales sobre aspectos como el trabajo en equipo y la satisfacción laboral, aunque no siempre se adapta a la dinámica acelerada del servicio de emergencias (45).

Enlace con una teoría y/o teórica de la Enfermería

La “Cultura de Seguridad” se relaciona estrechamente con la **Teoría de Jean Watson**, la cual prioriza el cuidado transpersonal y la humanización de los servicios de salud. Este enfoque considera que el cuidado centrado en la persona y en la relación de confianza con el paciente promueve actitudes responsables y éticas, elementos fundamentales para fortalecer la seguridad (46).

Sin embargo, la adopción de principios humanísticos sin un sistema de apoyo institucional puede dificultar la sostenibilidad de las prácticas seguras. Cuando ambos enfoques se complementan, surge un entorno que valora la dignidad del paciente y la corresponsabilidad del personal, incrementando la calidad y la seguridad en la atención de emergencias (47).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

2.3.2 Hipótesis específicas

He1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

He2: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

He3: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

He4: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se adopta el método hipotético-deductivo, el cual combina la formulación de hipótesis con la deducción lógica para llegar a conclusiones. En primer lugar, se propone una suposición o conjetura que busca explicar un fenómeno, y a partir de ella se deducen consecuencias verificables en la realidad. Si dichas consecuencias se confirman, la hipótesis cobra fuerza; en caso contrario, se revisa o se desecha. Este esquema cíclico de observación, planteamiento de hipótesis, deducción y comprobación promueve el avance del conocimiento (48).

3.2. Enfoque de la investigación

La pesquisa se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo que procura entender los fenómenos a través de la cuantificación y el examen estadístico de los datos recolectados. Este enfoque se basa en la obtención de información objetiva y precisa, que luego se analiza con técnicas numéricas a fin de reconocer pautas, vínculos y tendencias. De ese modo, se convierte la realidad en cifras para describirla, explicarla y preverla con un mayor grado de exactitud y objetividad (49).

3.3. Tipo de investigación

La investigación es de naturaleza aplicada, dado que se orienta a resolver problemas específicos o responder interrogantes concretas, trasladando los aportes de la ciencia a la práctica cotidiana. Esto implica utilizar el conocimiento teórico de manera directa para perfeccionar o transformar procesos, productos o servicios. En síntesis, es la puesta en práctica de la investigación científica al servicio de la comunidad (50).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño se caracteriza por ser no experimental u observacional, puesto que el investigador no manipula ni interviene en las variables, sino que registra y examina los acontecimientos conforme se presentan en el entorno. Presenta un alcance correlacional al indagar la asociación o vínculo entre dos o más variables, sin establecer causalidad. Asimismo, se define como un estudio transversal, ya que la recolección de datos se efectúa en un solo punto temporal, brindando una visión global de las variables y sus interrelaciones en ese momento (51).

3.5. Población y muestra

3.5.1 Población:

La población estará conformada por todos y todas las profesionales de enfermería que forman parte del servicio o área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador de Lima, durante los meses de marzo a abril de 2025. Lo cual hacen en total 92 enfermeras y enfermeros de planta.

3.5.2 Muestra:

Dado que la población es relativamente pequeña, la investigadora ha decidido trabajar con una muestra censal, es decir, se incluirá en el análisis a todos y todas las profesionales de enfermería del área o servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, que hacen una Muestra Censal de 92 unidades de análisis.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales enfermeros que laboran de manera activa en el área o servicio de Emergencias del Hospital de Emergencias Villa El Salvador de Lima.

- Antigüedad mínima de seis meses en el área o servicio de Emergencias (con el fin de asegurar familiaridad con los procesos y la dinámica del área).
- Disponibilidad del personal de enfermería para desarrollar la encuesta.
- Consentimiento para participar en la investigación, expresado a través de la firma del consentimiento informado.
- Profesionales de enfermería que se desempeñen exclusivamente en el área asistencial, con contacto directo con el cuidado de pacientes en el área o servicio de Emergencias.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales enfermeros que se encuentren en licencia prolongada, vacaciones, permiso de salud o situaciones administrativas que le impidan participar durante el periodo de cosecha de datos.
- Profesionales enfermeros que se desempeñen exclusivamente en funciones administrativas o de gestión, sin contacto directo con el cuidado de pacientes en el área o servicio de Emergencias.
- Rotaciones temporales o eventuales (menores de seis meses) de enfermería que no cumplan el periodo mínimo de experiencia para el estudio.
- Profesionales que no cuenten con disponibilidad y no den el consentimiento para participar en la investigación.
- Estudiantes e internos de enfermería que se encuentren rotando en el servicio de Emergencia.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1. Estilo de liderazgo	Se concibe como la habilidad para orientar y motivar al personal de enfermería de emergencias hacia objetivos comunes que mejoren la atención al paciente. Incluye la capacidad de inspirar compromiso y asignar responsabilidades de manera equitativa, aunque puede presentar carencias cuando el liderazgo estratégico no se ejerce adecuadamente, generando descoordinación y falta de confianza en el equipo (22).	Se medirá con el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ-5X, versión modificada y adaptada al contexto peruano por Fong, 2018), compuesto por 45 ítems en escala Likert (1 a 5). Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones que tipifican estilos de liderazgo (transformacional, transaccional, pasivo y de resultado). Es de autoinforme y su puntuación global se clasifica en rangos de bajo, medio o alto.	Liderazgo transformacional	<ul style="list-style-type: none"> - Inspira y motiva al equipo - Estimula el compromiso con la visión institucional - Promueve la innovación en la práctica clínica - Fomenta la mejora continua 	Ordinal	Puntaje:
			Liderazgo transaccional	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivos y recompensas - Aplicación de sanciones - Foco en objetivos inmediatos - Ajuste de comportamientos y motivación 		Alto = 166 – 225
			Liderazgo pasivo	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa intervención y supervisión - Reacción tardía a eventos críticos - Falta de directrices claras - Desconocimiento de prioridades 		Bajo = 45 – 105

			Liderazgo de resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación a metas y logros - Cuantificación de resultados - Eficiencia operativa - Énfasis en la eficacia clínica 		
V2.	Se entiende como el conjunto de valores, actitudes y acciones compartidas por las enfermeras de emergencias para prevenir incidentes y ofrecer una atención confiable. Incluye aspectos positivos como la confianza y el aprendizaje de errores, pero también revela debilidades cuando no hay canales de comunicación adecuados, lo que favorece el reporte deficiente de eventos adversos y la repetición de fallas, organizacionales y técnicos que inciden en la calidad del servicio clínico (31).	Se utilizará el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ (versión modificada en español), validado en el Perú por Cieza (2020) y adaptado por Cuadros-Carlesi et al. (2022). Contiene 52 ítems en escala Likert (1 a 5), distribuidos en 4 dimensiones (cultura de seguridad en el servicio, cultura de seguridad en el hospital, comunicación y actuaciones de seguridad). La puntuación final se clasifica en rangos de malo, regular y bueno.	Cultura en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Reportes de errores o incidentes - Evaluación y prevención de riesgos - Recursos y apoyo institucional - Disponibilidad de medidas preventivas 	Ordinal	Puntaje: Bueno = 192 – 260 Regular = 122 – 191 Malo = 52 – 121
Cultura de seguridad			Cultura en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Participación de la alta dirección - Cumplimiento de normativas - Compromiso organizacional - Alineación de personal y protocolos 		
			Comunicación en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Canales de comunicación eficaces - Reporte oportuno de incidentes - Retroalimentación del equipo - Espacios de diálogo e intercambio 		

Indicadores de seguridad en el servicio	<ul style="list-style-type: none">- Uso de protocolos y guías clínicas- Auditorías y revisiones internas- Monitoreo de errores recurrentes- Aplicación de estrategias correctivas
---	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica central para la recolección de información será la encuesta, la cual ofrece una vía ágil para captar datos cuantitativos a gran escala dentro del servicio de emergencias. Esta estrategia posibilita la aplicación de análisis estadísticos adecuados para descubrir brechas de conocimiento, identificar tendencias y caracterizar la dinámica del liderazgo y la cultura de seguridad desde la perspectiva del personal de enfermería.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Instrumento 1. Cuestionario de estilo de liderazgo multifactorial MLQ-5X (modificado)

Se trata de un instrumento estructurado de autoinforme que indaga acerca de la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre el estilo de liderazgo presente en su entorno de trabajo. Fue elaborado originalmente por Bernard Bass y Bruce Avolio (2020) bajo la denominación *Questionnaire Multifactor Leadership Short (5X)*, y ha sido reconocido ampliamente en diversos países por su pertinencia para medir diferentes manifestaciones del estilo de liderazgo.

En el contexto peruano, Fong (2018) efectuó la adaptación, modificación y validación del cuestionario, el cual consta de 45 ítems en una escala Likert de 5 puntos (de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”). Sus cuatro dimensiones abarcan estilos de liderazgo: transaccional, transformacional, pasivo y de resultado. La puntuación global se categoriza en bajo (45 a 105 puntos), medio (106 a 165 puntos) y alto (166 a 225 puntos), lo que facilita la interpretación objetiva para la gestión en el servicio de emergencias (52).

Instrumento 2. Cuestionario de cultura de seguridad (AHRQ modificado)

Es un cuestionario también de autoinforme, enfocado en la percepción del equipo de enfermería acerca de la cultura de seguridad del paciente en su entorno clínico. Su versión original en inglés, desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (2002), fue traducida al español y validada por la Westat, asegurando la coherencia con el propósito inicial del cuestionario.

En el Perú, se aplicó por primera vez en 2018 y posteriormente Cieza (2020) verificó su validez. De igual modo, Cuadros-Carlesi et al. (2022) realizaron modificaciones estructurales para facilitar su aplicación en el contexto latinoamericano. La versión actual consta de 52 ítems en escala Likert (1 a 5), que abarcan cuatro dimensiones de la cultura de seguridad (CS): CS en el servicio (trabajo en equipo), CS en el hospital (percepción de la seguridad), Comunicación en el servicio (franqueza en la comunicación) e Indicadores de cultura de seguridad (acciones concretas del personal). El puntaje total se clasifica en tres rangos: malo (52 a 121 puntos), regular (122 a 191 puntos) y bueno (192 a 260 puntos) (53).

3.7.3 Validación

Instrumento 1. Cuestionario de estilo de liderazgo

El cuestionario fue traducido, adaptado y validado por Fong (2018). Para comprobar su validez de constructo, se empleó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), que arrojó un Chi-cuadrado mínimo (CMIN) de 167.626, con una probabilidad de 2.361 y un nivel de significancia de $p < 0.001$, evidenciando un ajuste apropiado al modelo. Asimismo, la validez de contenido fue establecida mediante jueces expertos, quienes evaluaron pertinencia, suficiencia y claridad lingüística de los ítems, resultando en una V de Aiken de 0,90. Se concluye que esta herramienta es válida para medir la variable en cuestión (52).

Instrumento 2. Cuestionario de cultura de seguridad

La validación de este instrumento incluye un análisis factorial exploratorio (AFE) descrito en el estudio de Cuadros-Carlesi (2022), donde se obtuvo una V de Aiken superior a 0.90. Igualmente, los valores de asimetría, curtosis e índice de homogeneidad de los ítems (IHC) fueron mayores a 0.75, indicando una adecuada estructura interna y validez de contenido (54).

3.7.4 Confiabilidad

Instrumento 1. Cuestionario de estilo de liderazgo

En la investigación de Fong (2018), se reporta un α de Cronbach de 0,88, junto con un AFC que explicó el 75,2% de la varianza. Estas cifras confirman la consistencia interna del instrumento ($p < 0,001$) y garantizan su fiabilidad para los fines de esta investigación (52).

Instrumento 2. Cuestionario de cultura de seguridad

Cuadros-Carlesi (2022) determinó la confiabilidad de las dimensiones mediante el α de Cronbach, cuyo rango oscila entre aceptable ($>0,6$) y excelente ($>0,8$). Los coeficientes globales superaron 0,89, lo que evidencia que el cuestionario es suficientemente confiable para ser empleado en el estudio (54).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para reducir la influencia de sesgos y obtener una representación integral de la situación en emergencias, se abarcará a todas las enfermeras con distintas trayectorias y características del hospital nacional de Lima donde se desarrollará el estudio. Primero, se llevará a cabo la organización de los datos en una base de Excel 2016 y, posteriormente, se procederá con un análisis cuantitativo a través del software SPSS Statistics versión 26. Los resultados se

presentarán de manera sencilla y concisa en tablas y figuras, permitiendo una rápida comprensión de las tendencias y correlaciones encontradas.

3.9. Aspectos éticos

El proyecto se conducirá bajo estrictos principios éticos. Se solicitará la aprobación del comité de ética correspondiente y se velará por el principio de autonomía mediante la obtención del consentimiento informado, explicando claramente los objetivos y procedimientos del estudio a las participantes. Para salvaguardar la privacidad y la confidencialidad, cada encuestada será identificada con códigos, evitándose así la asociación directa con sus respuestas (55).

Se observará el principio de

no maleficencia, minimizando posibles riesgos y comunicando de forma transparente los beneficios y limitaciones. Asimismo, se protegerá el principio de

beneficencia, asegurando que los hallazgos contribuyan a mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Por último, se pondrá en práctica el principio de

justicia, garantizando la igualdad de oportunidades de participación y el uso adecuado de la información recabada (56).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	2025																			
	Ene				Feb				Mar				Abr				May			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Preparar el axioma del problema, expresar el problema, objetivos de la indagación, justificación de la indagación y límites de la indagación.	X	X	X																	
Preparar las bases teóricas de la indagación como los antecedentes, bases teóricas e hipótesis de la pesquisa.				X	X	X														
Preparar método del estudio como el enfoque de la indagación, tipo y diseño de la indagación, población, variables y operacionalización, técnicas e instrumentos de cosecha de datos, plan de análisis de datos y aspectos técnicos.							X	X	X											
Preparación de la dirección del estudio: cronograma operativo y presupuesto.										X	X	X								
Elaborar las referencias de estudio: revisión													X	X	X					

4.2. Presupuesto

Recursos de personal	Talento humano		
	Asesores	1	200.00
	Perito en digital	1	110.00
	Entrevistador	1	40.00
	Estadísticos	1	150.00
Recursos de materiales	Material de gabinete		
	Libros	Estimado	110.00
	Página Web	Estimado	100.00
	Otros	Estimado	80.00
	Basto de impresiones		
	Fotocopias	Estimado	90.00
	Anillados	3 Ejemplares	150.00
	Memoria flexible USB	Unidad	20.00
	Discos de respaldo	2 Unidades	3.00
	Basto de escritorio		
	Papeles de impresión	2 millares	45.00
	Papeles de ilustración	10 unidades	5.00
	Carteles de identificación	10 unidades	3.00
	Cinta para pegar	2 unidades	5.00
	Plumones de pizarra	4 unidades	13.00
Servicios	Servicios		
	Telefonía y telecomunicaciones (internet y demás)	Estimado	79.00
	Refrigerios	Estimado	80.00
	Contratiempos	Estimado	70.00
	Costo estimado		1,433
Financiamiento	La investigación será autofinanciada por la autora.		

5. REFERENCIAS

1. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Sitio Web Oficial. 2023 [citado el 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Labrague LJ, Al Sabei SD, AbuAlRub RF, Burney IA, Al Rawajfah O. Authentic leadership, nurse-assessed adverse patient events and quality of care: The mediating role of nurses' safety actions. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021;29(7):2152–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13356>
3. Zhang C, Yang Z, Liang Y, Feng Y, Zhang X. A qualitative study of head nurses' experience in China: forced growth during patient safety incidents. *BMC Nurs* [Internet]. 2024;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-024-02255-7>
4. Abraham V, Meyer JC, Godman B, Helberg E. Perceptions of managerial staff on the patient safety culture at a tertiary hospital in South Africa. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2022;17(1):2066252. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2022.2066252>
5. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European hospitals: A comparative mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(2):939. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19020939>
6. Seljemo C, Viksveen P, Ree E. The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):799. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>

7. Zaheer S, Ginsburg L, Wong HJ, Thomson K, Bain L, Wulffhart Z. Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety - a mixed methods study. *BMC Nurs* [Internet]. 2021;20(1):134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-021-00652-w>
8. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisedos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2023 [citado el 9 de enero de 2025];12(4):e002362. Disponible en: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/12/4/e002362>
9. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investig innov* [Internet]. 2023 [citado el 9 de enero de 2025];3(1):27–36. Disponible en: <http://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1750>
10. Mezarina E. Gestión de la calidad en la cultura de seguridad del paciente del personal de centros de salud de Lima, 2024 [Internet]. [Lima Norte - Perú]: Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/153359>
11. Tangatarova S, Gao Y. Transformational leadership and patient safety in hospital: The roles of safety culture, decision-making capacity, and locus of control. *Int J Res Bus Soc Sci* (2147-4478) [Internet]. 2021;10(2):106–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20525/ijrbs.v10i2.1084>
12. Tawfik DS, Adair KC, Palassof S, Sexton JB, Levoy E, Frankel A, et al. Leadership behavior associations with domains of safety culture, engagement, and health care worker well-being. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2023;49(3):156–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.12.006>

13. Haskins HEM, Roets L. Nurse leadership: Sustaining a culture of safety. *Health SA
Gesondheid* [Internet]. 2022;27:2009. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v27i0.2009>
14. Wieke Noviyanti L, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res.* 2021 Apr 14;10(2):2225. Disponible en: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
15. Hu SH, Wang T, Ramalho NC, Zhou D, Hu X, Zhao H. Relationship between patient safety culture and safety performance in nursing: The role of safety behaviour. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2021;27(4):e12937. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12937>
16. Montaña-Guerrero W, Becerra-Rodríguez R, Arévalo-Ipanaqué J. Condiciones laborales de enfermeros y seguridad del paciente en un hospital público peruano. *Ciencia y Enfermería.* 2025;31(1). doi:10.29393/CE31-1CLWJ30001. Disponible en:
<https://doi.org/10.29393/CE31-1CLWJ30001>
17. Vega-Vega RR, Podestá-Castro J. Percepción del clima organizacional y cultura de seguridad en el servicio de cirugía de un hospital de emergencias de nivel III-1, 2023. *Rev Fac Med Hum.* 2024;24(2). doi:10.25176/RFMH.v24i2.6449. Disponible en:
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v24i2.6449>
18. Castillo Rachumi IJ, Chucos Ortiz MR. Estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en enfermeras de una clínica de Lima, 2024 [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.13053/12927>
19. Caña A, Pimentel E. Diseño organizacional y cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería del centro quirúrgico del hospital nacional Edgardo Rebagliati

- Martins, año 2022 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional del Callao; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/7360>
20. Muñoz E. Comportamiento organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Hospital de San Juan de Lurigancho [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6849>
 21. Ojeda RP, Podestá LE, Ruiz Arias RA. Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021 [citado el 9 de enero de 2025];37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000200004&script=sci_arttext
 22. Del Carpio A. Entorno laboral y cultura de seguridad del paciente en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - Perú 2018 [Internet]. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9937>
 23. Lanzoni GM de M, Meirelles BHS. Leadership of the nurse: an integrative literature review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011;19(3):651–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000300026>
 24. Valderrama ML. Experiencias exitosas de liderazgo en Enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2014;5(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.89>
 25. Jiménez GÁ. Concepciones acerca del liderazgo en Enfermería. Revista Enfermería Global [Internet]. 2006; 5(2:#9): 1–12. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/369>

26. Barría RM. Liderazgo en enfermería y el liderazgo más allá de la enfermería. CuidArte [Internet]. 2020 [citado el 11 de enero de 2025];9(18.1). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/77577>
27. Martínez G, Santos J, Beltrán EL, Hernández AL. Liderazgo transformacional en estudiantes de ciencias de la salud. Educ médica super (Impresa) [Internet]. 2020 [citado el 11 de enero de 2025];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412020000200007&script=sci_arttext&tlng=en
28. Martínez J. Teorías del Liderazgo Situacional: Teoría Situacional de Hersey y Blanchard [Internet]. Socioestrategia. 2024 [citado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://socioestrategia.com/teorias-del-liderazgo-situacional-teoria-situacional-de-hersey-y-blanchard/>
29. Martínez PC, Miranda LPR. La inteligencia emocional, modelos para su desarrollo. Segunda parte: Modelo de Daniel Goleman. REFORMA [Internet]. 2023 [citado el 11 de enero de 2025];29(114):45–6. Disponible en: <https://reforma.uanl.mx/index.php/revista/article/view/70>
30. Villaseñor-García L, Alcántar-Zavala MLA, Huerta-Baltazar MI, Jiménez-Arroyo V, de Jesús Ruiz-Recéndiz M. Aplicación de la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau en el cuidado de enfermería. Paraninfo Digital [Internet]. 2019;1–4. Disponible en: <https://www.ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e096>
31. Cruz-Ortiz V, Salanova M, Martínez IM. Liderazgo transformacional: investigación actual y retos futuros. Univ Empresa [Internet]. 2013;15(25):13–32. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/2871>
32. Almirón V. Liderazgo transaccional vs liderazgo transformacional. Rev electrón investig docencia creat [Internet]. 2015; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/digibug.34629>

33. Coluccio G, Pedraja-Rejas L, Medel C, Meza N. Estilo de liderazgo pasivo-avoidante e intercambio de comportamientos líder-seguidor en estudiantes universitarios: una aproximación desde Chile. *Hallazgos* [Internet]. 2020;18(35):129–47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-38412021000100006&script=sci_arttext
34. Acosta D, Ponce E. Estilos de liderazgo en la Educación Superior. *Conrado* [Internet]. 2019;15(68):175–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990-86442019000300175&script=sci_arttext&tlng=en
35. Moreno-Casado H, Leo-Marcos FM, López-Gajardo MÁ, García-Calvo T, Cuevas R, Sánchez-Oliva D. Adaptación y validación de la escala de liderazgo MLQ-5X al contexto educativo español. *An Psicol* [Internet]. 2021;37(2):311–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.425351>
36. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2017;28(5):785–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
37. Gómez OJ, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av Enferm* [Internet]. 2011; 29(2):363–74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002011000200015&script=sci_arttext
38. León Y. Aplicación de la Teoría de Restricciones en la gestión de la seguridad del paciente [Internet]. Universidad del Rosario; 2013. Disponible en: http://dx.doi.org/10.48713/10336_4312
39. De Lima Gomes A, da Fonseca Silva M, Medeiros S, Barreto F, de Medeiros S, Pereira S. Vista do Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise

- reflexiva. Revista de Enfermagem [Internet]. 2016;10(4). Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11139/12639>
40. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enferm Univ* [Internet]. 2017;14(1):47–53. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000100047&script=sci_arttext
41. Pozo F, Padilla V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013;28(6):329–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>
42. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2010;78(6):527–32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27550>
43. Pérez L. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017; 33(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192017000200015&script=sci_arttext
44. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(1):21–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.003>
45. Solano MG, Maroto MM, Viana TS, Alcalde JL, Cuesta TS, Andrés JMA. Para avanzar en el conocimiento de la seguridad del paciente: a propósito de la biblioteca breve de

- seguridad del paciente. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020;93:e204808044. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e204808044/>
46. Mendoza-Añamíse YA, Castillo-Castillo MA, Herrera-Jiménez MA, Pillajo-Pillajo SJ, Villao-Figueroa MC. Omisión del cuidado de Enfermería y la teoría de Jean Watson: Una revisión sistemática. RCS [Internet]. 2024;7(14):17–45. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/107>
 47. Oré-Rodríguez M. Representaciones sociales de las enfermeras sobre la cultura de seguridad en el cuidado del paciente. RPOE [Internet]. 2011;7(1). Disponible en: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/rpoe/article/view/655>
 48. Vidal M, Araña B. Gestión de la información y el conocimiento. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2012; 26 (3): 474- 484. [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2012/cem123m.pdf>.
 49. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación científica y la elaboración de tesis. 3era edición. S.A. Perú. 2013.
 50. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta Edición. 2014. México. Editores, S.A. DE C.V. [Internet]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
 51. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la investigación. Quinta Edición. México. 2010 [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Sampieri.Met.Inv.pdf>
 52. Fong M. Adaptación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ -5X) en una empresa de call center, Lima Metropolitana, 2018 [Internet]. [Lima Norte - Perú]:

- Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/30399>
53. Cieza M. Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un hospital público, 2019 [Internet]. [Lima Norte - Perú]: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47035>
54. Cuadros-Carlesi K, Leal-Kaymaliz C, Henríquez-Roldán C, Godoy-Godoy S. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales. Enfermería Universitaria [Internet]. 19(1):1–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.1.1320>
55. Herranz G. El código de ética y deontología médica. Cuardenos de Bioética 1994/4". El código de ética y deontológica médica [Internet]. Disponible en: [file:///C:/Users/USER/Downloads/328%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/328%20(1).pdf).
56. Mayorca Carmelo CR. La ética en la investigación de Enfermería. Rev Enferm Hered [Internet]. 2018;10(2):71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v10i2.3359>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: Estilo de liderazgo y cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima – 2025.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V1. Liderazgo institucional. Dimensiones: - Liderazgo transformacional - Liderazgo transaccional - Liderazgo pasivo - Liderazgo de resultado	Método: Hipotético – deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo de investigación: Aplicada Diseño: No experimental
¿Cómo se relaciona el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima – 2025?	Determinar la relación que existe entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.	Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima – 2025.		
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	V2. Cultura de seguridad de los pacientes. Dimensiones: - CSP en el servicio - (Trabajo en equipo entre unidades) - CSP en el hospital	Alcance: Correlacional Corte: Transversal Población: Personal de enfermería= 1500 unidades. Muestra: 150 enfermeras
a. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?	a. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.	He1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo transformacional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.		
b. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?	b. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.	He2: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo transaccional del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.		
c. ¿Cómo se relaciona la		He3: Existe una relación		

dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

d. ¿Cómo se relaciona la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia?

c. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia

d. Identificar la relación que existe entre la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo pasivo del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

He4: Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión liderazgo de resultado del estilo de liderazgo con la cultura de seguridad del profesional de enfermería en el área de emergencia.

-
- (Percepción de la seguridad)
 - Comunicación en el servicio
 - (Franqueza en la comunicación)
 - Actuaciones de seguridad en el servicio (Indicadores)
-

Anexo 2. Instrumentos

Instrumento 1. Cuestionario de Estilo de Liderazgo

Sexo: _____ Edad: _____ Tiempo de servicio: _____ años _____ meses

Cuando responda, tenga presente que usted está evaluando a su líder (Jefa-Supervisor-Coordinador). La escala valorativa corresponde a:

Muy en desacuerdo (MD)= 1. En desacuerdo (ED)= 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NN)= 3. De acuerdo (DA)= 4. Muy de acuerdo (MA)= 5.

ÍTEMS	M D	E D	N N	D A	M A
LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL <i>Con respecto a las actitudes de su líder dentro del hospital...</i>					
Influencia Idealizada Conductual					
1. Habla sobre sus valores y creencias más importantes.	1	2	3	4	5
2. Especifica la importancia de tener una alta razón de ser.	1	2	3	4	5
3. Considera las consecuencias morales y éticas de las decisiones.	1	2	3	4	5
4. Enfatiza la importancia de tener un sentido colectivo de la misión.	1	2	3	4	5
Influencia Idealizada Atribuida					
5. Hace que las personas se sientan orgullosas por trabajar con él/ella.	1	2	3	4	5
6. Va más allá del interés propio para el bien del grupo.	1	2	3	4	5
7. Actúa de formas que genera mi respeto	1	2	3	4	5
8. Muestra un sentido de poder y confianza en las decisiones.	1	2	3	4	5
Motivación Inspiracional					
9. Habla con optimismo del futuro.	1	2	3	4	5
10. Habla con entusiasmo sobre lo que se debe valorar.	1	2	3	4	5
11. Expresa con claridad una visión convincente del futuro.	1	2	3	4	5
12. Expresa su confianza sobre el logro de objetivos.	1	2	3	4	5
Estimulación Intelectual					
13. Reexamina suposiciones decisivas para ver si son apropiadas.	1	2	3	4	5
14. Busca perspectivas diversas al momento de resolver problemas	1	2	3	4	5
15. Hace que vea los problemas de distintos ángulos.	1	2	3	4	5
16. Sugiere nuevas formas de realizar los deberes asignados.	1	2	3	4	5
Consideración Individual					
17. Pasa el tiempo enseñando y entrenando.	1	2	3	4	5
18. Me trata como una persona y no únicamente como un miembro de un grupo.	1	2	3	4	5
19. Considera que tengo diferentes necesidades, habilidades y aspiraciones que los demás.	1	2	3	4	5
20. Me ayuda a desarrollar mis fortalezas.	1	2	3	4	5

ÍTEMS	M D	D A	N N	D A	M A
LIDERAZGO TRANSACCIONAL <i>Con respecto al comportamiento de su líder en el hospital...</i>					
Recompensa Contingente					
21. Me brinda ayuda a cambio de mis esfuerzos.	1	2	3	4	5
22. Debate en términos específicos respecto de quien es responsable de lograr los objetivos de rendimiento.	1	2	3	4	5
23. Esclarece lo que uno espera recibir cuando se logran las metas de desempeño.	1	2	3	4	5
24. Expresa satisfacción cuando cumplió con las expectativas.	1	2	3	4	5
Dirección por Excepción Activa					
25. Enfoca la atención en regularidades, errores, excepciones y desviaciones de los estándares.	1	2	3	4	5
26. Concentra toda su atención en el tratamiento de errores, quejas y fallas.	1	2	3	4	5
27. Hace un seguimiento de todos los errores.	1	2	3	4	5
28. Dirige mi atención a los fracasos para cumplir con los estándares.	1	2	3	4	5
LIDERAZGO PASIVO <i>Con respecto a la posición de su líder en el hospital...</i>					
Dirección por Excepción Pasiva					
29. No interfiere hasta que los problemas se tornen serios.	1	2	3	4	5
30. Espera que las cosas vayan mal antes de tomar medidas.	1	2	3	4	5
31. Demuestra que él/ella es un fiel creyente de "si funciona, no lo arregles".	1	2	3	4	5
32. Demuestra que los problemas deben volverse crónicos antes de tomar medidas.	1	2	3	4	5
Laissez-faire					
33. Evita involucrarse cuando surgen problemas importantes.	1	2	3	4	5
34. Está ausente cuando se le necesita.	1	2	3	4	5
35. Evita tomar decisiones.	1	2	3	4	5
36. Retrasa las respuestas a preguntas urgentes.	1	2	3	4	5
LIDERAZGO DE RESULTADO <i>Con respecto a las acciones de su líder en el hospital...</i>					
Esfuerzo Adicional					
37. Consigue que haga más de lo que se esperaba que haga.	1	2	3	4	5
38. Intensifica mi deseo de tener éxito.	1	2	3	4	5
39. Aumenta mi disposición a esforzarme más.	1	2	3	4	5
Satisfacción					
40. Utiliza métodos de liderazgo satisfactorios.	1	2	3	4	5
41. Trabaja conmigo de manera satisfactoria.	1	2	3	4	5
Efectivo					
42. Es eficaz al satisfacer mis necesidades laborales.	1	2	3	4	5
43. Es eficaz al representarme ante una autoridad superior.	1	2	3	4	5
44. Es eficaz al cumplir con los requisitos de la organización.	1	2	3	4	5
45. Dirige un grupo que es efectivo.	1	2	3	4	5

Tenga presente que usted está evaluando a su Servicio o Unidad, al Hospital y en general la Cultura de Seguridad. La escala de valoración es la siguiente:

Muy en desacuerdo (MD)= 1. En desacuerdo (ED)= 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NN)= 3. De acuerdo (DA)= 4. Muy de acuerdo (MA)= 5.

PREGUNTAS	M D	E D	N N	D A	M A
Sección A: En su Servicio					
1. El personal se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1	2	3	4	5
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1	2	3	4	5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1	2	3	4	5
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1	2	3	4	5
10. No se producen más fallos por casualidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1	2	3	4	5
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	1	2	3	4	5
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1	2	3	4	5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1	2	3	4	5
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1	2	3	4	5
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1	2	3	4	5

PREGUNTAS	M D	E D	N N	D A	M A
Sección B: En su Hospital					
23. La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1	2	3	4	5
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1	2	3	4	5

26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1	2	3	4	5
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1	2	3	4	5
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1	2	3	4	5
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1	2	3	4	5
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1	2	3	4	5
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1	2	3	4	5
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1	2	3	4	5
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1	2	3	4	5
Sección C: Sobre la Comunicación en su Servicio					
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1	2	3	4	5
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1	2	3	4	5
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1	2	3	4	5
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1	2	3	4	5
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1	2	3	4	5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1	2	3	4	5
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1	2	3	4	5
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1	2	3	4	5

PREGUNTAS		N	C	A	C	S
		N	N	V	S	S
Sección D. Sobre indicadores de seguridad en su Servicio						
43. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2	3	4	5	
44. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.)	1	2	3	4	5	
45. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	1	2	3	4	5	
46. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	1	2	3	4	5	
47. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	1	2	3	4	5	
48. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	1	2	3	4	5	
49. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	1	2	3	4	5	
50. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	1	2	3	4	5	
51. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	1	2	3	4	5	
52. Califique, por favor, de uno a cinco el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.						
¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?						

Anexo 3. Formato de Consentimiento Informado

Título del Estudio:

Investigador: []

Institución: []

Introducción:

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación que busca comprender mejor

Propósito del Estudio:

El objetivo de este estudio es Esta información nos ayudará a identificar áreas donde se necesita mejorar la educación y el apoyo para estos pacientes, con el fin de promover un mejor una mejor calidad de vida.

Procedimientos del Estudio:

Si decide participar, se le pedirá que complete dos cuestionarios: uno sobre su conocimiento acerca del autocuidado de la ostomía y otro sobre sus prácticas actuales de autocuidado. Estos cuestionarios son anónimos y confidenciales. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

Riesgos y Beneficios:

No existen riesgos físicos directos asociados con su participación en este estudio. Sin embargo, es posible que, al responder las preguntas sobre su ostomía y su autocuidado, experimente algunas molestias emocionales temporales. Si esto ocurre, no dude en comunicárselo al investigador. Aunque no recibirá un beneficio directo por participar, su contribución será valiosa para mejorar la atención y el apoyo brindado a los pacientes con ostomías en el futuro.

Confidencialidad:

Toda la información recopilada en este estudio será tratada de manera estrictamente confidencial. Sus respuestas serán codificadas y analizadas de forma anónima. Los resultados del estudio se presentarán en informes y publicaciones científicas, pero su identidad nunca será revelada.

Participación Voluntaria y Derecho a Retirarse:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica o su relación con el hospital.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre su participación, no dude en contactar a los investigadores principales: [Información de contacto de los investigadores].

Consentimiento:

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido resueltas. Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación.

Firma del Participante:

Fecha:

Firma del Investigador:

Fecha:

Anexo 4. Informe del Asesor de Turnitin




19% 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

- 17%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 15%  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

- 17% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 15% 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		4%
2	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2025-08-09		<1%
3	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2023-03-17		<1%
4	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2025-09-25		<1%
5	Internet		
	repositorio.unac.edu.pe		<1%
6	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2025-12-14		<1%
7	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2023-03-19		<1%
8	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2026-02-26		<1%
9	Trabajos entregados		
	Universidad Wiener on 2023-06-12		<1%
10	Internet		
	repositorio.unfv.edu.pe		<1%
11	Internet		
	alicia.concytec.gob.pe		<1%