

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADO INTEGRAL DE
ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN
SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL PÚBLICO CAJAMARCA,
2026**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

BACH. SILVIA RODRÍGUEZ VÁSQUEZ

ORCID: 0000-0002-8822-8346

BACH. TATIANA LIZZETT SÁNCHEZ CAMPOS

ORCID: 0000-0001-5515-6297

ASESORA

DRA. ZOILA ISABEL CÁRDENAS TIRADO

ORCID: 0000-0003-2911-1751

CHOTA – PERÚ

2026



“AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA”

CONSTANCIA N° 01-2026-CTZI

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El que suscribe, en calidad de asesor de tesis, deja constancia que el informe final de tesis titulado:

“SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN SERVICIO DE GERIATRÍA, HOSPITAL PÚBLICO CAJAMARCA, 2026”

Elaborado por: SILVIA RODRÍGUEZ VÁSQUEZ y TATIANA LIZZETT SÁNCHEZ CAMPOS, BACHILLERES en ENFERMERÍA de la Facultad de Ciencias de la Salud, fue sometido a la evaluación mediante el **software de similitud**, considerando el contenido comprendido desde el resumen hasta las referencias bibliográficas.

El resultado obtenido es:

Porcentaje de similitud	Porcentaje de uso de Inteligencia Artificial	Criterio de originalidad
18%	*%	Si cumple
Literal e) del artículo 27 del Reglamento de Grados y Títulos, aprobado mediante Resolución de Comisión Organizadora N.º 770-2025-UNACH.		

Se adjunta el reporte de evaluación de originalidad emitido por el software de similitud.

Chota, 11 de setiembre de 2026

Cárdenas Tirado Zoila Isabel
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación



Acta de sustentación Informe final de tesis

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 080-2025-FCCSS-UNACH/C :

Nombres y apellidos	Cargo
Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde	Presidente
Dra. Ana Leydi Díaz Rodrigo	Secretario
Dra. Rosa Victoria Vargas Campos	Vocal

De la tesis titulada:

Seguridad del paciente y cuidado integral de enfermería del adulto mayor hospitalizado en servicio de geriatría, hospital público Cajamarca - 2026

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

Nombres y apellidos	DNI
Silvia Rodríguez Vásquez	74525474
Tatiana Lizzett Sánchez Campos	70693599

Para obtene el título profesional de:

Licenciado(a) en Enfermería

Acuerdan por:

☒	Unanimidad
☐	Mayoría

☒	Aprobar
☐	Desaprobar

Otorgando la calificación de:

☐	Aprobado
☐	Excelente
☒	Bueno
☐	Regular

☐	Desaprobado
--------------------------	-------------

Colpa Matara, 2 de setiembre de 2026

Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde
Presidente

Dra. Ana Leydi Díaz Rodrigo
Secretario

Dra. Rosa Victoria Vargas Campos
Vocal

Dra. Zoila Isabel Cárdenas
Aseñor



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser nuestro guía, fortaleza y fuente de perseverancia en cada momento de este camino. Gracias por bendecirnos con salud, sabiduría y la fe necesaria para superar los momentos de dificultad, permitiéndonos ver culminada con éxito esta importante meta en nuestras vidas.

A nuestra asesora de tesis la Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado, por su invaluable guía, paciencia y dedicación a lo largo de este proceso de investigación. Gracias por compartir con nosotros sus conocimientos y motivarnos constantemente a alcanzar la excelencia académica; su rigor científico y calidez humana fueron fundamentales para consolidar este proyecto.

A nuestro jurado de tesis, por el tiempo dedicado a la revisión y evaluación de este trabajo. Sus valiosas observaciones, aportes y críticas constructivas no solo enriquecieron nuestra investigación, sino que también contribuyeron significativamente en nuestra formación profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por abrirnos sus puertas y brindarnos el espacio ideal para nuestra formación académica. Agradecemos a cada uno de los docentes que compartieron sus saberes en las aulas.

A nuestros padres, Juan Jorge Rodríguez Micha y Amalia Vasquez Cotrina; José Eloy Sánchez Barboza y Vidalina Campos Irigoin, por su amor incondicional, paciencia infinita y apoyo inquebrantable. Gracias por creer en nosotros desde el primer instante, por cada sacrificio realizado para darnos una educación y por ser el motor que nos impulsa a superarnos diariamente.

A nuestros hermanos, por su complicidad, sus palabras de aliento y por estar siempre presentes. Gracias por ser nuestro refugio en los momentos de mayor tensión, por celebrar cada pequeño avance y por recordarnos el valor inestimable de la familia. Su respaldo constante ha sido un pilar fundamental para no rendirnos.

A:

Dios, por haberme bendecido con la salud, templanza y sabiduría para culminar con éxito mi formación.

Mis padres, por ser ejemplo de perseverancia, integridad y humildad, por enseñarme que el camino de la educación es la herramienta más valiosa para transformar vidas y servir a la sociedad.

Mis hermanos, por su complicidad única, su apoyo incondicional y compartir de cerca los sacrificios que implicó este reto.

Silvia

A:

Dios, por la vida y salud que me brinda, por darme paciencia y sabiduría para culminar esta etapa tan importante de mi vida.

Mis padres, por su amor incondicional, su paciencia y esfuerzo que me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más.

Mis hermanos, por su cariño y apoyo incondicional.

Tatiana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes del estudio	16
2.2. Bases conceptuales	20
2.3. Definición de términos básicos	38
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	39
3.1. Ámbito de estudio	39
3.2. Diseño de investigación	39
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	40
3.4. Operacionalización de las variables	42
3.5. Descripción de la metodología	45
3.6. Procesamiento y análisis de datos	50
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1. Características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	51
4.2. Seguridad del paciente según dimensiones en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	55
4.3. Cuidado integral de Enfermería según dimensiones en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	62
4.4. Relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	69
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas según sexo de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	51
Tabla 2. Seguridad del paciente según dimensiones y sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	55
Tabla 3. Cuidado integral de Enfermería según dimensiones y sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	62
Tabla 4. Relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026	69

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
AM	: Adulto mayor
CAS	: Contrato Administrativo de Servicios
CEPAL	: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DIRESA	: Dirección Regional de Salud de Cajamarca
ECCOE	: Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermería
IAAS	: Infecciones asociadas a la atención sanitaria
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
MPI	: Medicamentos potencialmente inapropiados
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
ORSM	: Observatorio Regional de Salud Mental
UPSS	: Unidad Productora de Servicios de Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca. Investigación cuantitativa, relacional, con diseño no experimental y de corte transversal. Muestra de tipo censal, estuvo conformada por 32 profesionales de Enfermería. La técnica fue la encuesta y los instrumentos, la escala Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para evaluar la seguridad del paciente y la escala “Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por Enfermería” (ECCOE) para evaluar el cuidado integral de Enfermería. Resultados: Las mayores frecuencias se observaron en el sexo femenino (78,1%), el grupo etario de 26 a 40 años (37,5%), la experiencia de seis a diez años en la experiencia profesional (37,5%) y la ausencia de accidentes notificados durante el último año (84,4%). La percepción de seguridad del paciente presentó, en su mayoría, un nivel regular (56,2%), donde las dimensiones con mayores porcentajes en este nivel regular fueron respuesta no punitiva al error (75%), dotación de personal (62,5%) y trabajo en equipo entre unidades (59,3%). En cuanto al cuidado integral, predominó el nivel alto (50%), destacando las dimensiones de humanismo/fe-esperanza/sensibilidad y soporte/protección/ambiente, ambas (56,3%), seguidas de asistencia en necesidades humanas y fuerza existencial/fenomenológica/espiritual, ambas similares (53,1%). La mayoría de quienes presentaron un nivel alto de seguridad del paciente también evidenciaron un nivel de cuidado integral alto (28,1%). Conclusión: existe relación significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería (Fisher, $p=0,001$).

Palabras clave: Seguridad del paciente, cuidado integral de Enfermería, adulto mayor, servicio de geriatría.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between patient safety and comprehensive nursing care among older adults hospitalized in the geriatric ward of a public hospital in Cajamarca. This was a quantitative, correlational study with a non-experimental, cross-sectional design. The census-type sample consisted of 32 nursing professionals. The method used was a survey, and the instruments included the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) scale to assess patient safety and the "Evaluation of Nursing Care Behaviors" (ECCOE) scale to assess comprehensive nursing care. Results: The highest frequencies were observed among female participants (78.1%), those in the 26–40 age group (37.5%), those with six to ten years of professional experience (37.5%), and those with no reported incidents during the past year (84.4%). Perceptions of patient safety were mostly at a "moderate" level (56.2%), with the dimensions showing the highest percentages at this moderate level being non-punitive response to errors (75%), staffing levels (62.5%), and interdepartmental teamwork (59.3%). Regarding holistic care, the high level predominated (50%), with the dimensions of humanism/faith-hope/sensitivity and support/protection/environment standing out, both at 56.3%, followed by assistance with human needs and existential/phenomenological/spiritual strength, both at 53.1%. Most of those who demonstrated a high level of patient safety also showed a high level of holistic nursing care (28.1%). Conclusion: There is a significant relationship between patient safety and holistic nursing care (Fisher, $p=0.001$).

Keywords: Patient safety, comprehensive nursing care, older adult, geriatric service.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los cambios socioeconómicos y de salud están configurando un nuevo perfil demográfico caracterizado por el envejecimiento poblacional, estimándose que para 2050 habrá dos mil millones de adultos mayores (AM), mayoritariamente en países menos desarrollados [1]. Esta realidad exige a los sistemas de salud adaptarse para brindar cuidados de Enfermería que garanticen la seguridad y mejoren la calidad de vida del paciente hospitalizado [1]. Este grupo etario presenta altas necesidades asistenciales, requiriendo una gestión eficiente del cuidado biopsicosocial durante la hospitalización [2,3]. En dicho escenario, la Enfermería cumple un rol clave mediante la mejora continua de la calidad para prevenir errores clínicos [4].

Como disciplina centrada en el contenido y la forma de la atención, la Enfermería actúa como agente transformador a través de cuidados autónomos y colaborativos que defienden la salud y crean entornos seguros [5]. No obstante, a pesar del principio de no causar daño, persisten globalmente incidentes prevenibles con graves repercusiones humanas, éticas y económicas en todos los niveles de atención. Por ello, resulta indispensable invertir en la seguridad del paciente mediante cuidados integrales brindados por personal cualificado [6]. En la gestión del cuidado, la seguridad es un pilar asociado a mejores resultados, reducción de fallas y bienestar del personal [7].

Esta labor se respalda en la presencia hospitalaria continua del enfermero, cuyas conductas facilitan la detección temprana de eventos adversos y promueven la práctica basada en la evidencia [8]. A nivel mundial, la OMS indica que uno de cada diez pacientes sufre daños y tres millones mueren al año por atención insegura, siendo el 50% de casos prevenibles y vinculados a fármacos, diagnósticos e infecciones. Así, la seguridad del paciente trasciende la labor de Enfermería y requiere la corresponsabilidad de la organización sanitaria, el gobierno y la sociedad [6]. Sin embargo, la cultura organizacional cerrada y la escasez de personal constituyen barreras severas [9].

Estas limitantes, sumadas al silencio ante el error, comprometen la seguridad, aunque pueden mitigarse promoviendo el trabajo en equipo, la comunicación y la retroalimentación [10]. Los AM resultan ser los más afectados por este entorno, pues el avance de la edad incrementa su fragilidad y vulnerabilidad ante omisiones del cuidado y fallas de comunicación [11-16]. A escala global, persisten importantes desafíos: en China destaca la falta de conocimientos en prevención de úlceras [17,18]; en Irlanda, el aumento de infecciones y delirio por fallas en registros [19]; y en Corea del Sur, el incremento de caídas y muertes evitables [21-23].

En Latinoamérica, la CEPAL y la OPS revelan profundas disparidades en el envejecimiento y altas tasas de pensiones insuficientes que agudizan la vulnerabilidad del AM, urgiendo políticas públicas basadas en derechos humanos y corresponsabilidad estatal [24]. En el Perú, datos del INEI señalan que el 78,9% de los AM padece enfermedades crónicas con serias brechas de acceso a la salud [25], problemática evidenciada en la Política Nacional Multisectorial al 2030 debido a sus niveles de dependencia [26]. A nivel local, el Hospital Regional de Cajamarca reporta un 11,9% de hospitalizaciones en AM, siendo la insuficiencia respiratoria y las septicemias las causas principales de muerte [27].

Asimismo, las brechas del sistema de salud en Cajamarca se reflejan en una demanda de atención en salud mental del 12% en AM [28] y en el hecho de que más de la mitad de ellos no recibe el paquete completo de atención integral [29]. A esto se suma que la densidad de enfermeros es de 21,1 por diez mil habitantes, cifra muy por debajo del promedio nacional de 34,1 que sitúa al sistema en riesgo de colapso ante emergencias [30,31]. Esta escasez y deficiencia en la cobertura impactan negativamente en la calidad y oportunidad de la atención, predisponiendo a un mayor riesgo de sufrir incidentes adversos durante la estancia hospitalaria [29-31].

En este contexto regional, la ocurrencia de eventos adversos prevenibles como infecciones intrahospitalarias, errores de medicación y deterioro funcional se relaciona directamente con debilidades en los procesos de cuidado, como valoraciones incompletas y la falta de continuidad asistencial [2-4]. Por tanto, es urgente implementar y evaluar intervenciones adaptadas a la estructura hospitalaria

local. Sin embargo, existe escasa evidencia empírica que analice de forma directa cómo el cuidado integral de Enfermería se asocia con la seguridad del paciente AM desde la propia perspectiva del profesional en la región de Cajamarca.

La generación de este conocimiento local resulta fundamental para sustentar decisiones que fortalezcan la colaboración institucional y eleven la concienciación sobre los estándares de seguridad, garantizando la protección del paciente. No obstante, en la práctica clínica cotidiana los profesionales de Enfermería identifican múltiples barreras organizativas, educativas y culturales, tales como la sobrecarga laboral, la escasez de recursos, la farmacoterapia inadecuada y la falta de planes de cuidado estandarizados. Estas limitaciones reducen la capacidad crítica y la toma de decisiones oportunas para mantener la salud del paciente AM hospitalizado [32].

Adicionalmente, la evidencia científica demuestra que la omisión del cuidado enfermero desencadena errores con impacto directo en la seguridad del paciente, al mismo tiempo que eleva los niveles de estrés, el agotamiento profesional, la rotación de personal y el ausentismo laboral. Por estas razones, es indispensable establecer marcos de práctica clínica rigurosos y seguros que resguarden tanto al usuario como al personal [33]. La seguridad del paciente se mantiene como un desafío constante para los gobiernos y los sistemas de salud, requiriendo reformas estructurales profundas que trasciendan los esfuerzos individuales [34].

Finalmente, para superar las barreras existentes y garantizar una atención holística y segura en el AM, la literatura especializada propone adoptar estrategias centradas en la persona, fortalecer la capacitación técnica del personal, garantizar el respaldo organizacional y reorientar las prioridades en las políticas públicas [34,35]. Estas acciones conjuntas permiten optimizar la calidad asistencial, reducir la incidencia de eventos adversos y asegurar entornos hospitalarios eficientes y humanizados que respondan verdaderamente a las complejas necesidades del envejecimiento poblacional en el contexto sanitario actual [34,35].

La pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la relación entre la seguridad del paciente y el cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado en el servicio

de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026?, cuya hipótesis fue: existe relación significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026.

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026; y como objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados, identificar la seguridad del paciente según dimensiones en el AM hospitalizado, e identificar el cuidado integral de Enfermería por dimensiones en el AM hospitalizado.

Los resultados más resaltantes fueron: el predominio del sexo femenino (78,1%), el grupo etario de 26 a 40 años (37,5%), la experiencia de seis a diez años en la experiencia profesional (37,5%) y ausencia de notificación de accidentes durante el último año (84,4%). La percepción de seguridad tuvo un nivel regular (56,2%) y las dimensiones con mayores porcentajes en nivel regular fueron respuesta no punitiva al error (75,0%), dotación de personal (62,5%) y trabajo en equipo entre unidades (59,3%). En cuidado integral predominó el nivel alto (50,0%), siendo las dimensiones con mayor valoración humanismo/fe-esperanza/sensibilidad y soporte/protección/ambiente, en igual proporción (56,3%), seguidas de asistencia en necesidades humanas y fuerza existencial/fenomenológica/espiritual (53,1%).

La estructura del estudio se organizó en cinco capítulos. Capítulo I (Introducción) abarca la descripción científica del problema, la pregunta de investigación, la hipótesis y los objetivos del estudio. Capítulo II (Marco teórico) contiene los antecedentes, bases teóricas y conceptuales de ambas variables. Capítulo III (Marco metodológico) desarrolla el proceso y los procedimientos utilizados para comprobar la hipótesis de estudio. Capítulo IV (Resultados) aborda la discusión y análisis de los hallazgos. Capítulo V (Conclusiones y recomendaciones), consigna las principales conclusiones según los objetivos propuestos y las recomendaciones de acuerdo con los resultados encontrados. Adicionalmente se incluye las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

Castillo-Ayón LM, et al. [36] en Ecuador (2023) investigaron “La gestión de la calidad de cuidados en Enfermería y la seguridad del paciente”, cuyo objetivo fue describir la gestión de la calidad de los cuidados en Enfermería y su relación con la seguridad del paciente. Investigación cuantitativa, descriptiva y diseño no experimental, basada en el análisis documental y bibliográfico. Los resultados resaltaron que el profesional de Enfermería ocupa un rol central en el cuidado directo de las personas, familias y comunidades, colaborando activamente con el equipo de salud. Concluyeron que el cuidado de Enfermería garantiza una atención segura mediante la aplicación responsable de protocolos y valores humanos esenciales.

Ferraz CR y Silva H [35] en Brasil (2023) investigaron “La comprensión del equipo de Enfermería sobre la seguridad del paciente anciano hospitalizado”, cuyo objetivo fue analizar la percepción y el entendimiento enfermero respecto a la seguridad del AM. Investigación con enfoque cualitativo y diseño descriptivo, con una muestra de 30 profesionales de Enfermería. Los resultados revelaron el reconocimiento de la importancia de la seguridad del paciente como componente esencial del cuidado, evidenciando la necesidad de fortalecer la comunicación. Concluyeron que la seguridad del AM depende en gran medida del compromiso, la preparación y la sensibilidad del profesional de Enfermería ante las particularidades de esta población.

Velásquez MC et al. [37] en Ecuador (2023) investigaron “Gestión de seguridad del paciente AM hospitalizado”, cuyo objetivo fue conocer la gestión de la seguridad en pacientes AM durante su estancia hospitalaria. Investigación de tipo revisión bibliográfica sistemática, con una muestra de 22 artículos científicos. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los AM ingresan al hospital en condiciones de fragilidad física y mental, hecho que los hace más vulnerables a riesgos durante la atención y en su entorno.

Concluyeron que la gestión de riesgos para la seguridad del paciente geriátrico se fundamenta en la prevención, apoyada en la identificación oportuna de riesgos clínicos.

Salia SM et al. [38] en Ghana (2022) investigaron “Factores que afectan el cuidado en pacientes de edad avanzada entre el personal de Enfermería de un hospital en Ghana”, cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados al cuidado de Enfermería. Investigación relacional transversal, con una muestra de 150 enfermeras. Los resultados indicaron que el 83,8% conoce el proceso de envejecimiento y el 84,5% posee una actitud positiva hacia el cuidado geriátrico, y la falta de infraestructura y equipamiento limita el cuidado. Concluyeron que la cualificación profesional y el conocimiento sobre el cuidado del AM se relacionan, y que el buen conocimiento y actitud positiva del profesional de Enfermería permiten brindar un cuidado de calidad.

Santos GM y Moreira MASP [39] en Brasil (2022) investigaron “Seguridad del anciano en el ambiente hospitalario: producción científica internacional” cuyo objetivo fue analizar la producción científica sobre la seguridad de las personas mayores en el entorno hospitalario. Investigación bibliométrica, con una muestra de 172 publicaciones. Los resultados revelaron que los AM hospitalizados son más vulnerables a eventos adversos como caídas, errores de medicación, malnutrición y lesiones por presión, debido a la alta demanda de cuidados y procedimientos invasivos. Concluyeron que existe una brecha en el conocimiento sobre la seguridad del AM en hospitales y se requiere crear redes de conocimiento que fortalezcan su seguridad.

Tello-García M, et al. [40] en México (2022) investigaron la “Percepción del personal de Enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente”, con el objetivo determinar la relación entre seguridad del paciente, horas laboradas e incidentes ocurridos. Investigación relacional transversal, con una muestra de 113 enfermeros. Los resultados evidenciaron que el 44,2% tenía de uno a cinco años de experiencia; el nivel de seguridad mostró como fortaleza el trabajo en equipo (76,3%), oportunidad de mejora en aprendizaje organizacional (68,1%), acciones directivas (60,8%), retroalimentación

(58,9%) y baja dotación del personal (37,8%). Concluyeron que existe relación significativa entre seguridad del paciente, horas laborales e incidentes.

Huh A y Shin JH [23] Corea del Sur (2021) investigaron la “Práctica de atención centrada en la persona, competencia en seguridad del paciente y cuidados de Enfermería en seguridad del paciente de enfermeras que trabajan en hospitales geriátricos”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre cuidado, competencia en seguridad del paciente y actividades de Enfermería. Investigación cuantitativa, correlacional y diseño no experimental, con una muestra de 186 enfermeras. Los resultados mostraron que las habilidades de seguridad y la edad influyen la seguridad del paciente durante los cuidados enfermeros. Concluyeron que la seguridad del paciente y la experiencia clínica de Enfermería contribuyen en la mejora la calidad de los cuidados.

Antecedentes nacionales

Gamboa JP et al. [41] en Perú (2024) investigaron la “Cultura de seguridad del paciente en enfermeras”, con el objetivo determinar su percepción sobre la seguridad del paciente. Investigación descriptiva transversal, con una muestra de 84 profesionales de Enfermería. Los resultados revelaron que el 53,6% contaba con contrato administrativo de servicios (CAS), el 73,8% era mujeres y el 39,3% tenía de 36 a 43 años de edad; la percepción de seguridad fue de nivel medio; porcentualmente, la dimensión de mayor puntuación fue el aprendizaje organizacional con 61,1% y la menos puntuada, la dotación de personal, con 36,1%. Concluyeron que la seguridad del paciente alcanzó un nivel medio, calificado como bueno según la media obtenida.

Hernández MA [42] en Perú (2024) investigó “Gestión del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de Enfermería en un hospital de Lima, 2024”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre ambas variables. Estudio correlacional transversal, con una muestra de 80 enfermeros. Los resultados indicaron que el cuidado fue regular (62,5%) y bueno (23,8%); en la dimensión asistencial, el 63,8% fue regular, al igual que el 50% en la dimensión administrativa. En seguridad del paciente, esta fue regular (74,1%) y buena (20,6%), con predominio moderado en comunicación (70%), área del cuidado

(61,3%) y sucesos notificados (58,8%). Concluyó que la mejora de la gestión del cuidado fortalece la atención sanitaria y seguridad del paciente.

Palomino R [43] en Perú (2023) investigó “Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de Enfermería en dos hospitales públicos de Perú”, cuyo objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente. Investigación descriptiva transversal, con una muestra de 231 profesionales de Enfermería. Los resultados del hospital 1 revelaron que el 32,9% tenía una cultura nada adecuada, al igual que el 28,6% en el hospital 2; en trabajo en equipo, el 64,5% del hospital 1 mostró una cultura nada adecuada, y el 50% cultura adecuada; en apertura a la comunicación, el 59,5% tuvo una cultura nada adecuada en el hospital 1 y el 54,2% adecuada para el hospital 2. Concluyó que la seguridad del paciente requiere de esfuerzos conjuntos para su mejora.

Salinas PL [44] en Perú (2023) investigó “Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de Enfermería del servicio de hospitalización-nivel III, 2023”; cuyo objetivo fue determinar la asociación entre ambas variables. Investigación relacional transversal, con una muestra de 53 profesionales de Enfermería. Los resultados mostraron que el 100% percibió un nivel medio de seguridad del paciente; por dimensiones, el 79,2% percibió baja seguridad en su servicio, mientras que el 100% un nivel medio en su hospital de trabajo, al igual que en la dimensión de comunicación. El cuidado enfermero fue 77,4% regular (humano 66%, oportuno 75,4% y continuo 70%). Concluyó que existe asociación significativa entre seguridad del paciente y cuidado de Enfermería [44].

Castillo EL [7] en Perú (2022) investigó “Seguridad del paciente hospitalizado y gestión del cuidado de Enfermería en un hospital, nivel II, 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. Investigación relacional transversal, con una muestra de 50 enfermeros. Los resultados indicaron que la seguridad del paciente fue moderada (90%) y adecuada (10%), y el cuidado enfermero fue bueno (80%) y medio (20%). Concluyó que existe relación entre seguridad del paciente y gestión del cuidado de

Enfermería ($p = 0,030$; $r = -0,307$), pero no con las dimensiones de seguridad en área de trabajo, dirección, comunicación e incidentes notificados [7].

Cardenas Y et al. [45] en Perú (2022) investigaron “Caracterización de seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de Enfermería”, cuyo objetivo fue identificar la seguridad del paciente en dos hospitales. Investigación descriptiva transversal, con una muestra de 55 enfermeros(as). Los resultados revelaron: EsSalud, organización hospitalaria, 100% (aceptable); autocuidado, 81,8% (muy bueno); incidentes, 59,1% (mayoría de tiempo); área laboral y supervisor, 54,5% (muy bueno). En MINSA, incidentes, 72,7% (mayoría de tiempo); área laboral, 63,6% (aceptable); autocuidado, 59,1% (aceptable); supervisor, 54,5% (muy bueno). Concluyeron que la percepción de seguridad del paciente es aceptable.

A nivel local no se han encontrado investigaciones que aborden la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM, lo que evidencia la necesidad de estudiar esta realidad en el contexto de un hospital público en Cajamarca.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La base teórica que sustenta el presente estudio es la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson [46], la cual concibe a la Enfermería como una disciplina que trasciende lo técnico y procedimental para convertirse en una experiencia compartida entre el profesional y la persona que recibe el cuidado. Desde esta perspectiva, Bidik y Sisman [47] refieren que el cuidado constituye la esencia de la profesión de Enfermería, se orienta a promover la salud, prevenir las enfermedades y favorecer la restauración de la salud mediante el logro del bienestar integral de la persona. Por esta razón, el cuidado integral, humano y de calidad es un indicador fundamental de que en el escenario clínico se cuenta con una óptima cultura de seguridad del paciente.

Así también, Aghaei MH, Vanaki Z y Mohammadi E. [48] sostienen que en los conceptos clave propuestos por Watson que orientan la práctica del cuidado

humano, destacan: el cuidado transpersonal, considerado el principio rector de los valores éticos, espirituales y filosóficos de la Enfermería; los procesos clínicos, que evidencian caridad, compasión, generosidad y benevolencia; el momento del cuidado, la relación entre dos personas en tiempo y espacio, donde se toman decisiones para actuar; la conciencia del cuidado, a través de la cual el profesional de Enfermería otorga valor a la persona cuidada; y las modalidades de cuidado-curación, que integran las intervenciones de Enfermería, generándose una relación de colaboración con el paciente.

En este sentido, Abades [49] refiere que Watson propone diez factores curativos que guían la práctica del cuidado humano y orientan el quehacer de la Enfermería. Estos principios incluyen cultivar valores humanistas, expresar emociones auténticas, promover el aprendizaje y crear entornos seguros, sensibles y de apoyo. Cada uno de ellos contribuye a la realización del cuidado en la práctica clínica, fortaleciendo la experiencia profesional y fomentando un entorno protector para el paciente, quien requiere de cuidados físicos, sociales, emocionales y espirituales en el escenario hospitalario.

Por su parte, Afonso et al. [50] subrayan que esta teoría otorga sentido y dignidad a la Enfermería, reconociendo la vulnerabilidad integral del AM. A partir de este enfoque se promueve relaciones de confianza y seguridad basadas en la empatía, paciencia y respeto por su historia y dignidad. En concordancia, Mendoza-Añamíse et al. [51] refuerzan que el establecimiento de una conexión auténtica entre el profesional de Enfermería y el AM favorece entornos hospitalarios más seguros y dignos. Asimismo, Ghanbari-Afra, Adib-Hajbaghery y Dianati M. [52] conciben el cuidado humano, como una práctica que fortalece el vínculo transpersonal y reduce los riesgos potenciales que afectan la salud, promoviendo una óptima seguridad en el paciente AM.

Esta teoría se sustenta en supuestos que destacan que el cuidado solo se puede practicar de manera interpersonal y eficaz, surgiendo como resultado la satisfacción de ciertas necesidades humanas, lo que contribuye al fomento de la salud y el desarrollo individual, familiar y comunal, y fortalece la mejora del potencial del paciente, integrándose a la ciencia de la curación [53]. Sin embargo, para que el profesional de Enfermería realice un cuidado integral en

la práctica, es prioritario que el sistema sanitario le brinde soporte técnico, organizativo, educativo y humano que garantice la seguridad del paciente y la sostenibilidad de una formación continua y actualizada [7].

Desde esta perspectiva, Watson planteó los metaparadigmas del cuidado: la salud, definida como la armonía entre mente, cuerpo y espíritu; la persona, reconocida como un ser único, multidimensional y libre de tomar decisiones; el entorno, considerado como el espacio de curación, calma y seguridad; y la Enfermería, cuya práctica se sostiene en un sistema de valores centrados en el cuidado transpersonal a lo largo de la vida profesional [54]. Respecto a ello, Gunawan et al. [55] señalan que las competencias y momentos del cuidado enfermero se articulan con la gestión del cuidado en el entorno hospitalario, representando la seguridad del paciente una condición básica del cuidado humanizado.

En este marco, la seguridad no se limita a prevenir riesgos, evitar eventos adversos y garantizar prácticas seguras durante la atención, sino que implica también un compromiso ético y humano con el bienestar del paciente. Para el caso del AM, un grupo altamente vulnerable, la práctica del cuidado integral de Enfermería demanda responsabilidad en el seguimiento clínico, cooperación efectiva, comunicación fluida, estandarización de protocolos, correcta administración de fármacos, entre otros aspectos; estas condiciones contribuyen de manera ética y directa al fortalecimiento de la seguridad del paciente mediante prácticas correctas de cuidado en el AM hospitalizado, respetando su dignidad y la conexión entre enfermeros(as) y pacientes.

En conjunto, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson sustenta el presente estudio al fundamentar que el cuidado integral, humanizado, empático y consciente que brinda el profesional de Enfermería contribuye al fortalecimiento de la seguridad del paciente AM, quien recibe cuidados asistenciales durante su estancia hospitalaria. Esto permite comprender el rol que desempeña el profesional de Enfermería en su interacción de cuidado, reconociendo a la persona como un ser único y multidimensional, en un entorno seguro.

2.2.2. Seguridad del paciente

A. Definición

La OMS [5] define la seguridad del paciente como el estado en el que el individuo, durante la atención de salud, no presenta daños porque se han adoptado las condiciones necesarias para prevenirlos y se ha reducido al mínimo el riesgo de causarle daños innecesarios durante la atención. Esto implica la organización de actividades que permitan estipular procesos, sistemas de valores y procedimientos destinados a minimizar los riesgos de manera constante y sostenible.

Para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España [56], la seguridad del paciente es el conjunto de actividades destinadas a evitar, prevenir o reducir al mínimo los daños derivados de la atención sanitaria durante la prestación de los servicios de salud. Complementariamente, Abad et al. [57] señalan que la seguridad del paciente se relaciona con la provisión de cuidados seguros mediante la prevención del error y la aplicación sistemática de protocolos estandarizados por el personal de salud. En el ámbito hospitalario, este enfoque prioriza la implementación de medidas de control de infecciones, higiene y protección, orientadas a propiciar entornos asistenciales seguros, con prioridad en poblaciones vulnerables.

B. Factores que afectan la seguridad del paciente

Su ocurrencia surge como resultado de no haber garantizado la seguridad del paciente, se presentan en cualquier nivel de atención y con frecuencia se encuentran relacionados entre sí. Los más comunes son [5]:

b.1.) Factores sistemáticos y organizativos, causan daño al paciente y están vinculados con la gestión y planificación que se realiza para brindar el cuidado. Incluyen procesos de atención inadecuados, escasa planificación de las estrategias sanitarias, deficiente distribución del personal, falta de coordinación en el flujo de atención, escasez de recursos y personal poco cualificado para el cuidado.

b.2.) Factores tecnológicos, implican las deficiencias o limitaciones tecnológicas que afectan el cuidado y la seguridad del paciente. Están relacionados con el deficiente sistema de información hospitalaria, la inadecuada implementación del sistema de historias clínicas digitales, los errores en los sistemas electrónicos de la administración de medicamentos, o el uso inadecuado de los equipos tecnológicos.

b.3.) Factores humanos y comportamentales, generan daño al paciente como resultado de las decisiones que toma el personal de salud. Incluyen la mala comunicación entre paciente, familia y equipo de salud, la ausencia de trabajo en equipo, la fatiga laboral, la aparición de burnout o conductas cognitivas erradas.

b.4.) Factores relacionados con el paciente, el propio individuo es responsable directo del daño a su salud como resultado de una débil cultura sanitaria, el incumplimiento de las indicaciones médicas, la falta de colaboración con el personal de salud o el desconocimiento sobre sus necesidades de salud.

b.5.) Factores externos, son de tipo estructural, como la normatividad no acorde a la situación sanitaria, la falta de políticas públicas, la escasez presupuestal o alteraciones vinculadas al ambiente natural en el que vive el paciente.

C. Causas que alteran la seguridad del paciente

Las causas relacionadas con los daños al paciente son múltiples; entre ellas se encuentran:

c.1.) Inadecuada prescripción de medicamentos: considerada el error más común en la práctica clínica; el 3,3% de los pacientes presenta daños asociados a la prescripción médica; de estos, el 25% genera daños graves que pueden terminar en muerte, y cerca de la mitad

de los daños que se pueden prevenir son de tipo medicamentoso [58].

c.2.) Mala praxis en las intervenciones quirúrgicas: de los 300 millones de cirugías que se realizan anualmente en el mundo, cerca del 10% presenta algún daño asociado, a pesar de que el sistema sanitario conoce los efectos adversos que estos errores provocan en el paciente [59,60].

c.3.) Infecciones asociadas con la atención sanitaria: una gran cantidad de infecciones constituyen el resultado directo de una atención sanitaria, siendo la sepsis la más frecuente (23,6%) y mortal (24,4%) en los entornos hospitalarios. Este tipo de infecciones prolongan la estancia hospitalaria y conllevan discapacidades, farmacorresistencia o defunciones evitables [61-64].

c.4.) Diagnóstico errado: aproximadamente el 15% de los diagnósticos son falsos positivos, y en casi el 1% de los AM se presentan errores de diagnóstico que afectan en mayor proporción su salud [65,66].

c.5.) Otras causas: especialmente en los AM, se incluyen las caídas, las tromboembolias, las escaras, el manejo inadecuado de los residuos intrahospitalarios, la transfusión sanguínea sin protocolos, los problemas de identificación del paciente y las inyecciones administradas sin cumplir con las normas de bioseguridad [67-69].

D. Enfoque sistémico de la seguridad del paciente

En su mayoría, los incidentes sanitarios no siempre ocurren por una práctica inadecuada en el procedimiento de atención que realiza el profesional sanitario o del equipo de salud, sino que resultan de anomalías estructurales dentro del propio sistema, lo que evidencia el error humano individual. Por esta razón, para reducir estos eventos adversos, es necesario dejar de buscar responsables y adoptar estrategias sistémicas con el fin de mejorar la seguridad del paciente y prevenirlos o reducirlos a

un mínimo aceptable. Además, se debe medir el grado de estrés al que está sometido el profesional de Enfermería al desarrollar su trabajo en entornos asistenciales complejos y en continua evolución [5,70].

El cambio de enfoque sistémico para abordar la seguridad del paciente implica que el sistema sanitario adopte acciones necesarias para prevenir y reducir el impacto del daño que pudiera causar. Para ello, se deben organizar estrategias como: fortalecer el compromiso directivo para aumentar la cultura de seguridad del paciente, mejorar la seguridad laboral, estandarizar los protocolos de seguridad, fortalecer las competencias del personal, establecer flujos de comunicación apropiados, promover el trabajo en equipo, ayudar al paciente en la toma de decisiones y diseñar sistemas eficaces para notificar incidentes asociados con la atención [5,71].

E. Principios de la seguridad del paciente

Representan el fundamento para garantizar un cuidado de salud de calidad; por lo tanto, las organizaciones de salud deben facilitar las condiciones necesarias para su implementación en los establecimientos de salud, a fin de fomentar una cultura de seguridad en la atención sanitaria. Estos son: prevención de errores, informes transparentes (del error se aprende), estandarización y mejores prácticas (eficacia en el cuidado), tecnología y automatización, empoderamiento sanitario del paciente y cultura de seguridad [72,73]. El cumplimiento de estos requisitos asegurará que el profesional de Enfermería brinde un cuidado integral al AM.

F. Ciclo de la seguridad del paciente

Un cuidado seguro implica entender las condiciones sanitarias y las etapas en las que se desarrolla la práctica asistencial, ello con el objetivo de implementar acciones que eviten errores en la atención, fortalezcan la cultura de seguridad y optimicen los sistemas de gestión del cuidado.

El ciclo se organiza en las siguientes fases: 1) identificación de riesgos a la seguridad del paciente, a fin de anticiparse a los posibles daños que el individuo pueda sufrir; 2) implementación de protocolos de seguridad, para ayudar a reducir el impacto del daño; 3) monitoreo y análisis de daños, para investigar las condiciones que provocaron el incidente o error; 4) evaluación y mejora continua de los protocolos de seguridad para corregir el daño y optimizar la atención de forma permanente [74,75].

G. Cultura de seguridad del paciente

Es el conjunto de valores y normas que se practican dentro de una institución de salud, y se encuentra relacionada con las acciones compartidas que realizan todos los actores del sistema sanitario con el único objetivo de mejorar la seguridad del paciente; la cultura sanitaria no es punitiva, sino que busca constantemente mejorar las prácticas y estándares del cuidado con el fin de prevenir daños en el paciente [76, 77]. También, es una de las estrategias de gestión de salud que promueve la práctica segura y la mitigación de incidentes asistenciales que requieren ser monitorizados por la institución para instaurar una sólida cultura de seguridad del paciente [78].

H. Dimensiones de la seguridad del paciente

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España organizó la seguridad del paciente en las siguientes dimensiones [56]:

h.1.) Frecuencia de eventos notificados: regularidad con la que el profesional de Enfermería comunica los errores o incidentes relacionados con la atención, a pesar de que la acción haya generado cualquier tipo de daño al paciente. Comprende la notificación de errores detectados, incluso antes de afectar al paciente, la comunicación de errores que no causaron daño al paciente y el reporte de incidentes sin consecuencias clínicas. Esto permite identificar riesgos y establecer medidas para su prevención.

h.2.) Percepción global de seguridad del paciente: valoración general que realiza el profesional de Enfermería respecto al nivel de seguridad que existe en la unidad o institución donde labora. Incluye la evaluación del grado en el que los procesos asistenciales previenen errores, la capacidad del sistema sanitario para identificar problemas de seguridad del paciente y la percepción del clima institucional orientado a la protección del paciente durante el cuidado.

h.3.) Expectativas y acciones de la dirección o supervisor que favorecen la seguridad: rol que cumple el jefe inmediato en la promoción de prácticas seguras dentro del equipo de trabajo. Incluye la supervisión dirigida a la seguridad del paciente, el reconocimiento de las conductas del personal que promueven una atención segura, el cumplimiento de los protocolos de cuidado y el interés directivo para garantizar la reducción de errores.

h.4.) Aprendizaje organizacional y mejora continua: capacidad organizativa de la institución y del profesional de Enfermería para generar procesos de aprendizaje dirigidos a mejorar la seguridad del paciente. Comprende la implementación de acciones y estrategias correctivas ante la ocurrencia de accidentes y el reconocimiento de los errores como oportunidades de aprendizaje para optimizar los procesos de atención hospitalaria.

h.5.) Trabajo en equipo en la unidad: grado de cooperación entre los profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de salud; se considera el apoyo mutuo entre ellos, la colaboración para reducir la sobrecarga laboral, el respeto entre compañeros y la comunicación eficaz para garantizar un cuidado seguro y centrado en el paciente.

h.6.) Franqueza en la comunicación: clima organizacional que permite a los profesionales de Enfermería expresarse libremente respecto a las preocupaciones sobre seguridad del paciente. Está vinculado

con la libertad de manifestar dudas o advertir sobre situaciones de riesgo, cuestionar decisiones cuando estas comprometan la seguridad del paciente y la facilidad para dialogar abiertamente acerca de los errores o incidentes que se presentaron durante la atención.

h.7.) Retroalimentación y comunicación sobre errores: proceso que tiene la institución para dar a conocer al profesional de Enfermería la ocurrencia de errores y las estrategias utilizadas para prevenir que estos se repitan. Está dirigida a comunicar los incidentes, difundir los cambios implementados luego de identificar los errores y consensuar estrategias para mejorar la seguridad y atención del paciente hospitalizado.

h.8.) Respuesta no punitiva al error: percepción de los profesionales de Enfermería respecto a la falta de sanciones cuando se reportan los incidentes. Abarca indicadores como el temor del profesional a las consecuencias laborales, la preocupación por asumir consecuencias individuales y la percepción de una cultura organizacional que facilita el aprendizaje en lugar del castigo.

h.9.) Dotación de personal: disponibilidad de los profesionales de Enfermería para garantizar un cuidado seguro del paciente. Incluye la percepción sobre la suficiente cantidad de personal para garantizar cuidados seguros y oportunos, la sobrecarga laboral y el cuidado insuficiente debido al apresuramiento en la atención.

h.10.) Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente: grado de compromiso de la dirección hospitalaria respecto a la seguridad del paciente; está relacionado con la asignación de recursos para promover prácticas seguras, implementación de acciones encaminadas a prevenir errores y el respaldo institucional a las iniciativas que buscan mejorar la seguridad del paciente.

h.11.) Trabajo en equipo entre unidades: nivel de coordinación y cooperación entre los servicios asistenciales. Comprende la colaboración entre áreas hospitalarias, la coordinación de los procesos y protocolos de atención, y el apoyo entre servicios para garantizar continuidad y seguridad en el cuidado del paciente.

h.12.) Problemas en cambio de turnos y transiciones entre servicios: dificultades que podrían ocurrir entre profesionales o servicios durante el intercambio de información y responsabilidad del cuidado del paciente. Comprende la continuidad del cuidado clínico, la calidad de comunicación en los cambios de turno, la referencia segura de los pacientes entre los servicios y la coordinación que evite errores al momento de la entrega del paciente en el servicio o entre áreas asistenciales.

I. Enfermería y seguridad del paciente

Se centra en la identificación de riesgos y la aplicación de medidas preventivas durante la atención del AM [79]. El profesional de Enfermería desempeña un rol clave en la implementación de prácticas seguras, el cumplimiento de protocolos y la promoción de una atención centrada en la persona, contribuyendo a la reducción de eventos adversos y al fortalecimiento de la calidad del cuidado [80,81]. Es así como la integración de la cultura de seguridad en la praxis teórica de Enfermería y en los modelos de formación académica y profesional, garantiza un cuidado basado en la evidencia y orientado a la excelencia operativa [80].

2.2.3. Cuidado integral de Enfermería del adulto mayor

2.2.3.1. El adulto mayor

A. Definición

La OMS [2] define a la persona AM como aquel individuo de 60 años o más, etapa en la cual se evidencia el deterioro de sus capacidades funcionales, incrementando la vulnerabilidad ante patologías y disminuyendo su autonomía e independencia.

B. Clasificación

El MINSA establece la siguiente clasificación, según el grado de autonomía funcional [82]:

b.1.) Adulto mayor independiente: conserva su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana y entorno social. Las acciones de salud se centran en fomentar hábitos saludables y autocuidado con el fin de mantener su funcionalidad, detectar a tiempo factores de riesgo y garantizar un control efectivo de las enfermedades crónicas.

b.2.) Adulto mayor dependiente parcial: presenta pérdida de autonomía funcional y restricciones en sus actividades cotidianas. Las intervenciones se enfocan en el diagnóstico y tratamiento de los factores de dependencia, integrando procesos de rehabilitación y estrategias preventivas para restaurar o mitigar el declive de sus capacidades. Según la complejidad de su estado, el AM puede ser derivado a otros establecimientos de mayor complejidad.

b.3.) Adulto mayor dependiente total: presenta pérdida crítica de autonomía, necesita asistencia total para realizar sus actividades básicas diarias. La atención sanitaria se orienta en diagnosticar los factores de dependencia, manejo de patologías crónicas, continuidad del cuidado, rehabilitación personalizada y apoyo emocional a la familia, articulando la atención entre los diversos niveles del sistema de salud.

C. Características integrales del AM

La etapa de vida del AM implica cambios multidimensionales relacionados con las necesidades de cuidado y la seguridad durante la estancia hospitalaria, presentando las siguientes características como se describe a continuación:

c.1.) Biológicas y fisiológicas: la OMS [2] señala que el envejecimiento implica la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares, con deterioro fisiológico gradual y limitada capacidad del organismo para recuperar el equilibrio frente a factores de estrés. Este proceso incrementa la vulnerabilidad, el riesgo de comorbilidades y la susceptibilidad a infecciones, además reduce la capacidad de respuesta inmunológica del individuo; situación que exige un cuidado enfermero dirigido a la prevención y control de riesgos adversos a la salud del AM.

c.2.) Psicológicas y cognitivas: el AM como parte del proceso de envejecimiento, experimenta un declive lento y gradual asociado a factores sociales, económicos y de estilo de vida que afectan su autonomía y calidad de vida [2,83]. Asimismo, se reconoce la existencia de trastornos mentales comunes relacionados con el estado de ánimo, tales como depresión, ansiedad, demencia, alteraciones del sueño y estrés. Estos factores pueden generar una mayor exposición a errores de medicación y una baja adherencia terapéutica cuando no se brindan cuidados según los requerimientos del AM [84,85].

c.3.) Sociales y emocionales: el proceso de envejecimiento suele asociarse a la disminución de las interacciones sociales, el aislamiento y la dependencia del cuidado, factores que influyen en la salud emocional del AM [83,84]. En el contexto hospitalario, estas condiciones pueden intensificar el deterioro del bienestar emocional y afectar la participación del paciente en su cuidado. Ante esta situación, el profesional de Enfermería debe promover entornos terapéuticos seguros y la integración familiar, orientados a preservar la dignidad y el bienestar integral del AM [87,88].

2.2.3.2. Cuidado integral de Enfermería

A. Cuidado integral

El Consejo Internacional de Enfermería [89] define a la Enfermería como aquella ciencia encargada de proteger el derecho del individuo a acceder al más alto nivel de salud, brindando cuidados colaborativos, culturalmente seguros y centrados en la persona. Estos cuidados tienen por propósito promover la salud, mejorar la seguridad del paciente y dar continuidad a los cuidados enfermeros.

Por su parte, Renghea A [90] sostiene que, en términos de salud, el cuidado integral es complejo y amplio, empleado para organizar y planificar los cuidados de Enfermería. Incluye todas las dimensiones de la persona más allá de la mirada biomédica, refiriéndose a las técnicas, procedimientos, normatividad e intervenciones del cuidado. Por tanto, este cuidado mejora el seguimiento del paciente, incrementa la prevención, reduce la carga económica del sistema sanitario, identifica riesgos, complicaciones y nuevos problemas de salud no reportados al ingreso, y promueve mayor seguridad hospitalaria para el paciente.

B. Cuidado integral del adulto mayor

El cuidado integral de la salud en AM comprende acciones de promoción, preservación, recuperación y rehabilitación de la salud y alivio del sufrimiento, fortaleciendo la protección familiar y social, mediante un abordaje biopsicosocial basado en el enfoque de derechos, equidad e interculturalidad, bajo el liderazgo de los profesionales de Enfermería para garantizar seguridad y cuidado de calidad humanizado [91].

En el Perú, la normativa del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la persona, familia y comunidad (MCI), prioriza los cuidados según las necesidades biopsicosociales del AM [92]. En el escenario hospitalario, implica el desarrollo de

prácticas que incluyen la valoración del estado de salud, la planificación e implementación de cuidados individualizados con enfoque integral, adaptados a las necesidades y al contexto sociocultural en el que se desenvuelve el AM, con el objetivo de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en esta etapa de vida [93,94].

C. Percepción del cuidado integral de Enfermería

Concepción que tiene el profesional de Enfermería respecto al cuidado que brinda al AM. Es un proceso subjetivo que valora aspectos como la calidad, la empatía, la humanización, las competencias del cuidado enfermero, el soporte emocional y el abordaje holístico del paciente; surge de la interacción genuina enfermero-paciente [95]. En esta perspectiva, el cuidado que brinda el profesional de Enfermería es analizado, internalizado y valorado por el mismo a partir de su propia experiencia [96].

D. Dimensiones del cuidado integral de Enfermería

Se consideran las siguientes dimensiones [97]:

d.1.) Humanismo, fe-esperanza y sensibilidad: comportamiento de cuidado centrado en valores humanísticos y reconocimiento del paciente como ser único, promoviendo respeto, empatía y comprensión de sus necesidades físicas y emocionales. Considera que el profesional de Enfermería debe brindar un cuidado basado en la dignidad humana y la sensibilidad hacia los sentimientos del paciente, además de promover confianza durante el proceso del cuidado.

d.2.) Ayuda y confianza: capacidad del profesional de Enfermería para mantener una relación terapéutica que se sustente en la confianza, la cercanía y el apoyo emocional. Esto se logra por medio de acciones como la escucha activa, la comunicación auténtica y la disposición para satisfacer las necesidades del paciente, lo que favorece su seguridad y promueve la relación

enfermero-paciente-familia como dimensión esencial del cuidado humanizado.

d.3.) Expresión de sentimientos positivos y negativos:

capacidad del profesional de Enfermería para aceptar la situación emocional del paciente, teniendo en cuenta que esto forma parte del proceso salud-enfermedad y es importante para su recuperación. Comprende brindar espacios de escucha activa, comprensión y apoyo, permitiendo al paciente expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgado.

d.4.) Enseñanza y aprendizaje:

proceso educativo que el profesional de Enfermería desarrolla para fortalecer el conocimiento del paciente respecto a su salud, tratamiento y autocuidado. Esto implica comunicación asertiva, orientación personalizada y participación del paciente en la toma de decisiones sobre su bienestar.

d.5.) Soporte, protección y ambiente:

acciones destinadas a crear un entorno biopsicosocial que promueva la recuperación y bienestar del paciente. Se toman en cuenta las condiciones necesarias para mantener la dignidad del paciente y promover un entorno asistencial adecuado.

d.6.) Asistencia en las necesidades humanas:

capacidad del profesional de Enfermería para brindar cuidados integrales que respondan a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente, mediante intervenciones clínicas seguras que faciliten su autonomía durante el proceso de cuidado.

d.7.) Fuerza existencial, fenomenológica y espiritual:

reconocimiento del paciente como un ser integral con experiencias, sentimientos y un significado propio de vida.

Este enfoque conlleva a proporcionar cuidados que abarquen todas las dimensiones existenciales de su vida, favoreciendo al proceso de cuidado que se establece entre el profesional de Enfermería y el paciente desde una perspectiva humanizada y centrada en la persona.

E. Componentes del cuidado integral de Enfermería

Existen diversos componentes del cuidado integral de Enfermería, tales como los físicos, emocionales, humanos y comunicativos, estos ayudan a mejorar la seguridad del paciente y garantizar cuidados de calidad:

e.1.) El cuidado físico: centrado en la atención de las necesidades corporales del AM hospitalizado, mediante la aplicación de conocimientos científicos y habilidades técnicas. Incluye acciones relacionadas con el monitoreo de signos vitales, la aplicación segura de tratamientos, la movilización del paciente y el mantenimiento de su higiene personal, favoreciendo la autonomía y la estabilización fisiológica, con el propósito de proteger la integridad física y facilitar una recuperación segura [98,99].

e.2.) El cuidado emocional: reconoce y acompaña las emociones que el AM experimenta a partir de su enfermedad en el escenario hospitalario, integrándolas en el plan de cuidados. Se fundamenta en la comprensión, el diálogo y la gestión de emociones, lo que permite que el cuidado sea más humanizado y no se limite únicamente a los procedimientos clínicos. Asimismo, se otorga valor a los sentimientos, brindando el apoyo necesario para que el AM enfrente su situación de manera equilibrada [100].

e.3.) La comunicación enfermero-paciente: representa un factor fundamental de la práctica clínica, dado que mediante un

diálogo claro, empático y centrado en las necesidades del paciente se construye una relación de confianza que favorece la comprensión de la información de salud, la reducción de la ansiedad y la participación en el cuidado. La efectividad de la comunicación contribuye a una mayor satisfacción del AM y a mejores resultados en los cuidados brindados, al facilitar la expresión de preocupaciones, aclarar dudas y promover la adherencia a los tratamientos [101,102].

e.4.) El trato humanizado: implica brindar un cuidado centrado en la persona, reconociendo al paciente como un individuo con necesidades físicas, emocionales y sociales, y respetando los valores personales y culturales; busca fortalecer la dignidad del paciente, mejorar la satisfacción, facilitar la comunicación y favorecer resultados positivos en su proceso de cuidado más allá de los procedimientos técnicos [103,104].

F. Importancia del cuidado integral de Enfermería

El cuidado integral de Enfermería representa un soporte fundamental para garantizar una atención segura, humanizada y de calidad en el AM hospitalizado. Su aplicación permite la detección oportuna de riesgos, la continuidad del cuidado y el abordaje integral de los factores biopsicosociales que influyen en el proceso de salud–enfermedad del paciente. En este contexto, el profesional de Enfermería cumple un rol clave en la promoción del bienestar, la prevención del deterioro funcional y el fortalecimiento de la autonomía del AM durante su estancia hospitalaria [105,106].

2.3. Definición de términos básicos

a) Adulto mayor

Es una persona que ha alcanzado los 60 años o más. En esta etapa de la vida suelen aparecer cambios físicos, emocionales y sociales que requieren un cuidado de salud cercano y especializado [2].

b) Seguridad del paciente

Medidas que se aplican dentro del escenario hospitalario para prevenir infecciones, accidentes o cualquier daño al paciente o personal de salud, busca proteger la vida y el bienestar durante los cuidados sanitarios [6].

c) Cuidado integral de Enfermería

Acciones sanitarias realizadas por el profesional de Enfermería dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, integrando las dimensiones biopsicosociales de la persona en el entorno hospitalario de manera empática [91].

d) Servicio de Geriatría

Unidad hospitalaria diseñada para ofertar cuidados individuales y colectivos organizados a los AM, considerando sus dimensiones psicológicas, funcionales y sociales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y autonomía que le permitan llevar una vida activa y saludable [107].

e) Enfermería

Ciencia que aborda los cuidados autónomos y seguros que se brindan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los ámbitos de atención; incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados con un enfoque curativo y paliativo [4].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la ciudad y distrito de Cajamarca, perteneciente a la provincia y departamento de Cajamarca. La ciudad de Cajamarca se encuentra ubicada en el norte del Perú, a una altitud de 2750 msnm. Su clima es seco, templado y soleado durante el día, y frío en la noche; la temperatura media anual alcanza un máximo de 21 °C y mínimo de 6 °C, la estación seca corresponde al otoño y el invierno, entre los meses de mayo a septiembre, mientras que las lluvias intensas se presentan entre los meses de diciembre a marzo [108].

La presente investigación se desarrolló en el servicio de geriatría de un hospital público de la región Cajamarca, un establecimiento de salud de categoría II-2 con cartera de servicios ampliada a III-1 [109]. En el servicio de geriatría laboran 32 licenciados en Enfermería quienes brindan cuidados integrales a los AM hospitalizados. Debido a su dinámica de trabajo y al compromiso con el bienestar del paciente, este servicio constituye un entorno adecuado para investigar la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería, evaluados desde la percepción del profesional de Enfermería.

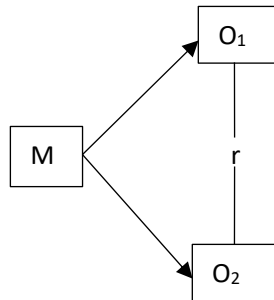
3.2. Diseño de investigación

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo, dado que buscó analizar datos numéricos que permitieron medir de manera objetiva ambas variables de estudio, considerando técnicas estadísticas que arrojaron resultados claros y precisos que demostraron la existencia del fenómeno en el contexto hospitalario. De nivel relacional, porque se determinó la relación entre la seguridad del paciente y el cuidado integral brindado por el profesional de Enfermería [110,111].

Fue de diseño no experimental, dado que permitió observar los fenómenos la seguridad del paciente y el cuidado integral de Enfermería tal como ocurren

en el escenario hospitalario, sin necesidad de manipular intencionalmente las variables. De corte transversal, porque los datos se recogieron en un solo momento [110,111].

Diagrama de investigación



Donde:

M = Profesionales de Enfermería.

O₁ = Variable 1: Seguridad del paciente.

O₂ = Variable 2: Cuidado integral de Enfermería.

r = Relación de las variables de estudio.

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

3.3.1. Población

La población de este estudio estuvo conformada por 32 profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca. La identificación de la población se realizó a partir de la programación de turnos vigentes, lo que permitió considerar a los profesionales que desempeñan sus funciones en diferentes horarios (mañana, tarde y noche), así como en turnos rotativos según las necesidades del servicio. Esta forma de organización garantizó una visión completa de los profesionales de Enfermería, quienes participaron activamente en las labores asistenciales de dicho servicio.

3.3.2. Muestra

Estuvo conformada por la totalidad de la población (32 profesionales de Enfermería) quienes laboran en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca. No se realizó un proceso de selección muestral, ya que se consideró pertinente incluir a todo el personal disponible. Por

ello, la muestra correspondió a un censo poblacional, asegurando una representación integral del contexto a ser investigado.

3.3.3. Unidad de estudio

Constituida por cada profesional de Enfermería que cumplió con los criterios de inclusión y aportó información sobre las condiciones de seguridad del paciente y el cuidado integral brindado a los AM hospitalizados. Los participantes se seleccionaron tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

- ✓ Profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de geriatría durante al menos tres meses.
- ✓ Profesionales de Enfermería quienes brindan atención directa a los AM hospitalizados en el servicio de geriatría.
- ✓ Profesionales de Enfermería con cualquier vínculo laboral.
- ✓ Profesionales de Enfermería que firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- ✓ Profesionales de Enfermería que se encontraban de vacaciones, con licencia o con descanso médico.
- ✓ Profesionales de Enfermería que laboran en la parte administrativa del servicio de geriatría, sin contacto directo con pacientes.
- ✓ Profesionales de Enfermería que no firmaron el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Valor final	
					Nivel por dimensión (puntos)	General
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Conjunto de actividades destinadas a evitar, prevenir o reducir al mínimo los daños derivados de la atención sanitaria durante la prestación de los servicios de salud [55].	1. Frecuencia de eventos notificados	Notificación de errores detectados antes de afectar al paciente; notificación de errores sin daño; notificación de errores sin consecuencias.	40, 41, 42	Baja: 3-6 Regular: 7-10 Alta: 11-15	Baja: 42-98 puntos Regular: 99-154 puntos Alta: 155-210 puntos
		2. Percepción global de seguridad del paciente	Evaluación del nivel de seguridad; percepción de prevención de errores; identificación de problemas de seguridad; valoración del ambiente de seguridad	10, 15, 17, 18	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisor que favorecen la seguridad	Supervisión orientada a la seguridad; reconocimiento de prácticas seguras; promoción del cumplimiento de procedimientos seguros; interés del supervisor por la seguridad del paciente.	19, 20, 21, 22	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		4. Aprendizaje organizacional / mejora continua	Actividades de mejora de seguridad; implementación de acciones correctivas; aprendizaje institucional a partir de errores.	6, 9, 13	Baja: 3-6 Regular: 7-10 Alta: 11-15	
		5. Trabajo en equipo en la unidad	Apoyo mutuo entre el personal; cooperación ante sobrecarga laboral; respeto entre profesionales; colaboración que garantice atención segura.	1, 3, 4, 11	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		6. Franqueza en la comunicación	Libertad para expresar preocupaciones; posibilidad de cuestionar decisiones; facilidad para hablar sobre errores.	35, 37, 39	Baja: 3-6 Regular: 7-10 Alta: 11-15	
		7. Retroalimentación y comunicación sobre errores	Información al personal sobre errores; comunicación de cambios tras incidentes; discusión de estrategias para prevenir errores.	34, 36, 38	Baja: 3-6 Regular: 7-10 Alta: 11-15	
		8. Respuesta no punitiva al error	Temor a represalias por errores; preocupación por consecuencias laborales; percepción de cultura de castigo ante errores.	8, 12, 16	Baja: 3-6 Regular: 7-10 Alta: 11-15	

		9. Dotación de personal	Disponibilidad suficiente de personal; carga laboral excesiva; impacto del trabajo apresurado en la atención; disponibilidad de personal para cuidados seguros.	2, 5, 7, 14	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		10. Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	Compromiso de la dirección con la seguridad; asignación de recursos; promoción institucional de prácticas seguras.	23, 30, 31	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		11. Trabajo en equipo entre unidades	Cooperación entre servicios; coordinación entre unidades; apoyo entre áreas hospitalarias; colaboración interdepartamental.	24, 26, 28, 32	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	
		12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	Continuidad de información clínica; comunicación en cambios de turno; transferencia segura de pacientes; coordinación en transiciones.	25, 27, 29, 33	Baja: 4-9 Regular: 10-14 Alta: 15-20	

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Valor final	
					Nivel por dimensión (puntos)	General
CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA	Acciones sanitarias realizadas por el profesional de Enfermería dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, integrando las dimensiones biopsicosociales de la persona en el entorno hospitalario de manera empática [91].	1. Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad	Trato individualizado, perspectiva del paciente, amabilidad profesional, sensibilidad y control emocional, refuerzo positivo	1 – 16	Bajo: 16-37 Regular: 38-58 Alto: 59-80	Bajo: 63-147 puntos Regular: 148-231 puntos Alto: 232-315 puntos
		2. Ayuda/confianza	Escucha activa, comunicación interpersonal, cuidado pleno, seguimiento del paciente, cumplimiento de compromisos.	17 – 27	Bajo: 11-25 Regular: 26-40 Alto: 41-55	
		3. Expresión de sentimientos positivos/negativos	Expresión emocional, tolerancia al enojo, comprensión emocional, apoyo en crisis.	28 – 31	Bajo: 4-9 Regular: 10-14 Alto: 15-20	
		4. Enseñanza aprendizaje	Educación en enfermedad, orientación informativa, respuesta clara, verificación de comprensión, planificación del cuidado.	32 – 39	Bajo: 8-18 Regular: 19-29 Alto: 30-40	
		5. Soporte/protección/ambiente	Privacidad y confort del paciente, manejo del dolor, autonomía del paciente, atención espiritual, actitud profesional.	40 – 51	Bajo: 12-28 Regular: 29-44 Alto: 45-60	
		6. Asistencia en las necesidades humanas	Apoyo al autocuidado, competencia técnica, manejo de equipos, tratamiento oportuno, información a la familia, decisiones del paciente.	52 – 60	Bajo: 9-20 Regular: 21-33 Alto: 34-45	
		7. Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual	Comprensión emocional, valor de experiencias, bienestar personal.	61 – 63	Bajo: 3-6 Regular: 7-10 Alto: 11-15	

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

En la presente investigación se empleó la técnica de la encuesta, ya que permitió obtener información directa de los participantes de manera práctica, sencilla y rápida, lo cual resultó útil para conocer sus opiniones, percepciones o comportamientos.

La encuesta fue individual, es decir, cada profesional de Enfermería respondió los cuestionarios de forma independiente; confidencial, porque solo las investigadoras conocían los datos de identificación de los participantes, exclusivamente para fines de investigación; autoadministrada, dado que los participantes leyeron y respondieron las preguntas por sí mismos; y sincrónica, pues la encuesta fue entregada y recolectada inmediatamente después de que el profesional de Enfermería terminó de responder los cuestionarios.

La recolección de información se inició con la presentación de una solicitud formal dirigida al director del hospital público de Cajamarca, con el fin de obtener la autorización respectiva para realizar la investigación en el lugar de estudio. Una vez obtenida la aprobación institucional, se solicitó el consentimiento informado a cada participante, explicando en qué consiste el estudio, los objetivos, el uso que se dará a los datos y el respeto por el anonimato y la confidencialidad. Asimismo, se aseguró que su participación fuera voluntaria y que pudieran retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

3.5.2. Materiales

En el presente estudio se utilizaron dos cuestionarios tipo escala Likert para recoger la información:

A. Escala sobre seguridad de los pacientes en hospitales

La escala Likert sobre seguridad de los pacientes fue desarrollada inicialmente por la “Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)” [70] y adaptada a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España [56]. En ambos casos se evalúa la percepción de los profesionales de Enfermería respecto a la seguridad de los pacientes en el ámbito hospitalario, lo cual permite identificar los aspectos referidos a la organización, la comunicación y la gestión, que se relacionan con la seguridad del paciente durante la atención de salud recibida.

La escala está constituida por 42 ítems organizados en 12 dimensiones que abordan aspectos como el trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje organizacional, dotación de personal, apoyo institucional y respuesta frente a los errores. Cada dimensión está compuesta por preguntas específicas que evalúan las condiciones en las que se atiende al paciente y que favorecen o dificultan su seguridad al momento de recibir el cuidado de salud.

Las respuestas reciben valores que oscilan entre uno y cinco puntos, según el grado de acuerdo o frecuencia con que ocurre determinada situación en el entorno laboral del profesional de Enfermería. La escala es la siguiente: 1 = Muy en desacuerdo/Nunca, 2 = En desacuerdo/Raramente, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo/A veces, 4 = De acuerdo/Casi siempre, 5 = Muy de acuerdo/Siempre. Asimismo, el instrumento consta de preguntas redactadas en sentido positivo y otras en sentido negativo.

Los rangos por dimensión y escala global se obtuvieron por baremación percentilar, mediante el método de amplitud de intervalos con proporciones iguales. Los puntajes en el análisis estadístico descriptivo se orientaron a obtener el nivel de seguridad del paciente por dimensiones, clasificadas en nivel bajo, nivel regular y nivel alto, considerando lo descrito en la operacionalización de variables. El puntaje global de la escala se categorizó en nivel bajo (42 a 98 puntos), nivel regular (99 a 154 puntos) y nivel alto (155

a 210 puntos), asumiendo que los puntajes más elevados indican una mayor percepción de seguridad del paciente.

El instrumento está organizado según dimensiones e ítems, como se muestra a continuación:

N°	Dimensiones	Ítems	Ítems negativos
1.	Frecuencia de eventos notificados	40, 41, 42	Ninguno
2.	Percepción de seguridad del paciente	10, 15, 17, 18	10, 17
3.	Expectativas y acciones de la dirección/supervisor que favorecen la seguridad	19, 20, 21, 22	21, 22
4.	Aprendizaje organizacional / mejora continua	6, 9, 13	Ninguno
5.	Trabajo en equipo en la unidad	1, 3, 4, 11	Ninguno
6.	Franqueza en la comunicación	35, 37, 39	39
7.	Retroalimentación y comunicación sobre errores	34, 36, 38	Ninguno
8.	Respuesta no punitiva al error	8, 12, 16	8, 12, 16
9.	Dotación de personal	2, 5, 7, 14	5, 7, 14
10.	Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	23, 30, 31	31
11.	Trabajo en equipo entre unidades	24, 26, 28, 32	24, 28
12.	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	25, 27, 29, 33	25, 27, 29, 33

** En el cálculo del valor final se mantienen las respuestas originales; sin embargo, para determinar el valor por dimensiones, las respuestas negativas se invierten.*

La versión española de la escala ha sido sometida a una prueba piloto para evaluar la consistencia interna de sus dimensiones mediante α de Cronbach,

obteniendo en las 12 dimensiones niveles aceptables de confiabilidad, que fluctuaron entre 0,64 (dotación de personal) y 0,88 (notificación de eventos relacionados con la seguridad), indicando una consistencia interna adecuada para la medición de la seguridad del paciente hospitalario [56].

Previo a la aplicación final de la escala, se realizó una prueba piloto en un hospital público de Chota con 15 licenciados en Enfermería quienes brindaban atención directa a los pacientes. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach fue de 0,891, evidenciando que el instrumento es fiable y aplicable. No se reportaron dificultades en la interpretación de las preguntas, asegurando así una aplicación correcta del cuestionario en la población de estudio (Anexo 03).

B. Escala sobre cuidado de Enfermería

La escala Likert sobre “Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por Enfermería” (ECCOE) [97] fue diseñada a partir de la versión española del cuestionario “Evaluación de los comportamientos de cuidado (CBA) [112]. Ambas versiones miden los comportamientos del cuidado que brinda el profesional de Enfermería desde su propia perspectiva, y no desde la percepción del paciente, como ocurre en otros instrumentos similares.

Está conformada por 63 ítems distribuidos en siete dimensiones que evalúan aspectos como el humanismo, la ayuda y confianza, la expresión de sentimientos, el soporte y protección, y la asistencia en las necesidades humanas, entre otros; condiciones que en conjunto permiten identificar la percepción del profesional de Enfermería respecto a la calidad del cuidado que este considera que otorga al usuario de salud. Las respuestas en el instrumento original tienen puntuaciones que van de uno a cinco puntos, dependiendo de la valoración que el profesional de Enfermería le otorgue a la pregunta. El instrumento se organiza según dimensiones e ítems [112]:

N°	Dimensiones	Ítems
1.	Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad	1 a 16

2.	Ayuda/confianza	17 a 27
3.	Expresión de sentimientos positivos/negativos	28 a 31
4.	Enseñanza aprendizaje	32 a 39
5.	Soporte/protección/ambiente	40 a 51
6.	Asistencia en las necesidades humanas	52 a 60
7.	Fuerza existencial/fenomenológica/espiritual	61 a 63

La escala ha sido validada y estandarizada por diez jueces expertos, quienes realizaron la revisión y validación de contenido del instrumento, reportándolo como válido para la población de estudio (criterio de validez = 0,05 y validez de contenido = 0,94). La prueba de confiabilidad se realizó con 32 profesionales de Enfermería que laboraban en un hospital público de nivel II-2, obteniéndose en las siete dimensiones niveles aceptables de confiabilidad que estuvieron entre 0,75 (asistencia en las necesidades humanas) y 0,86 (humanismo/fe-esperanza/sensibilidad, soporte/protección/ambiente y fuerza existencial/fenomenológica/espiritual); la escala general alcanzó una fiabilidad de 0,96, cifra considerada aceptable para su aplicación [112].

La versión original del instrumento evalúa la percepción del cuidado de Enfermería mediante la importancia asignada a cada ítem, donde a mayor puntaje, mejor es la percepción de los cuidados otorgados. Sin embargo, en el presente estudio, considerando que los ítems están redactados en términos conductuales, se realizó la adaptación de la escala de respuesta, sustituyendo la valoración de importancia por una escala de frecuencia: de 1 = Poca importancia, 2 = Relativamente importante, 3 = Medianamente importante, 4 = De importancia, 5 = Mucha importancia; a 1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = Algunas veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre.

La prueba piloto se llevó a cabo en un hospital público de la ciudad de Chota con 15 licenciados en Enfermería que brindan atención directa a los pacientes. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach fue de 0,805, lo cual demuestra que el instrumento es fiable y aplicable. No se reportaron

dificultades en la interpretación de las preguntas, asegurando una aplicación correcta del cuestionario en la población de estudio (Anexo 03).

Seguidamente se determinaron las categorías y puntajes por dimensiones y escala general. Para la calificación por dimensión se sumó cada punto obtenido en los ítems que la conforman. La puntuación final de la escala siguió el mismo procedimiento utilizado en las dimensiones. El puntaje mínimo fue de 63 y el máximo de 315. Las categorías de las dimensiones y de la escala general se obtuvieron por baremación percentilar, aplicando el método de amplitud de intervalos (tercios) y se clasificaron en bajo, regular o alto, tomando como puntos de corte los percentiles 30 y 70.

Los recursos humanos incluyeron a las investigadoras y a los profesionales de Enfermería participantes. Los recursos materiales estuvieron conformados por los materiales de escritorio y equipos de cómputo. El estudio fue financiado en su totalidad por las investigadoras.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez concluida la recolección de los datos, el procesamiento se realizó utilizando un software estadístico, el cual permitió organizar, analizar e interpretar la información obtenida de manera ordenada y precisa, con el objetivo de facilitar la comprensión de los resultados. En esta investigación se empleó tanto el análisis descriptivo como el análisis inferencial.

En el análisis descriptivo se aplicó el método de baremación, que facilitó la clasificación de los resultados en diferentes niveles o categorías, con la finalidad de identificar el comportamiento de las variables en función de los puntajes obtenidos por cada participante. Esta técnica facilitó la visualización de frecuencias (cantidades y porcentajes), permitiendo conocer el perfil general de los datos recolectados de forma clara.

En el análisis inferencial, en primer lugar, se realizó el cruce de variables por medio de tablas cruzadas, asimismo, se calculó la prueba exacta de Fisher

para determinar si existe o no relación estadística significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería, contribuyendo de este modo a la validación o refutación de las hipótesis planteadas. La relación estadística se estableció con un nivel de significancia menor a 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas según sexo de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Tabla 1. Características sociodemográficas según sexo de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Características sociodemográficas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Edad						
26 a 40 años	2	6,3	10	31,3	12	37,5
41 a 50 años	3	9,4	8	25	11	34,4
51 a 65 años	2	6,3	7	21,9	9	28,1
Años de experiencia profesional en el servicio						
2 a 5 años	3	9,4	8	25	11	34,4
6 a 10 años	2	6,3	10	31,3	12	37,5
11 a más años	2	6,3	7	21,9	9	28,1
Accidentes notificados en el último año						
Ninguno	6	18,8	21	65,6	27	84,4
Uno	0	0	2	6,3	2	6,3
Dos	1	3,1	2	6,3	3	9,4

Fuente: Elaboración propia con base en las características identificadas en los licenciados(as) en Enfermería.

En la Tabla 1, los resultados muestran que la mayor proporción de profesionales de Enfermería corresponde al sexo femenino, con 78,1%, mientras que el sexo masculino representa el 21,9%. La predominancia

femenina observada responde a una característica histórica de la profesión de Enfermería, la cual continúa siendo ejercida en su mayoría por mujeres en los diferentes niveles de atención sanitaria; situación que evidencia la persistencia de patrones ocupacionales asociados a la seguridad del paciente y al cuidado de la salud, donde las mujeres constituyen la mayor fuerza laboral dentro de los servicios hospitalarios.

En cuanto a la edad, predominó el grupo de 26 a 40 años con 37,5%, seguido por el grupo de 41 a 50 años con 34,4% y los profesionales de 51 a 65 años con 28,1%. La mayor frecuencia de profesionales entre 26 y 40 años permitió observar la presencia de una fuerza laboral mayormente joven y en etapa productiva, condición favorable para la seguridad adecuada del paciente y la atención integral de los pacientes geriátricos, quienes requieren cuidados continuos, vigilancia sanitaria permanente y elevada demanda física y emocional para el profesional de Enfermería. Asimismo, la coexistencia de grupos etarios intermedios y mayores también favorece la complementariedad entre dinamismo laboral y experiencia profesional.

Asimismo, en relación con los años de experiencia profesional en el servicio, el mayor porcentaje se ubicó entre seis y diez años de experiencia con 37,5%, seguido del grupo que labora entre dos y cinco años con 34,4% y aquellos de once años a más con 28,1%. Estas cifras muestran una distribución equilibrada, aunque con mayor frecuencia de profesionales que poseen entre seis y diez años de experiencia, lo cual favorece el desarrollo de competencias cognitivas, técnicas y clínicas respaldadas por su experiencia profesional, así como una adecuada capacidad para proteger la seguridad del paciente e identificar los riesgos potenciales durante la atención de los AM hospitalizados.

En relación con los accidentes notificados, se observó que 84,4% de los profesionales de Enfermería no reportó accidentes durante el último año, mientras que 9,4% notificó dos accidentes y 6,3% informó un accidente. La baja frecuencia de accidentes notificados podría sugerir la existencia de

condiciones laborales que permiten el desarrollo de las actividades asistenciales con seguridad hospitalaria para el paciente y el profesional de Enfermería. Sin embargo, también es posible que algunos incidentes no hayan sido reportados por los canales oficiales, situación descrita en diversos entornos hospitalarios donde persiste el subregistro debido a factores organizacionales o culturales.

En cuanto a los hallazgos relacionados con la mayor frecuencia del género femenino, estos coinciden con lo reportado por Gamboa et al. [41], quienes identificaron que 73,8% de los participantes pertenecían al sexo femenino, observándose una composición demográfica semejante a la encontrada en el presente estudio.

Respecto a la edad, los resultados muestran ciertas diferencias con los reportados por Gamboa et al. [41], quienes identificaron una mayor concentración de profesionales entre 36 y 43 años. No obstante, ambos estudios coinciden en señalar que la mayor proporción de los profesionales de Enfermería se ubica en etapas de madurez laboral, donde se combinan experiencia clínica y capacidad de adaptación a las exigencias del entorno hospitalario.

En relación con la experiencia profesional, los resultados presentan semejanzas con lo informado por Tello-García et al. [40], quienes encontraron que 44,2% de los participantes tenían entre uno y cinco años de experiencia laboral. Aunque los rangos no son similares, ambos estudios evidencian que una proporción significativa de los profesionales se encuentra en etapas de consolidación profesional, condición que se relaciona de forma directa con la calidad y seguridad de los cuidados brindados.

Los resultados también son congruentes con los planteamientos de Huh y Shin [23], quienes concluyeron que la edad y la experiencia clínica se vinculan de manera estrecha con la seguridad del paciente. En ese sentido, en la presente investigación la presencia de profesionales de Enfermería con

experiencia representa un factor positivo en el fortalecimiento de las prácticas seguras durante el cuidado geriátrico.

Asimismo, los hallazgos guardan relación con lo señalado por Salia et al. [38], quienes determinaron que la cualificación profesional y el conocimiento sobre el cuidado del AM favorecen la prestación de cuidados de calidad. Por esta razón, la experiencia laboral identificada en los participantes del presente estudio contribuye al desarrollo de las competencias específicas necesarias para responder a las complejas necesidades sanitarias que demandan los AM hospitalizados.

Aunado a esto, la baja frecuencia de accidentes notificados puede interpretarse como un indicador indirecto de condiciones laborales seguras y de una adecuada adherencia a los protocolos institucionales. Este resultado es coherente con los planteamientos de Castillo-Ayón et al. [36], quienes destacaron que la aplicación responsable de protocolos y prácticas seguras ayuda a garantizar la calidad y seguridad del cuidado brindado por los profesionales de Enfermería.

4.2. Seguridad del paciente según dimensiones y sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Tabla 2. Seguridad del paciente según dimensiones y sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Seguridad del paciente	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Seguridad general del paciente						
Baja	0	0,0	4	12,5	4	12,5
Regular	4	12,5	14	43,7	18	56,2
Alta	3	9,4	7	21,9	10	31,3
Frecuencia de eventos notificados						
Baja	0	0,0	8	25	8	25
Regular	4	12,5	10	31,3	14	43,7
Alta	3	9,4	7	21,9	10	31,3
Percepción global de seguridad del paciente						
Baja	0	0,0	4	12,5	4	12,5
Regular	6	18,8	17	53,1	23	71,9
Alta	1	3,1	4	12,5	5	15,6
Expectativa y acción de la dirección/supervisor que favorecen la seguridad						
Baja	0	0,0	5	15,6	5	15,6
Regular	2	6,3	12	37,5	14	43,8
Alta	5	15,6	8	25	13	40,6
Aprendizaje organizacional / mejora continua						
Baja	0	0,0	4	12,5	4	12,5
Regular	3	9,4	13	40,6	16	50
Alta	4	12,5	8	25	12	37,5
Trabajo en equipo en la unidad						
Baja	1	3,1	1	3,1	2	6,2
Regular	3	9,4	13	40,6	16	50
Alta	3	9,4	11	34,4	14	43,8

Tabla 2. (continuación)

Seguridad del paciente	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Franqueza en la comunicación						
Baja	0	0	4	12,5	4	12,5
Regular	3	9,4	14	43,8	17	53,1
Alta	4	12,5	7	21,9	11	34,4
Retroalimentación y comunicación sobre errores						
Baja	0	0	1	3,1	1	3,1
Regular	1	3,1	17	53,1	18	56,3
Alta	6	18,8	7	21,9	13	40,6
Respuesta no punitiva al error						
Baja	0	0	5	15,6	5	15,6
Regular	5	15,6	19	59,4	24	75
Alta	2	6,3	1	3,1	3	9,4
Dotación de personal						
Baja	1	3,1	2	6,2	3	9,4
Regular	3	9,4	17	53,1	20	62,5
Alta	3	9,4	6	18,8	9	28,1
Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente						
Baja	1	3,1	6	18,8	7	21,9
Regular	4	12,5	12	37,5	16	50
Alta	2	6,3	7	21,9	9	28,1
Trabajo en equipo entre unidades						
Baja	2	6,3	4	12,5	6	18,8
Regular	5	15,6	14	43,7	19	59,3
Alta	0	0	7	21,9	7	21,9
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios						
Baja	1	3,1	2	6,3	3	9,4
Regular	4	12,5	13	40,6	17	53,1
Alta	2	6,3	10	31,3	12	37,5

Fuente: Elaboración propia con base en la escala de seguridad del paciente

En la Tabla 2, los resultados evidenciaron que la seguridad general del paciente en su mayoría fue percibida como regular con un 56,2%, seguida del nivel alto con 31,3% y bajo con 12,5%. Este resultado indica que, aunque existen prácticas dirigidas a garantizar una seguridad adecuada durante la atención del AM hospitalizado, todavía persisten factores susceptibles que necesitan ser fortalecidos para alcanzar niveles óptimos en el cuidado de Enfermería.

En la dimensión frecuencia de eventos notificados, el nivel regular alcanzó el mayor porcentaje con 43,7%, seguido del nivel alto con 31,3% y el bajo con 25%; reportes que muestran que los eventos adversos o incidentes sobre seguridad del paciente son reportados de manera moderada por el profesional de Enfermería, mostrando una cultura de reporte aún en proceso de consolidación dentro del servicio de geriatría del hospital.

Asimismo, la percepción global de seguridad del paciente mostró un alto predominio del nivel regular con 71,9%, mientras que el nivel alto representó el 15,6%. Este comportamiento muestra que los profesionales de Enfermería en el escenario hospitalario reconocen la existencia de condiciones aceptables de seguridad del paciente, aunque identifican oportunidades de mejora que garantizan un cuidado integral, seguro y libre de riesgos.

Respecto a la expectativa y acción de la dirección o supervisor que favorecen la seguridad del paciente, se presentó una mayor prevalencia del nivel regular con 43,8%, seguido por el nivel alto con 40,6%, lo que demuestra que las acciones que implementa la alta dirección y/o áreas de supervisión inmediata del servicio o institución dirigidas a promover una cultura de seguridad del paciente se encuentran presentes, aunque todavía en proceso de consolidación.

En el mismo sentido, los resultados en la dimensión expectativas y acción son parecidos a los reportes de Tello-García M, et al. [40], quienes identificaron las acciones directivas como una oportunidad para la seguridad del paciente,

con 60,8%. Al respecto, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España [56] indica que el rol que cumple el jefe inmediato en la promoción de prácticas seguras dentro del equipo de trabajo incluye: supervisión dirigida a la seguridad del paciente, reconocimiento de las conductas del personal que promueven una atención segura, cumplimiento de los protocolos de cuidado y el interés directivo de garantizar la reducción de incidentes a nivel hospitalario.

De manera similar, la dimensión aprendizaje organizacional y mejora continua presentó mayor frecuencia de nivel regular con 50%, seguida del nivel alto con 37,5%. Los resultados en esta dimensión muestran similitud con lo encontrado por Gamboa et al. [41], quienes identificaron esta dimensión como una de las mejor puntuadas; sugiriendo que, de alguna manera, las instituciones sanitarias vienen desarrollando de forma gradual mecanismos orientados a la mejora continua de los procesos asistenciales que aseguren un cuidado integral del paciente.

Además, el comportamiento observado en la dimensión aprendizaje organizacional da a entender que la institución desarrolla mecanismos de mejora continua; sin embargo, estos procesos organizativos aún no logran generar un impacto suficiente para que la mayoría de profesionales de Enfermería perciba niveles altos de seguridad; aspectos que, según Rocco y Garrido [75], se podrían atribuir a cambios organizacionales de mejora continua orientados a optimizar el cuidado, los cuales requieren periodos prolongados para consolidar el ciclo de la seguridad del paciente dentro de la cultura institucional.

La dimensión trabajo en equipo en el servicio de geriatría mostró porcentajes favorables, con prioridad en el nivel regular (50%). seguido por el nivel alto (43,8%). Estos resultados son consistentes con lo reportado por Tello-García et al. [40], quienes identificaron esta dimensión como una fortaleza dentro de la cultura de seguridad del paciente; identificando que, al igual que en el presente estudio, la colaboración entre profesionales de Enfermería

representa uno de los aspectos mejor valorados en la seguridad del paciente, lo cual contribuye al fortalecimiento de la coordinación asistencial y a la prevención de eventos adversos.

Asimismo, la franqueza en la comunicación presentó en su mayoría un nivel regular con 53,1%, mientras que la retroalimentación y comunicación sobre errores mostraron un predominio regular con 56,3% y un nivel alto con 40,6%. Los hallazgos en esta dimensión guardan coherencia con Ferraz y Silva [35], quienes destacaron la importancia de mejorar la comunicación como factor esencial para garantizar la seguridad del AM hospitalizado, dado que una comunicación efectiva facilita la coordinación interdisciplinaria y reduce la probabilidad de errores durante el cuidado integral del paciente.

Por otro lado, la respuesta no punitiva al error fue la dimensión que registró la mayor concentración en el nivel regular con 75%, mientras que solo el 9,4% la percibió en nivel alto; por esta razón, la percepción regular observada en esta dimensión muestra ciertos puntos en común con Palomino [43], quien identificó debilidades en aspectos vinculados con la apertura comunicacional y la cultura de seguridad; al respecto, ambos estudios indican la necesidad de fortalecer entornos institucionales donde el reporte de incidentes sea percibido como una oportunidad de aprendizaje y no como un mecanismo sancionador.

Además, la alta proporción de nivel regular en la dimensión respuesta no punitiva al error podría evidenciar que aún existen temores relacionados con la notificación de incidentes, dado que cuando los profesionales de Enfermería perciben posibles consecuencias negativas derivadas del reporte de incidentes, se genera una tendencia al subregistro, limitando las oportunidades de aprendizaje institucional y una oportuna corrección. Al respecto, Lee et al. [9] confirmaron la persistencia de problemas de seguridad hospitalaria, dando a conocer que el silencio de los profesionales de Enfermería ante los incidentes compromete las prácticas seguras en el cuidado del paciente.

Del mismo modo, la dimensión dotación de personal fue percibida en gran parte como regular con 62,5%, indicando que el recurso humano disponible resulta suficiente para mantener las actividades asistenciales, pero no garantiza las condiciones óptimas para brindar un cuidado integral; aspecto que coincide con Tello-García M, et al. [40], quienes encontraron dotación media del personal cercana al 60%, pero mayor a la de Gamboa JP et al. [41], en la que se identificó una dotación de personal baja del 36,1%. Aunque la mayoría percibe esta dimensión como regular, se observa suficientes recursos humanos para mantener la operatividad del servicio, pero insuficiente para responder a la demanda asistencial de la población geriátrica hospitalizada.

Asimismo, el apoyo de la dirección hospitalaria en la seguridad del paciente fue más frecuente en el nivel regular con 50%, seguido por un 28,1% alto. Este hecho indica que los profesionales de Enfermería disponen del respaldo de la dirección para garantizar la seguridad, la asignación de recursos y la promoción institucional de prácticas seguras. Para Innab [34] y Ferraz y Silva [35], el apoyo organizacional de la dirección y la reorientación de prioridades sanitarias, mejoran la seguridad del paciente y permiten proporcionar cuidados integrales; estos factores orientan la implementación de acciones a fin de prevenir errores y asegurar el respaldo institucional a las iniciativas que buscan mejorar la seguridad de paciente [46].

El trabajo en equipo entre unidades alcanzó 59,4% de nivel regular, mientras que los problemas relacionados con cambios de turno y transiciones entre servicios fueron en su mayoría regulares con 53,1%, lo que indica que los procesos gerenciales y administrativos siguen siendo áreas críticas dentro de la atención hospitalaria. Estas cifras se presentan como una fortaleza del servicio de geriatría, pues, como lo sostienen Carayon et al. [71] en el enfoque sistémico de la seguridad del paciente, el trabajo en equipo y la coordinación efectiva entre profesionales, incluyendo la gestión de cambio de turnos, favorecen la continuidad del cuidado, la prevención de errores y la toma de decisiones oportunas en el cuidado de Enfermería del AM hospitalizado.

Los resultados coinciden con los hallazgos de Gamboa et al. [41], quienes encontraron que la seguridad del paciente alcanzó un nivel medio; de manera similar, en la presente investigación predominó el nivel regular de seguridad, sugiriendo que las instituciones hospitalarias peruanas comparten desafíos relacionados con el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. Asimismo, existe concordancia con Hernández [42], quien reportó que la seguridad del paciente fue percibida principalmente en un nivel regular con 74,1%; esta similitud se explica porque ambos estudios fueron desarrollados en contextos hospitalarios donde la atención en salud depende de procesos organizacionales complejos y de recursos institucionales limitados.

Los hallazgos también guardan relación con los obtenidos por Salinas [44], quien encontró que el 100% de los profesionales de Enfermería percibían un nivel medio de seguridad del paciente; esta coincidencia evidencia que las percepciones regulares sobre seguridad continúan siendo frecuentes en los establecimientos de salud del país, independientemente de su complejidad y ubicación geográfica. Del mismo modo, respaldan lo señalado por Velásquez et al. [37], quienes sostienen que los AM hospitalizados presentan una alta vulnerabilidad frente a riesgos clínicos, dada su condición de fragilidad; por lo que urge mantener óptimos niveles de seguridad en el paciente en los servicios de geriatría de los hospitales.

En el mismo sentido, lo observado es compatible con lo encontrado por Castillo-Ayón et al. [36], quienes sostienen que la seguridad del paciente depende de la aplicación responsable de protocolos y prácticas seguras; considerando que el predominio de niveles regulares de seguridad observados en el presente estudio muestra avances importantes, aunque también evidencia la necesidad de continuar impulsando acciones institucionales dirigidas a consolidar una cultura de seguridad del paciente sólida y sostenible.

Por otra parte, los resultados obtenidos permiten inferir que la seguridad del paciente en el servicio de geriatría se desarrolla dentro de parámetros aceptables, pero aún no alcanza estándares institucionales consistentes,

vinculados principalmente con la uniformidad, la estabilidad y la credibilidad; esta situación podría estar relacionada con la complejidad que implica el cuidado del AM hospitalizado, quien presenta una mayor vulnerabilidad clínica, múltiples comorbilidades y mayor riesgo de eventos adversos durante su estancia hospitalaria. Para Zhao et al. [18], este cuidado requiere de estrategias integrales, con planes personalizados y vigilancia efectiva para prevenir los riesgos de seguridad del paciente en la práctica de Enfermería.

Finalmente, la predominancia de niveles regulares en varias dimensiones se explica por la coexistencia de factores favorables y limitantes dentro del entorno laboral, en donde se destacan, como favorables, la experiencia laboral de los profesionales de Enfermería, la gestión hospitalaria y el trabajo colaborativo observado en el servicio; y, como limitantes, las restricciones del recurso humano, la sobrecarga asistencial, la falta de comunicación efectiva (entre directivos y personal, y entre distintos servicios o unidades de servicio) y los desafíos organizacionales propios de los hospitales públicos.

4.3. Cuidado integral de Enfermería según dimensiones y sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Tabla 3. Cuidado integral de Enfermería por dimensiones y según sexo en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Cuidado integral de Enfermería	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Cuidado integral de Enfermería						
Bajo	0	0	3	9,4	3	9,4
Regular	3	9,4	10	31,3	13	40,6
Alto	4	12,5	12	37,5	16	50
Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad						
Bajo	1	3,1	3	9,4	4	12,5
Regular	1	3,1	9	28,1	10	31,3
Alto	5	15,6	13	40,6	18	56,3
Ayuda/confianza						
Bajo	0	0	4	12,5	4	12,5
Regular	4	12,5	11	34,4	15	46,9
Alto	3	9,4	10	31,3	13	40,6
Expresión de sentimientos positivos/negativos						
Bajo	1	3,1	4	12,5	5	15,6
Regular	4	12,5	7	21,9	11	34,4
Alto	2	6,3	14	43,8	16	50
Enseñanza aprendizaje						
Bajo	0	0	5	15,6	5	15,6
Regular	3	9,4	9	28,1	12	37,5
Alto	4	12,5	11	34,4	15	46,9
Soporte/protección/ambiente						
Bajo	0	0	2	6,3	2	6,3
Regular	2	6,3	10	31,3	12	37,5
Alto	5	15,6	13	40,6	18	56,3
Asistencia en las necesidades humanas						
Bajo	1	3,1	4	12,5	5	15,6
Regular	2	6,3	8	25	10	31,3
Alto	4	12,5	13	40,6	17	53,1
Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual						
Bajo	0	0	3	9,4	3	9,4
Regular	4	12,5	8	25	12	37,5
Alto	3	9,4	14	43,8	17	53,1

Fuente: Elaboración propia con base en la escala del cuidado integral de Enfermería

En la Tabla 3, los resultados mostraron que el cuidado integral de Enfermería en su mayoría fue de nivel alto con 50,0%, seguido del nivel regular con 40,6% y bajo con 9,4%. Este hallazgo evidencia que la mayoría de los profesionales de Enfermería proporcionan cuidados encaminados a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del AM hospitalizado, siendo un aspecto favorable para su bienestar dentro del servicio de geriatría.

En la dimensión humanismo, fe-esperanza y sensibilidad, se observó una mayor frecuencia del cuidado de nivel alto con 56,2%, seguido por el nivel regular (31,3%) y el nivel bajo (12,5%). Esto podría deberse a que los profesionales de Enfermería desarrollan un cuidado basado en principios humanísticos, mostrando sensibilidad frente a las experiencias y necesidades particulares del AM durante el proceso de hospitalización.

Los hallazgos también concuerdan con Ferraz y Silva [35], quienes señalaron que la sensibilidad del profesional de Enfermería frente a las particularidades del AM representa un factor esencial para garantizar un cuidado seguro y de calidad. El alto nivel de percepción del cuidado en esta dimensión sugiere que el profesional de Enfermería brinda un cuidado basado en la dignidad humana y la sensibilidad hacia los sentimientos del paciente, además de promover confianza durante el proceso de cuidado.

Respecto a la dimensión ayuda y confianza, el mayor porcentaje correspondió al nivel regular con 46,9%, seguido del nivel alto con 40,6%; esta tendencia indica la existencia de una percepción adecuada sobre la relación terapéutica entre el profesional de Enfermería y el paciente AM hospitalizado. Al respecto, Alshahrani [101] y Gur-Yaish et al. [102], sostienen que la comunicación enfermero-paciente garantiza oportunidades para promover vínculos de ayuda y confianza, favoreciendo una interacción más cercana y efectiva, lo cual facilita la expresión de preocupaciones, aclarando dudas y la mejora en la adherencia a los tratamientos.

El predominio de resultados favorables en los niveles regular y alto dentro de las dimensiones humanismo y confianza, indica que los profesionales de Enfermería tienen competencias (conceptuales, procedimentales y actitudinales) dirigidas a la atención centrada en la persona; factores que resultan fundamentales al momento de brindar cuidados al AM hospitalizado, dado que estos suelen experimentar con frecuencia situaciones de vulnerabilidad física y emocional, dependencia funcional e incertidumbre frente a su estado de salud [2, 11, 24]. Además, Afonso et al. [50], subrayan que los AM muestran una mayor vulnerabilidad integral.

En cuanto a la expresión de sentimientos positivos y negativos, predominó el nivel alto con 50,0%, seguido del nivel regular con 34,4%; resultado que evidencia que los profesionales de Enfermería promueven espacios de comunicación que le permiten al AM expresar emociones, preocupaciones, miedos y expectativas relacionadas con su estado de salud y su proceso de recuperación hospitalaria. Estos datos se vinculan con lo afirmado por Abades [49] quien refiere que la práctica del cuidado humano incluye, entre otros, expresar emociones auténticas, sean estas positivas o negativas.

Asimismo, los resultados obtenidos en la dimensión expresión de sentimientos permiten identificar que existe una comunicación efectiva entre los profesionales de Enfermería y los pacientes, conociendo que la manifestación de las emociones mejora la adaptación al proceso de enfermedad, disminuye la ansiedad y fortalece la confianza en el personal sanitario [101,102]; además de brindar espacios de escucha activa, comprensión y apoyo, permitiendo al paciente expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgado [56].

La dimensión enseñanza-aprendizaje presentó en su mayoría un cuidado integral de Enfermería de nivel alto con 46,9%, seguida de un nivel regular con 37,5%; cifras que se relacionan con lo manifestado por Abades [49], quien afirma que el cuidado de Enfermería promueve el aprendizaje, creando entornos seguros, sensibles y de apoyo mutuo. Además, estos reportes dan a entender que los profesionales de Enfermería desarrollan intervenciones

educativo/comunicacionales dirigidas a mejorar los conocimientos y habilidades del paciente para participar de forma activa en el cuidado de su salud.

Asimismo, la dimensión enseñanza-aprendizaje adquiere particular relevancia, debido a que el AM requiere información continua respecto a tratamientos, procedimientos, medicamentos y autocuidado [56]. Al respecto, en el presente estudio los resultados mostraron que los profesionales de Enfermería reconocen la educación como una estrategia para mejorar la participación activa del paciente en su proceso terapéutico.

En lo concerniente a la dimensión soporte, protección y ambiente alcanzó un nivel alto de cuidado con 56,2%, mostrando que el entorno asistencial favorece la comodidad, protección y bienestar del AM durante su estancia hospitalaria. Para Kim [20] y Nicoli et al. [22], las altas puntuaciones observadas en esta dimensión se asocian a la implementación de medidas dirigidas a reducir riesgos frecuentes en el entorno del AM, como caídas, errores de medicación, lesiones por presión, desorientación o complicaciones derivadas de la hospitalización prolongada.

De manera similar, en la dimensión asistencia de las necesidades humanas se obtuvo un predominio del nivel alto con 53,1%, evidenciando que los cuidados básicos y especializados del profesional de Enfermería son brindados de manera satisfactoria. Estos resultados favorables que muestran el compromiso del profesional de Enfermería con la satisfacción de necesidades relacionadas con alimentación, higiene, movilidad, descanso y confort. Al respecto, para Charles ST et al. [87] y Amin SM et al. [88], priorizar el cuidado integral en función a las necesidades sanitarias del paciente, promueve entornos terapéuticos seguros, integración familiar y preservación de la dignidad y el bienestar integral del AM durante la hospitalización.

Por otro lado, la dimensión fuerza existencial, fenomenológica y espiritual fue en su mayoría de nivel alto con 53,1%, seguida del nivel regular con 37,5%;

resultado que indica que los profesionales de Enfermería reconocen la importancia de las creencias, valores y experiencias personales del AM hospitalizado como componentes necesarios para brindar un cuidado integral. Al respecto, Aghaei et al. [48], sostienen que la práctica del cuidado humano incluye el cuidado transpersonal como principio espiritual dentro del sistema de valores que debe proteger el profesional de Enfermería

Además, en esta dimensión la percepción positiva del cuidado integral de Enfermería se explica por la creciente importancia de la espiritualidad para el AM como un componente vital de su bienestar integral; esto debido a que, en muchos AM, las creencias y valores personales representan recursos importantes para afrontar la enfermedad, la hospitalización y las limitaciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales derivadas del envejecimiento [48].

Los altos porcentajes observados en el nivel alto del cuidado integral de Enfermería están relacionados con las características propias del servicio de geriatría, donde el cuidado trasciende la atención meramente biológica para incorporar dimensiones emocionales, sociales y espirituales que impactan de forma directa en la recuperación y el bienestar del paciente. Al respecto, la OMS [2] refiere que una de las características integrales del AM radica en la necesidad de recibir cuidados de tipo biológico/fisiológico, psicológico/cognitivo y socioemocional. En el contexto hospitalario, estos son aspectos fundamentales para garantizar un cuidado integral del AM que propicie su bienestar y calidad de vida.

Los hallazgos concuerdan con los resultados de Salia et al. [38], quienes encontraron que el conocimiento adecuado del profesional de Enfermería sobre el envejecimiento y la actitud positiva favorecen la prestación de cuidados de calidad bajo una correcta seguridad del paciente. En ambos estudios se observa que las competencias profesionales se vinculan de forma directa con la calidad del cuidado brindado al AM.

Asimismo, los datos indican que existe concordancia con Castillo-Ayón et al. [36], quienes destacan que el profesional de Enfermería desempeña un papel central en el cuidado directo del paciente mediante la aplicación de conocimientos científicos y valores humanos; cifras que están respaldadas por la prevalencia de niveles altos en las dimensiones humanísticas del cuidado identificadas en el presente estudio. En esta perspectiva, Morales-Castillo et al. [97] consideran que la humanización del cuidado debe responder a las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente, esto mediante intervenciones clínicas seguras que faciliten su autonomía más allá del proceso mismo del cuidado.

De forma similar, existe coincidencia con Velásquez et al. [37], quienes afirman que los AM hospitalizados presentan condiciones de fragilidad física y mental que demandan acciones integrales; por lo que los resultados obtenidos mostraron que los profesionales de Enfermería responden a estas condiciones mediante cuidados que abarcan múltiples dimensiones del bienestar humano. Al respecto, Ghanbari-Afra, et al. [52] conciben el cuidado humano integral como una práctica de Enfermería que fortalece el vínculo transpersonal y reduce los riesgos potenciales que afectan la salud y seguridad del AM.

En el ámbito nacional, los hallazgos difieren de Hernández [42], quien reportó una mayor frecuencia del nivel regular en el cuidado de Enfermería; mientras en dicho estudio la mayoría de AM percibió cuidados regulares, en la presente investigación predominó el nivel alto; diferencia que está relacionada con las características específicas del servicio de geriatría, donde el modelo asistencial se orienta hacia un cuidado más especializado e integral.

Asimismo, los resultados superan positivamente a los reportes de Salinas [44], quien encontró que el cuidado que brinda el profesional de Enfermería fue en su mayoría regular con 77,4%. La diferencia se atribuye a factores institucionales, operativos, organizacionales y contextuales que favorecen una mejor percepción del cuidado integral de Enfermería del AM en el hospital público de Cajamarca. En este sentido, para que el cuidado sea percibido

como integral desde la percepción no solo del profesional de Enfermería sino de todos aquellos que participan de la atención sanitaria (paciente, familia, directivos, comunidad), se requiere que sea único, diferenciado y multidimensional [46,54].

Por otra parte, lo observado guarda similitud con Castillo [7], quien identificó una mayor frecuencia del cuidado enfermero bueno en un 80%. En este caso, ambos estudios muestran que los profesionales de Enfermería desarrollan acciones dirigidas a satisfacer por completo las necesidades sanitarias de los pacientes, fortaleciendo la calidad del cuidado brindado.

Bajo el enfoque teórico de Watson [46], los resultados se sustentan en los principios del cuidado humano, el cual no solo se limita a procedimientos técnicos, sino que también incorpora dimensiones afectivas, educativas, sociales y espirituales; por lo que resulta importante en el AM hospitalizado, cuya complejidad humana y sanitaria demanda intervenciones integrales, individualizadas y con participación activa del binomio paciente-enfermero.

En conjunto, lo observado permite concluir que el cuidado integral de Enfermería representa un factor importante dentro del servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, mostrando niveles favorables de cuidado enfermero en la mayoría de las dimensiones evaluadas; situación que pone de manifiesto el compromiso profesional con un cuidado centrado en la persona y dirigido a promover el bienestar integral del AM hospitalizado y brindar mayor tranquilidad a su familia.

4.4. Relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Tabla 4. Relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026

Seguridad del paciente	Cuidado integral de Enfermería						Total	
	Bajo		Regular		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	3	9,4	0	0	1	3,1	4	12,5
Regular	0	0	12	37,5	6	18,8	18	56,3
Alta	0	0	1	3,1	9	28,1	10	31,3
Total	3	9,4	13	40,6	16	50	32	100

Fuente: Elaboración propia con base a la escala del cuidado integral de Enfermería

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Seguridad del paciente / Cuidado integral de Enfermería	Valor	p-valor
Prueba exacta de Fisher*	20,392	0,001

* Se considera Fisher por: seis casillas (66,7%) tienen un recuento esperado menor que cinco. El recuento mínimo esperado es 0,38.

En la Tabla 4 se observa que el 12,5% de los participantes percibió una seguridad del paciente baja; de estos, el 9,4% (tres profesionales) presentó, de forma simultánea, un cuidado integral de Enfermería también bajo, lo que evidencia una tendencia inicial de relación positiva entre las variables.

Asimismo, se identificó que entre quienes percibieron una seguridad del paciente regular, el 37,5% también mostró un cuidado integral regular, mientras que un 18,8% alcanzó un cuidado integral alto; comportamientos que muestran una asociación positiva entre los niveles intermedios de la seguridad del paciente y el cuidado integral de Enfermería.

Por otro lado, se destaca que dentro del grupo que percibió una alta seguridad del paciente (diez participantes), la mayoría presentó un cuidado integral alto con 28,1%, mientras que solo el 3,1% registró un cuidado integral regular; hallazgos que representan uno de los principales indicadores de asociación entre cuidado integral de Enfermería y seguridad del paciente.

En el hospital público de Cajamarca, la prueba exacta de Fisher mostró una significancia estadística de $p=0,001$; por lo que, asumiendo que este valor es inferior al nivel de significancia propuesto para el presente estudio ($p < 0,05$), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, demostrando que existe una relación estadística significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado.

Los hallazgos se vinculan con los resultados de Salinas [44], quien concluyó que existe una asociación significativa entre la seguridad del paciente y el cuidado de Enfermería; dado que en ambos estudios la calidad de los cuidados se relaciona con las condiciones de seguridad percibidas en el entorno hospitalario. Al respecto, Gunawan y Tutik [10] y Abades [49], reportaron que una cultura de seguridad positiva del paciente y el cuidado integral de Enfermería, concebidos como un entorno protector del AM, se vinculan con el entorno asistencial. Es evidente que, a medida que mejoran las prácticas relacionadas con la seguridad del paciente, se incrementa la calidad e integralidad de los cuidados de Enfermería.

Asimismo, los resultados guardan parecido con Hernández [42], quien identificó una relación significativa entre la gestión del cuidado y la seguridad del paciente; esto muestra que los procesos de cuidado integral que impliquen

comunicación efectiva, dirección eficiente y notificación correcta y oportuna de los incidentes mejoran la seguridad del paciente durante la atención sanitaria.

Los resultados también son coherentes con lo encontrado por Castillo-Ayón et al. [36], quienes sostienen que la atención segura se construye a partir de la aplicación responsable de conocimientos científicos, protocolos institucionales y valores humanos; la relación significativa encontrada demuestra que ambas variables se complementan en la práctica profesional. Tal como afirma Kim [20], la seguridad del paciente y el cuidado de Enfermería comparten características comunes dentro del proceso asistencial de cuidado, ya que la prevención de riesgos, la comunicación efectiva, el trabajo en equipo, la continuidad de los cuidados y la aplicación adecuada de protocolos, contribuyen a la seguridad del paciente y al cuidado enfermero.

De igual forma, los hallazgos respaldan lo señalado por Ferraz y Silva [35], quienes destacan que la seguridad del AM depende del compromiso, preparación y sensibilidad del profesional de Enfermería al momento de cuidar; precisamente, las dimensiones humanísticas observadas en el cuidado integral pueden aportar en la adopción de conductas seguras durante la atención. Al respecto, Palomino [43] refiere que la cultura organizacional fortalecida promueve la apertura a la comunicación y permite que el profesional de Enfermería realice intervenciones más seguras, efectivas y humanizadas.

La asociación identificada también encuentra sustento en lo reportado por Salia et al. [38], quienes indican que el conocimiento y las actitudes positivas hacia el cuidado geriátrico mejoran la calidad de la atención que ofrece el profesional de Enfermería; por ello, un equipo de salud capacitado y comprometido con el cuidado integral posee mayores competencias para prevenir riesgos y promover entornos de cuidado más seguros para el paciente.

Además, los reportes concuerdan con lo observado por Velásquez et al. [37], quienes enfatizan en la importancia que tiene la identificación temprana de posibles riesgos clínicos en la población geriátrica; pues el cuidado integral del AM facilita el proceso de vigilancia continua durante toda su estancia hospitalaria, ayudando a mejorar la seguridad del paciente. Por esta razón, cuando el profesional de Enfermería brinda cuidados centrados en la persona, tomando en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, es probable la identificación oportuna de riesgos potenciales de salud y la adopción de medidas preventivas destinadas a evitar eventos adversos [15].

Por otra parte, la relación estadística identificada también está vinculada a las características particulares del servicio de geriatría; dado que los AM representan una población con alta vulnerabilidad sanitaria debido a la presencia frecuente de enfermedades crónicas, dependencia funcional, emocional y social, fragilidad física y violencia [26,82,83]; por esta razón, la seguridad del paciente y el cuidado integral que pueda brindar el profesional de Enfermería se convierten en componentes relacionados dentro de la práctica asistencial.

Desde una perspectiva práctica, los resultados indican que el fortalecimiento de la seguridad del paciente se encuentra acompañado por mejoras en el cuidado integral de Enfermería; es decir, cuando los profesionales perciben entornos más seguros, con mejores procesos organizacionales, comunicación asertiva, trabajo en equipo y cultura de aprendizaje, también desarrollan cuidados con mayor integralidad dirigidos a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del AM hospitalizado; de igual forma, un cuidado integral promueve la identificación oportuna de riesgos y la prevención de eventos adversos que garantizan una mayor seguridad en el paciente.

Asimismo, el resultado obtenido refuerza el fundamento teórico que sostiene que ambas variables se complementan entre sí para fortalecer la calidad

asistencial, sobre todo en los servicios de geriatría, donde la complejidad clínica y la mayor vulnerabilidad de los AM requiere de intervenciones seguras, continuas, humanizadas e integrales; por esta razón, lo reportado permite afirmar que el impacto que existe sobre una variable impacta de forma positiva en la otra, mejorando de manera general el cuidado integral de Enfermería.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería evidenciaron el predominio del sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 26 y 40 años, con una experiencia profesional de seis a diez años; en ambos sexos prevaleció la ausencia de notificaciones de incidentes o accidentes laborales durante el último año, lo que refleja un perfil profesional favorable para sostener un cuidado seguro y continuo del AM hospitalizado.
- La seguridad del paciente mostró un predominio del nivel regular en ambos sexos, sin que ninguna dimensión alcanzara el nivel alto, lo que indica una cultura de seguridad con bases aún no plenamente instauradas. La expectativa y acción de la dirección/supervisor es la única dimensión con diferencia por sexo, mejor valorada por los varones; en cambio, la débil respuesta no punitiva al error persiste de forma similar en varones y mujeres, lo que evidencia un enfoque institucional más punitivo que preventivo, generalizable en el servicio y no atribuible al sexo del profesional.
- El cuidado integral de Enfermería, de nivel mayoritariamente alto en ambos sexos, tuvo predominio en casi todas sus dimensiones, con excepción de ayuda y confianza que se ubicó en un nivel regular; este resultado sugiere que, si bien el cuidado muestra fortalezas en sus componentes humanísticos, educativos y de soporte, la relación terapéutica de confianza entre el profesional de Enfermería y el paciente representa un factor que aún requiere de fortalecimiento.
- La relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado es estadísticamente significativa ($p=0,001$), demostrando que un entorno seguro y preventivo es fundamental para garantizar un cuidado enfermero humano, integral y de calidad; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

A la Dirección del hospital público de Cajamarca

- Fortalecer las estrategias institucionales de seguridad del paciente mediante capacitaciones periódicas dirigidas a los profesionales de Enfermería.
- Implementar mecanismos de monitoreo continuo de los indicadores de seguridad del paciente en el servicio de geriatría.
- Optimizar la dotación del personal para garantizar cuidados seguros y oportunos.

A la jefatura de Enfermería

- Promover actividades de actualización sobre seguridad del paciente, comunicación efectiva y prevención de eventos adversos.
- Fortalecer la cultura de reporte de incidentes bajo un enfoque no punitivo.
- Supervisar periódicamente el cumplimiento de protocolos relacionados con el cuidado integral del AM.

Al profesional de Enfermería

- Mantener prácticas de cuidado integral que favorezcan una atención humanizada del AM.
- Fortalecer la relación de confianza terapéutica con el AM hospitalizado mediante estrategias de comunicación asertiva y escucha activa.
- Participar de forma activa en actividades de capacitación sobre seguridad del paciente y cuidado integral del AM.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Reforzar en la formación de pregrado los contenidos vinculados con seguridad del paciente y cuidado integral del AM.
- Promover investigaciones que midan intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en los servicios de geriatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Lancet Healthy Longevity. Care for ageing populations globally. Lancet Healthy Longev. 2021 [consultado 19 marzo de 2026];2(4):e180. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00064-7)
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025 [consultado 19 enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Mourão E, Valéria F, Pereira C, Santos T, Alves T, de Mattia D, et al. Gestión de la atención a las personas mayores hospitalizadas: el confort como resultado esencial: un estudio cualitativo. BMC Nurs [Internet]. 2025 [consultado 19 enero de 2026];24(301):p1-p11. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02819-1>
4. World Health Organization. Nursing and midwifery. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025. [consultado 7 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
5. Internacional Council of Nurses. Renewing the Definitions of Nursing and a Nurse. [Internet]. Ginebra, Suiza: ICN; 2025 [consultado 7 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/la-presidenta-del-cie-celebra-la-nueva-definicion-de-enfermeria-que-proporciona-el#:~:text=Lo%20que%20distingue%20a%20esta,mundo%20m%C3%A1s%20saludable%20y%20equitativo%C2%BB>
6. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [Consultado 26 enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
7. Anders RL. Global perspectives on patient safety: The central role of nursing management. Healthcare. 2025 [consultado 15 marzo de 2026];13(24):3240. doi:10.3390/healthcare13243240
8. Patrician PA, Campbell CM, Javed M, Williams KM, Foots L, Hamilton WM, et al. Quality and Safety in Nursing: Recommendations From a Systematic Review. J Healthc Qual [Internet]. 2024 [consultado 15 marzo de 2026];46(4):203-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000430>

9. Lee J, Nam KH, Suh Y, Lee Y, Lee D. Factors Associated With Patient Safety Activities of Clinical Nurses: A Cross-Sectional Secondary Data Analysis. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2025 [consultado 15 marzo de 2026];72(4):e70127. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.70127>
10. Gunawan N, Tutik H. The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermeria Clinica*. [Internet]. 2019 [consultado 06 marzo de 2026];29(Supl.29):139-145. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.007>
11. Shaban M, Elsayed OM, Elsayed M, Abdallah HM, Mohammed H, Abdelgawad ME. Enhancing nursing practices in critical care for older adults: a systematic review of age-friendly nursing interventions. *J Am Med Dir Assoc*. [Internet]. 2025 [consultado 19 enero de 2026];26(1):105323. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105323>
12. Farrelly A, Kelly L, Davey N, Soh J, Hayden D. Impact of Early Comprehensive Geriatric Assessment on Unscheduled Acute Medical Admissions through an Age Related Assessment Unit. *Age Ageing*. 2024 [consultado 19 enero de 2026];53(4):p1. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afae178.255>
13. Handini FS, Sakti IP. Pemberdayaan caregiver dalam penerapan management patient safety pada lansia di panti wredha. *SELAPARANG J Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*. 2023 [consultado 07 marzo de 2026];7(1):291-7. Disponible en: <https://journal.ummat.ac.id/index.php/jpmb/article/view/13050/6354>
14. Chang-qing L, Hong-fei R, Jia-ling L, Li-nan C, Xiao-feng X, Fen-ying Z. Nursing risks and preventive strategies of the elderly: an interview-based study with staff at longterm care facilities. *Research Square*. [Internet]. 2022 [consultado 07 marzo de 2026];p1-p20. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1305907/v1>
15. Grant JB, Candrian C, Oman KS. The role of nursing communication: A critical interpretive synthesis. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 2025 [consultado 16 marzo de 2026];9:100373. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100373>
16. Khazaei A, Safdari A, Vardanjani MM, Farahmandnia H, Afshari A. Bridging the gap: summative content analysis of understanding barriers in elderly

- patient education from nurses' perspectives [Internet]. *BMC Nurs.* 2025;24(1):509. [consultado 16 marzo 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03118-5>
17. Li J, Zhu C, Liu Y, Li Z, Sol X, Bai Y, et al. Knowledge, attitudes and practices of critical care nurses regarding pressure injury prevention in China: a multicentre cross-sectional survey. *Int Wound J.* [Internet]. 2022 [consultado 10 marzo de 2026];19(6):13886. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iwj.13886>.
 18. Zhao Y, Zhao F, Gu Y. Addressing nursing safety hazards and mitigation strategies for elderly endocrinology patients in hospital care. *Proceedings of Anticancer Research.* [Internet]. 2023 [consultado 10 marzo de 2026];7(6):96-101. Disponible en: <https://doi.org/10.26689/par.v7i6.5507>
 19. Connolly A, Unbeck M, Bane F et al. Validación de eventos adversos en datos administrativos de atención médica en Irlanda: un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];25(1113):p1-p12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13201-x>
 20. Kim SO. Development of a patient safety management protocol for nurses in long-term care hospitals. *Sci Rep.* [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];15:45329. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-29547-5>
 21. Martins J, Alvarez AM, Vieira FS, Capellari G, Olivera T, Alves T, et al. Elderly patient safety in the hospital environment: An integrative literatura review. *Rev Int Cienc Salud.* [Internet]. 2023 [consultado 16 octubre de 2025];3(17):p1-p11. Disponible en: <https://doi.org/10.22533/at.ed.1593172307032>
 22. Nicoli EM, Silva FVC, Assad LG, Cardinelli CC, Alves RA, Oliveira SG. Nursing care for hospitalized older adults — fall accidents versus safe mobility: a scoping review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2024 [consultado 16 marzo de 2026];77(2):e20230180. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0180>
 23. Huh A, Shin JH. Person-Centered Care Practice, Patient Safety Competence, and Patient Safety Nursing Activities of Nurses Working in Geriatric Hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* [Internet]. 2021 [consultado 5 marzo

2026];18(10):5169. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34068125/>

24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Organización Panamericana de la Salud (OPS). El contexto sociodemográfico y económico del envejecimiento en América Latina [Internet]. Santiago de Chile, Chile: CEPAL/OPS; 2023 [consultado 16 octubre de 2025]; Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68654-contexto-sociodemografico-economico-envejecimiento-america-latina>
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor II trimestre 2025 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2025 [consultado 06 marzo de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8737595/7225980-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-ii-trimestre-2025.pdf?v=1759163244>
26. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 [Internet]. Lima, Perú: MIMP; 2021 [consultado 18 octubre de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf?v=1623110006><https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf?v=1623110006>
27. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis de situación de establecimientos hospitalarios 2023 (ASHE 2023) [Internet]. Cajamarca, Perú: HRDC; 2024 [consultado 18 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/67521/ANALISIS_DE_SITUACIÓN_SALUD_HRDC-ASEH_2023.pdf
28. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Diresa presenta Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. Cajamarca, Perú: ORSM; 2024 [consultado 18 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/8082>

29. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Resumen de indicadores [Internet]. Cajamarca: DIRESA; 2025 [consultado 17 marzo de 2026]. Disponible en: <https://sir.diresacajamarca.gob.pe/risc/#/indicadores>
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recursos Humanos de Salud: Número de habitantes por cada enfermera/o, según departamento, 2013-2024 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2025 [consultado 09 marzo de 2026]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/?utm_source=chatgpt.com
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Observatorio CEPLAN: Colapso del sistema sanitario [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2025 [consultado 09 marzo de 2026]. Disponible en: https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/r7_smt
32. Al-Aama T, et al. Unmet Needs and Barriers in Providing Hospital Care for Older Adults: A Qualitative Study Using the Age-Friendly Health System Framework. Clin Interv Aging [Internet]. 2023 [consultado 28 febrero de 2025];18:1321-1332. Disponible en: doi: 10.2147/CIA.S409348 PubMed/PMC
33. Uchmanowicz I, Lisiak M, Wleklik M, Pawlak AM. The Impact of Rationing Nursing Care on Patient Safety: A Systematic Review. Med Sci Monit [Internet]. 2024 [consultado 28 febrero de 2026]; 30:e942031. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10787575/>
34. Innab AM. Nurses' perceptions of fall risk factors and fall prevention strategies in acute care settings in Saudi Arabia. Nurs Open. [Internet]. 2022 [consultado 04 marzo de 2026];9(2):1362-1369. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8859041/>
35. Ferraz CR, Silva HS. A compreensão da equipe de enfermagem frente a segurança do paciente idoso hospitalizado. Com. Ciências Saúde. [Internet]. 2021 [consultado 06 marzo de 2026];32(1):117-129. Disponible en: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdas-aude/es/article/view/770/486>
36. Castillo-Ayón LM, Delgado-Choez GS, Briones-Mera BM, Santana-Vera ME. La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. Salud y Vida [Internet]. 2023 [consultado 21 febrero de 2025];7(13):40-49.

Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000100040

37. Velásquez MC, Santos MR, Bello LM, Intriago KL, Domínguez EA. Gestión de seguridad del paciente adulto mayor hospitalizado: artículo de revisión. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2023 [consultado 06 marzo de 2026]. 8(2):100-106. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2010?articlesBySimilarityPage=19>
38. Salia SM, Adatara P, Afaya A, Jawula WS, Japiong M, Wuni A, et al. Factors affecting care of elderly patients among nursing staff at the Ho teaching hospital in Ghana: Implications for geriatric care policy in Ghana. *PLoS One*. [Internet]. 2022 [consultado 06 marzo de 2026];17(6):e0268941. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35737704/>
39. Santos GM, Moreira MASP. Segurança da pessoa idosa no ambiente hospitalar: produção científica internacional. *Rev Prevenção de Infecção e Saúde* [Internet]. 2022 [consultado 21 octubre de 2025]; 8:2727. Disponible en: <http://periodicos.ufpi.br/index.php/repis/article/view/2727>
40. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias-Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enferm. glob.* [Internet]. 2023 [consultado 18 marzo 2026];22(70):111-138. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000200005
41. Gamboa JP, Podestá LE, Ruiz RA. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Servicio de Emergencia. *Enferm Cuid.* [Internet]. 2024 [consultado 18 marzo 2026];7(1):121-133. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/6663>
42. Hernández MA. Gestión del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería en un hospital de Lima, 2024. [Internet] [Tesis de Maestría]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2024 [consultado 18 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/153910>

43. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investigación e innovación Revista Científica de Enfermería. [Internet]. 2023 [consultado 08 marzo de 2026];3(1):27-36. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1750/1979>
44. Salinas PL. Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería del servicio de hospitalización-nivel III, 2023. [Internet] [Tesis de Maestría]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2023 [consultado 18 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/137569>
45. Cardenas Y, Pacovilca O, Carhuachuco E, Tapia M, Jurado R. Caracterización de seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería. Revista de Investigación Científica Siglo XXI. [Internet]. 2020 [consultado 18 marzo 2026];2(1):02–09. Disponible en: <https://revistas.unh.edu.pe/index.php/rcsxxi/article/view/178/278>
46. Watson J. Philosophy and Science of Caring [Internet]. NursingTheory.org; 2024 [consultado 24 octubre de 2025]. Disponible en: <https://nursingtheory.org/theories-and-models/watson-philosophy-and-science-of-caring>
47. Bidik G, Sisman FN. Mindful self-compassion program based on Watson's theory of human caring in nursing students: A randomized controlled study. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2024 [consultado 24 octubre de 2025];51:30-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.04.003>
48. Aghaei MH, Vanaki Z, Mohammadi E. Palliative care based on Watson's human caring theory: a discussion paper. Int J Cancer Manag [Internet]. 2020 Jun [consultado 26 octubre de 2025];13(6):e103027. Disponible en: <https://doi.org/10.5812/ijcm.103027>
49. Abades Porcel M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos [Internet]. 2007 [consultado 24 de octubre de 2025];18(4):18–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400003&lng=es

50. Afonso SR, Padilha MI, Ramírez-Elizondo N, Dal Vesco SP, Caravaca-Morera JA, Neves VR. Teoría del cuidado humano de Jean Watson y su aplicabilidad en los cuidados y educación de enfermería: revisión integrativa. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2025; [consultado 26 de octubre de 2025];48(1):e48. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/ed3htv17>
51. Mendoza-Añamisse 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 [consultado 26 octubre de 2025];7(14):17-45. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/107>
52. Ghanbari-Afra L, Adib-Hajbaghery M, Dianati M. Human Caring: A Concept Analysis. *J Caring Sci* [Internet]. 2022 [consultado 26 octubre de 2025];16(4):246-254. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.27>
53. The University of Tulsa. What is Jean Watson's Theory of Human Caring? [Internet]. Tulsa: University of Tulsa Online; 2021 [consultado 28 octubre de 2025]; Disponible en: <https://online.utulsa.edu/blog/theory-of-human-caring/>
54. Nurseslabs.com. Jean Watson: Theory of Human Caring [Internet]. 2024 [consultado 28 octubre de 2025]. Disponible en: <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>
55. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing Administration: Watson's Theory of Human Caring. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2022 [consultado 16 marzo de 2026];35(2):235-243. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/08943184211070582>
56. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [Internet] Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado 04 marzo de 2026]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2007/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
57. Abad Y, Lorente P, Marco NC, Cabeza MA, Gracia E. Enfermería y seguridad en los pacientes. Artículo monográfico. *Rev Sanit Investig*. [Internet]. 2023 [consultado 26 enero de 2026];4(1):p12. Disponible en:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-seguridad-en-los-pacientes-articulo-monografico/>

58. Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, Keers RN, Khan K, Phipps D, et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* [Internet]. 2020 [consultado 08 marzo de 2026];18(1):1–3. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-020-01774-9>
59. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* [Internet]. 2019 [consultado 08 marzo de 2026];366:l4185. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l4185>
60. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [Internet]. 2024 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763131/>
61. Galindo EB, Rabadán JA, Izquierdo T. Competencias de prevención y control de infecciones y bioseguridad en los programas de instrumentación quirúrgica en Colombia. *Educ Med.* [Internet]. 2023 [consultado 27 febrero de 2026];24(2):100786. Disponible en: <https://doi.org/0.1016/j.edumed.2022.100786>
62. González JT, Sornoza SE, Hidalgo KL, Restrepo SL. Rol de enfermería en prevención y control de infecciones en UCI asociadas a la atención: Revisión sistemática. *Revista Vive* [Internet]. 2026 [consultado 10 marzo de 2026]; 9(25):42–60. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i25.455>
63. Raoofi S, Kan FP, Rafiei S, Hosseinipalangi Z, Mejareh ZN, Khani S et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* [Internet]. 2023 [consultado 08 marzo de 2026];18(1):e0274248. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36706112/>
64. Markwart R, Saito H, Harder T, Tomczyk S, Cassini A, Fleischmann-Struzek C et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.*

- [Internet]. 2020 [consultado 08 marzo de 2026];46(8):1536–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32591853/>
65. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving diagnosis in health care. Washington (DC): National Academies Press; [Internet]. 2015 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M15-2256>
 66. Gunderson CG, Bilan VP, Holleck JL, Nickerson P, Cherry BM, Chui P et al. Prevalence of harmful diagnostic errors in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2020 [consultado 08 marzo de 2026];29(12):1008–18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269070/>
 67. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2018 [consultado 22 enero de 2026]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/196147-1295-2018-minsa>
 68. Vasconcelos ACS, Lobo MAS, Rocha CAG, Pereira RSF, Santos LF, Almeida MC dos S. Intervención educativa en bioseguridad con trabajadores de higiene y limpieza hospitalaria. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2025; [consultado 27 de enero de 2026];33:e4518. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7449.4518>
 69. Dykes PC, Curtin-Bowen M, Lipsitz S, Franz C, Adelman J, Adkison L et al. Cost of inpatient falls and cost-benefit analysis of implementation of an evidence-based fall prevention program. *JAMA Health Forum.* [Internet]. 2023 [consultado el 08 de marzo de 2026];4(1):e225125. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9860521/>
 70. Agency for Healthcare Research and Quality. Systems Approach [Internet]. PSNet: Patient Safety Network: AHRQ; 2024 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/systems-approach>
 71. Carayon P, Wetterneck TB, Rivera-Rodriguez AJ, Hundt AS, Hoonakker P, Holden R, Gurses AP. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Appl Ergon.* [Internet]. 2014 [consultado 08 marzo de

2026];45(1):14-25.

Disponible

en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3795965/>

72. Ideagen. Los seis principios de la seguridad del paciente: una introducción al fomento de una cultura de seguridad en la atención sanitaria. [Internet]. Blog: Ideagen; 2024 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ideagen.com/thought-leadership/blog/six-principles-of-patient-safety>
73. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Principios generales de la seguridad del paciente. [Internet]. Lima Perú: INEN; 2024 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2024/04/PRINCIPIOS-GENERALES-DE-LA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-LIC.-SANTA-CRUZ-LAZO.pdf>
74. UNIR. El ciclo de la seguridad del paciente: claves y principios esenciales. [Internet]. Ecuador: Universidad en internet (UNIR); 2025 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/ciclo-seguridad-paciente/>
75. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2017 [consultado 08 marzo de 2026];28(5):785-795. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
76. Condori LK. Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por el profesional de enfermería, Hospital Departamental Huancavelica, 2022. [Internet] [Tesis de licenciatura]. Huancayo, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2024 [consultado 04 marzo de 2026]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4832cf8a-f64b-4b90-8ffb-fe5ec0356d6e/content>
77. Sanchis DZ, Haddad L, Girotto E, Silva A. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Revista brasileira de enfermagem. [Internet]. 2020 [consultado 07 marzo de 2026];73(5):e20190174. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>

78. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [consultado 07 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
79. American Nurses Association. Nursing: Scope and Standards of Practice [Internet]. 4th ed. Silver Spring (MD): ANA; 2021 [Consultado 10 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>
80. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA: Directiva sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2020 [consultado 10 marzo de 2026]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087692/rm_163-2020-minsa.pdf
81. Ayuda-Castellanos M, Gota-Liso S, Morlán-Santafé M, Sánchez-Zueras C, Sánchez-Sanz MP, Val-Serrano M. Enfermería y seguridad en los pacientes: artículo monográfico [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [consultado 10 marzo de 2026]; 2(12):142. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-seguridad-en-los-pacientes-articulo-monografico/>
82. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 789-2023/MINSA. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023 [consultado 09 marzo de 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5026077/4557563-rm-n-789-2023-minsa.pdf?v=1707854608>
83. Park JY, Jung HS. Effects of psychosocial characteristics on cognitive function in middle-aged and older adults: Focusing on change by year using the Korean Longitudinal Study of Aging panel data (2014-2018). Medicine. [Internet]. 2024 [consultado 10 marzo de 2026];103(26):e38637. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038637>.
84. Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Mental disorders, cognitive impairment and the risk of suicide in older adults. Front Psychiatry. [Internet]. 2021 [consultado 10 marzo de 2026]; 12:695286. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695286>.

85. Hardi N, Kristian K, Guillermo F, Teresa F, Angélica P, Kuistono JA, Irán MA, Handayani YS. Fragilidad cognitiva en adultos mayores que viven en comunidades urbanas: factores de riesgo físicos y psicológicos asociados. *Rev Med Fam Comunitaria*. [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];32(4):316-23. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_52_25
86. Pruitt PJ, Yu K, Lahna D, Schwartz D, Peltier S, Silbert L, Dodge H. Emotional characteristics and intrinsic brain network functional connectivity among adults aged 75. *Soc Cogn Affect Neurosci*. [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];20(1):017. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/dimensions/scan/nsaf017>
87. Charles ST, Rush J, Piazza JR, Cerino ES, Mogle J, Almeida DM. Growing old and being old: emotional well-being across adulthood. *J Pers Soc Psychol*. [Internet]. 2023 [consultado 10 marzo de 2026];125(2):455-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/pspp0000453>
88. Amin SM, Khedr MA, Tawfik AF, Malek MGN, El-Ashry AM. El papel mediador y moderador del apoyo social en la relación entre el bienestar psicológico y la carga de trabajo en personas mayores con enfermedades crónicas: perspectiva de enfermería comunitaria. *BMC Nurs*. [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];24:156:p1-p16. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02743-4>
89. Consejo Internacional de Enfermería. Definiciones actuales de enfermería [Internet]. Ginebra, Suiza: ICN; 2024 [consultado 08 marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria/definiciones-actuales-de-enfermeria#:~:text=Definici%C3%B3n%20de%20%22enfermer%C3%ADa%22,futuro%20mejor%20para%20la%20humanidad>
90. Renghea A, Yébenes-Revuelto H, Gómez del Pulgar M, Iglesias-López, MT. “Comprehensive Care” Concept in Nursing: Systematic Review. *Invest. Educ. Enferm*. [Internet]. 2022 [consultado 08 marzo de 2026];40(3):e05. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v40n3/2216-0280-iee-40-03-e05.pdf>
91. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. NTS N.º 207-MINSA/DGIESP-2023. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023 [consultado 27 febrero de 2026].

Disponible

en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5026077/4557563-rm-n-789-2023-minsa.pdf?v=1707854608>

92. Ministerio de Salud del Perú. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCIS) – Documento Técnico [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2022 [consultado 22 enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893886-modelo-de-cuidado-integral-de-salud-por-curso-vida-para-la-persona-familia-y-comunidad-mci-documento-tecnico>
93. Chuga JG, Valarezo TM, Irazabal EM, Chuga NR. Abordaje de Enfermería en el Cuidado Integral de un Paciente con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico y Probable Encefalitis Infecciosa Viral. *Ciencia Latina* [Internet]. 2024 [consultado 10 marzo 2026];8(4):6713-6732. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12861>
94. Naranjo D, Pachacama C, Aconda J, Sarango T. Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con neumonía. *Rev Multidiscip Epistemol Cienc*. [Internet]. 2025 [consultado 09 marzo de 2026];2(3):1900-1924. Disponible en: <https://doi.org/10.71112/qrw24705>
95. Ruiz-Cerino JM, Tamariz-López MM, Méndez-González LA, Torres-Hernández L, Duran-Bardillo T. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *Sanus*. [Internet]. 2020 [consultado 07 marzo de 2026];5(14):p1-p9. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>
96. Rojas-Manzano KL, Toro-Delgado N, Eraso-Riascos DJ, Mondragón-Sánchez EJ. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados. *Rev Cuid*. 2023 [consultado 06 marzo 2026];14(1):e2210. Disponible en: doi: 10.15649/cuidarte.2210
97. Morales-Castillo FA, Hernández-Cruz MC, Morales MC, Landaros EA. Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2016 [consultado 06 marzo 2026];13(1):3-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005>

98. American Nurses Association. Nursing: Scope and Standards of Practice [Internet]. 4th ed. Silver Spring (MD): ANA; 2021 [consultado 22 enero de 2026]; Disponible en: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>
99. Mourão Nicoli E, Costa e Silva V, Pereira Caldas C, et al. Management of care for hospitalized older persons – comfort as an essential outcome: a qualitative study. BMC Nurs. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];24(1):301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-025-02819-1>
100. García-Morales M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Enferm Cuidados Human [Internet]. 2021 [consultado 22 enero de 2026];10(1):1-12. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003
101. Alshahrani SA. Effective nurse-patient communication: strategies, barriers, and impacts on patient care and outcomes. J Int Crisis Risk Commun Res. 2024; [consultado 27 enero de 2026];7(S8):871–875. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.63278/jicrcr.vi.891>
102. Gur-Yaish N, Shulyaev K, Smichenko J, Bathish M, Shadmi E, Zisberg A. Perceptions of staff and family responsibility for providing hospitalized older adults with basic care and emotional support. Geriatric Nursing [Internet]. 2021 [consultado 07 marzo de 2026];42(6):1247-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.05.003>
103. Reyes-Téllez Á. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med (Lausanne). 2024; [consultado 28 de febrero de 2026];11:1446701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39391042/>
104. Espinel-Jara VM, Tapia-Paguay MX, Tito-Pineda AP, López-Aguilar EC, Fernández-Cusimamani E. Humanized and community-based nursing for geriatric care: impact, clinical contributions, and implementation barriers. Nurs Rep. [Internet]. 2025 [consultado 10 marzo de 2026];15(8):302. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep15080302>
105. Organización Panamericana de la Salud. Directrices estratégicas para la enfermería en la Región de las Américas: hacia la salud universal y sistemas

- de salud resilientes. [Internet]. Washington, USA: OPS; 2022. [consultado 30 enero de 2026]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55957>
106. Hernández-Padilla JM. Care of older adults as nursing's defining ground: leading the transformation toward prevention-focused and autonomy-promoting healthcare systems. *J Adv Nurs*. 2026 [consultado 30 enero de 2026];1(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.70447>
 107. Hospital Universitario: Ramón y Cajal. Geriatria [Internet]. Madrid, España: Hospital Universitario; 2025 [consultado 19 marzo 2026]. Disponible e: <https://www.comunidad.madrid/hospital/ramonycajal/ciudadanos-oferta-asistencial/servicios-medicos/geriatria>
 108. Municipalidad Provincial de Cajamarca. La ciudad de Cajamarca - La geografía y el ambiente de Cajamarca [Internet]. Cajamarca, Perú: Gob.pe; 2024 [consultado 14 febrero 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/25934-la-ciudad-de-cajamarca-la-geografia-y-el-ambiente-de-cajamarca>
 109. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Tercera ola pandémica por COVID-19 [Internet]. Cajamarca, Perú: Hospital HRDC; 2022 [consultado 05 febrero de 2026]; Disponible en: https://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/20893/Tercera_Ola_Pand%C3%A9mica_por_COVID-19.pdf?r=1641832368
 110. Haro AF, Chisag ER, Ruiz JP, Caicedo JE. Tipos y clasificación de las investigaciones: Types and classification of investigations. *LATAM*. [Internet]. 2024 [consultado 10 marzo de 2026];5(2):956–966. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1927>
 111. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2018 [consultado 26 enero de 2026]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1xJ_xF2Zcw20ctWbbqDjsLP5qGyBSk5Vm/view
 112. Ayala-Valenzuela R, Calvo-Gil MJ, Torres-Andrade M, et al. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del caring behavior assessment en Chile. *Rev Cuba Enferm*. [Internet]. 2010 [consultado 06 marzo 2026];26:42-51. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100008

ANEXOS

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

Seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026.

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026.

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería Silvia Rodríguez Vásquez y Tatiana Lizzett Sánchez Campos; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Cajamarca,de..... del 2026

.....

Firma

Anexo 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Seguridad del paciente y cuidado integral
de Enfermería en el adulto mayor
hospitalizado en el servicio de geriatría de
un hospital público de Cajamarca, 2026”*

ESCALA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autor: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – 2005

Adaptado: Juan J. Gascón Cánovas y Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de
Trabajo del Proyecto CUSEP. Universidad de Murcia; 2007

I. Características de los participantes

1. Edad (años): _____
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Años de experiencia profesional en el servicio:
4. Durante el último año ¿cuántos accidentes ha notificado por escrito?

II. Instrucciones

El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

Por favor, lea con atención cada una de las afirmaciones y marque la opción que mejor refleje opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es muy importante para esta investigación.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

N°	Ítems	Alternativas				
		1	2	3	4	5
1.	El personal se apoya mutuamente.					
2.	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3.	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4.	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5.	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6.	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7.	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8.	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9.	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10.	No se producen más fallos por casualidad.					
11.	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12.	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable”.					
13.	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14.	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15.	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					

16.	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17.	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18.	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19.	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20.	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
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.					
22.	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
23.	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24.	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25.	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26.	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27.	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28.	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					

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

Anexo 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Seguridad del paciente y cuidado integral
de Enfermería en el adulto mayor
hospitalizado en el servicio de geriatría de
un hospital público de Cajamarca, 2026”*

ESCALA: CUIDADO DE ENFERMERÍA

Autor: Cronin y Harrison (1988),

Adaptado por: Morales-Castillo et al. 2016

I. Instrucciones

El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

Por favor, lea con atención cada una de las afirmaciones y marque la opción que mejor refleje opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es muy importante para esta investigación.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

II. Escala

N°	Ítems	Alternativas				
		1	2	3	4	5
1.	Trato al paciente como persona individual					
2.	Trato de ver las cosas desde el punto de vista del paciente					
3.	Tengo los conocimientos suficientes para brindar cuidado					
4.	Brindo seguridad al paciente					
5.	Atiendo las necesidades de cuidado del paciente cuando lo necesita					
6.	Animo al paciente a confiar en sí mismo					

7.	Destaco aspectos positivos del paciente y de su condición de salud					
8.	Elogio los esfuerzos del paciente (manejo de su propia salud					
9.	Comprendo al paciente como persona					
10.	Pregunto al paciente cómo le gusta que se hagan las cosas					
11.	Acepto el modo de ser del paciente					
12.	Demuestro sensibilidad hacia los sentimientos del paciente y su estado de ánimo					
13.	Soy amable y considerada (o) con el paciente					
14.	Me doy cuenta en el paciente cuando está fastidiado y tengo paciencia ante esta situación					
15.	Mantengo el control de mis emociones ante situaciones personales					
16.	Trato al paciente con respeto					
17.	Escucho al paciente cuando él me habla					
18.	Acepto los sentimientos del paciente sin juzgarlo					
19.	Acudo a la habitación del paciente solo para saber cómo se encuentra					
20.	Platico con el paciente sobre su vida cuestiones no relacionadas a su hospitalización					
21.	Pregunto al paciente cómo le gusta que lo llamen					
22.	Me presento ante el paciente cuando recién lo conozco					
23.	Acudo rápidamente al llamado del paciente					
24.	Pongo toda la atención al paciente cuando estoy asistiéndolo					
25.	Visito al paciente si es trasladado a otro servicio del hospital					
26.	Tomo la mano, hombro o mejilla, cuando necesita consuelo o darle ánimo					

27.	Las metas que me propongo ante el paciente me comprometo a cumplirlas					
28.	Animo al paciente para que pueda expresar cómo se siente					
29.	Cuando el paciente se encuentra enojado no me molesto					
30.	Ayudo al paciente a entender sus sentimientos					
31.	Cuando el paciente está pasando por un mal momento y está irritable, callado, malhumorado, no lo abandono, ni me alejo ante esta situación					
32.	Animo al paciente a que pida información sobre su enfermedad y su tratamiento					
33.	Respondo de manera clara las preguntas del paciente					
34.	Brindo al paciente enseñanza acerca de su enfermedad					
35.	Me aseguro de que el paciente entienda lo que se le explica					
36.	Le pregunto al paciente qué desea saber acerca de su salud/enfermedad					
37.	Ayudo al paciente a fijarse metas realistas con respecto a su salud					
38.	Ayudo a planificar junto con el paciente cómo lograr esas metas de salud					
39.	Ayudo a planificar el cuidado del paciente cuando es dado de alta					
40.	Menciono al paciente cuáles son sus expectativas del día					
41.	Entiendo cuando el paciente necesita estar solo (a)					
42.	Ofrezco al paciente alternativas para estar más cómodo					
43.	Dejo la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento					
44.	Explico al paciente las precauciones de seguridad que					

	debe tener junto con su familia					
45.	Proporciono los medicamentos para el dolor cuando lo necesite el paciente					
46.	Animo al paciente a que haga actividades por sí mismo(a)					
47.	Respeto el pudor del paciente (p. ej., no destapo al paciente en público)					
48.	Antes de retirarme de la habitación, verifico junto con el paciente si tiene todo lo necesario al alcance de sus manos					
49.	Considero las necesidades espirituales del paciente					
50.	Soy gentil y alegre con el paciente					
51.	Siempre muestro al paciente mi mejor cara					
52.	Ayudo al paciente en su cuidado hasta que él pueda hacerlo por su cuenta					
53.	Tengo los suficientes conocimientos para aplicar las técnicas correctas (p. ej., una inyección intravenosa)					
54.	Sé manejar los equipos biomédicos (p. ej., monitores, bomba de infusión, etc.)					
55.	Proporciono el tratamiento y los medicamentos a tiempo					
56.	Mantengo informada a la familia de la evolución del paciente					
57.	Permito a los familiares que visiten al paciente las veces que sean necesarias					
58.	Vigilo el estado de salud del paciente muy de cerca					
59.	Hago sentir al paciente que puede tomar decisiones sobre su cuidado					
60.	Doy a conocer al paciente las situaciones de alarma que requieran de médicos y enfermeras					
61.	Muestro ante el paciente que entiendo cómo se siente					

62.	Ayudo a entender al paciente que sus experiencias de vida son importantes para crecer					
63.	Ayudo al paciente a sentirse bien con él mismo (a)					

Anexo 3. Matriz de consistencia

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería del adulto mayor hospitalizado en servicio de geriatría, hospital público Cajamarca, 2026.	¿Cuál es la relación entre la seguridad del paciente y el cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor (AM) hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026?	Objetivo general: Determinar la relación entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el AM hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026. Objetivos específicos: - Describir las características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a los AM hospitalizados. - Identificar la seguridad del paciente por dimensiones en el AM hospitalizado. - Identificar el cuidado integral de Enfermería por dimensiones en el AM hospitalizado.	H1: Existe relación significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026. Ho: No existe relación significativa entre seguridad del paciente y cuidado integral de Enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de geriatría de un hospital público de Cajamarca, 2026.	Técnicas - Encuesta. Instrumentos - Escala sobre seguridad de los pacientes en hospitales (AHRQ, adaptada al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España): 42 ítems, 12 dimensiones. - Escala "Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por Enfermería" (ECCOE): 63 ítems, 7 dimensiones.

Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos

CONFIABILIDAD CON ALPHA DE CRONBACH

ESCALA: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.891	42

CONFIABILIDAD CON ALPHA DE CRONBACH

ESCALA: CUIDADO DE ENFERMERÍA

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.805	63