

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



LIDERAZGO CLÍNICO Y CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Por

LIC. GUADALUPE VERDUGO PACHECO

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MAYO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



LIDERAZGO CLÍNICO Y CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Por

LIC. GUADALUPE VERDUGO PACHECO

Director de Tesis

MCE. MARÍA GUADALUPE INTERIAL GUZMÁN

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MAYO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



LIDERAZGO CLÍNICO Y CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Por

LIC. GUADALUPE VERDUGO PACHECO

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MAYO, 2024

LIDERAZGO CLÍNICO Y CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Aprobación de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán
Director de Tesis

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán
Presidente

Dra. Annel González Vázquez
Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano de Seguro Social por darme el tiempo para culminar este proyecto.

A la Facultad de Enfermería, especialmente a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo y a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por compartir sus conocimientos y darme la oportunidad de realizar mis estudios de maestría en una de las mejores facultades de México.

A mi director de Tesis MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán por su tiempo y compartir sus conocimientos y experiencia.

A los integrantes del Cuerpo Académico Administración y Gerencia del Cuidado, especialmente a la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por todo su apoyo brindado en este proyecto.

A mis docentes que fueron parte importante de mi formación académica, especialmente a la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal por su invaluable apoyo y palabras de aliento para continuar con este proyecto.

Al área de posgrado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, en especial a la Dra. Sandra Lidia Peralta Peña y a la Dra. Blanca Escobar Castellanos, por inspirarme y transmitir la pasión por la disciplina.

A mis compañeras y grandes amigas, Ilse Valverde Tovar e Ivett Martínez Vélez por su valiosa amistad y apoyo; gracias por los días felices y otros estresantes, por las risas y lágrimas que compartimos; las llevo en mi corazón.

Al Sr, Javier Gómez Gallegos, Fernando Gómez Malindo y a mi amiga Pamela Moreno Ramírez por darme un hogar lejos de mi casa.

Dedicatoria

A mi madre, Irma Alicia Verdugo, que sin ella no soy nada, por amarme, cuidarme, apoyarme en cada meta, por no soltarme nunca y ser una mujer admirable; gracias por transmitirme tu fortaleza y amor para luchar por mis sueños.

A mi padre, José Alfredo Verdugo por amarme y cuidarme siempre, por inculcar en mí el sentido de responsabilidad y trabajo.

A mis hermanas, Nubia, Patricia† y Andrea, quienes son parte importante de mi vida, en especial a mi pequeña Paty, un beso hasta el cielo.

A mis sobrinos: Ximena, Roberto y Fernandita, quienes me llenan de felicidad con su existencia.

A mi nina Lidia, mujer admirable, que me cuidó tantos años y siempre se preocupó porque luciera mi uniforme de enfermera limpio y blanco.

A mis grandes amigos: Carlos Maytorena, Ernie Durán, Pavel Rodríguez, Gilberto Leyva, quienes me han apoyado y nunca me han dejado sola desde que inicié este proyecto, gracias por motivarme a dar lo mejor de mí; en especial a Carlos quien ha sido mi sustento emocional, mi confidente y mi segunda familia.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de referencia	4
Estudios relacionados	8
Definición de términos	15
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño de estudio	17
Población, muestra y muestreo	17
Criterios de inclusión	18
Instrumentos de medición	18
Procedimiento de recolección de datos	20
Consideraciones éticas	21
Estrategia para el análisis de datos	22
Capítulo III	
Resultados	24
Características del personal de enfermería	24
Consistencia interna de los instrumentos	25

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística descriptiva de las variables de estudio	26
Liderazgo clínico y calidad de atención	32
Prueba de normalidad de las variables de estudio	34
Relación entre las variables de estudio	34
Diferencia del liderazgo clínico de acuerdo con el nivel educativo del personal de enfermería	35
Capítulo IV	
Discusión	36
Conclusiones	40
Recomendaciones	40
Referencias	42
Apéndice	49
A. Consentimiento informado	50
B. Cédula de datos sociodemográficos	53
C. Encuesta de liderazgo clínico	54
D. Cuestionario calidad de atención informada por enfermería	56

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características personales y laborales del personal de enfermería	24
2. Consistencia interna de los instrumentos	26
3. Liderazgo clínico: Desafiar el proceso	26
4. Liderazgo clínico: Inspirar una visión compartida	27
5. Liderazgo clínico: Permitir que otros actúen	29
6. Liderazgo clínico: Modelar el camino	29
7. Liderazgo clínico: Alentar el corazón	30
8. Calidad de atención	32
9. Clasificación de la calidad de atención	32
10. Liderazgo clínico global, por dimensión y calidad de atención	33
11. Promedio del liderazgo clínico global y por dimensión	33
12. Prueba de normalidad de las variables de estudio	34
13. Coeficiente de correlación de Spearman para liderazgo clínico con calidad de atención, edad y antigüedad laboral	35
14. Liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería	35

Resumen

Lic. Guadalupe Verdugo Pacheco
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Mayo, 2024

Título del Estudio: LIDERAZGO CLÍNICO Y CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Número de páginas: 56

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y método de estudio: El liderazgo de enfermería es esencial e impacta en la calidad de atención. Se han estudiado diferentes estilos de liderazgo con enfoque en gerentes de enfermería; sin embargo, el liderazgo clínico, que es ejercido por personal de enfermería en atención directa, ha sido poco estudiado y resulta de vital importancia debido a que su ausencia repercute negativamente en la calidad, la cual se ha evaluado principalmente desde la perspectiva del usuario y escasamente desde el personal. El propósito del presente estudio es determinar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención del personal de enfermería de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. El diseño es descriptivo, correlacional y transversal, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra se conformó por 174 enfermeros de atención directa, responsables del paciente y con al menos un año laborando en la institución. Se aplicaron dos instrumentos la encuesta de Liderazgo Clínico y el cuestionario Calidad de Atención Informada por Enfermería. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Contribución y conclusiones: El liderazgo clínico del personal de enfermería se midió con puntaje de 15 a 75, obtuvo una media de 60.81 ($DE= 7.48$); destacó la dimensión modelar el camino $M= 13.21$ ($DE= 1.54$); la calidad de atención se identificó como “moderada” $M= 9.24$ ($DE= 1.32$). Se encontró relación significativa entre el liderazgo clínico y la calidad de atención ($r_s= .211$; $p= .005$). No se encontró relación entre el liderazgo clínico con la edad ($r_s= .059$, $p> .05$), ni con la antigüedad laboral, tampoco diferencia según el nivel educativo del personal de enfermería ($p> .05$). Es relevante considerar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención, para los gestores de enfermería representa una oportunidad para impulsar programas que fomenten y desarrollen el liderazgo clínico en el personal de enfermería y la calidad de la atención. Se recomienda continuar investigando estas variables en el contexto mexicano, debido a la escasa evidencia; además, en la práctica clínica es importante establecer protocolos de cuidado orientados a fortalecer la calidad de la atención que se destaquen por un desempeño profesional basado en el liderazgo clínico de enfermería.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El liderazgo del personal de enfermería es esencial para el desarrollo de la profesión enfermera, impacta en el cumplimiento de los objetivos organizacionales y en la calidad de la atención (Lara et al., 2020; Lawson & Fleshman, 2020); la cual es un tema prioritario a nivel mundial y nacional; debido a que una atención de calidad deficiente genera anualmente entre 5.7 y 8.4 millones de muertes (OMS, 2020); además da como resultado la insatisfacción de los usuarios y del personal sanitario de las instituciones de salud. En México, el Instituto de Salud para el Bienestar reporta un 45.6% de insatisfacción, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado un 48% y 48.2%, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2021).

Para lograr la calidad en el sistema sanitario, la Organización Mundial de la Salud propone diferentes estrategias y exhorta a los diversos actores (gobiernos, sistemas de salud, ciudadanos, pacientes y personal sanitario) a trabajar en conjunto. Es fundamental mantener la calidad de atención en salud, porque su ausencia o déficit propicia servicios inefectivos e ineficientes, atención deshumanizada, acceso limitado a los servicios, incremento de costos y de quejas médicas, insatisfacción de usuarios y profesionales de la salud y lo más grave, pérdidas humanas (Secretaría de Salud, 2020).

Al respecto, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), surge para asegurar la calidad de los servicios de salud y crea el “modelo de gestión de calidad en salud”, en el cual destaca la importancia de ejercer liderazgo en enfermería

tanto a nivel directivo, como operativo con el fin de influir y motivar a todo el personal para lograr las metas y objetivos institucionales (DGCES, 2022). Es elemental ejercer el liderazgo por ser un elemento clave para el logro de la calidad (McKean & Snyderman, 2019; Sfantou et al., 2017).

Además, organizaciones mundiales y nacionales han destacado la importancia de fortalecer el liderazgo de enfermería con la finalidad de tener una participación más activa en la toma de decisiones que permita mejorar la eficacia de los sistemas de salud (Comisión Permanente de Enfermería, 2018; OMS, 2020). Por lo tanto, es primordial fomentar el liderazgo en los profesionales de enfermería que otorgan atención directa a los pacientes, por ser responsables de coordinar su atención para lograr que reciban todos los cuidados requeridos para recuperar su salud y mejorar la calidad de atención (Boamah, 2017; 2018).

El liderazgo clínico es específico para los enfermeros que otorgan atención directa, e incluye las cinco prácticas de liderazgo correspondientes a desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón (Connolly et al., 2018). La literatura reporta que en el liderazgo clínico del personal de enfermería influyen factores como edad, antigüedad laboral y el nivel educativo.

La evidencia muestra mayor liderazgo clínico en profesionales de enfermería de 31 años a más por poseer la experiencia necesaria para la toma de decisiones que responde a la demanda de cuidado de sus pacientes (Iraizoz-Iraizoz et al., 2022); así mismo es mayor en profesionales de enfermería con antigüedad superior a ocho años (Budak & Özer, 2018), debido a que las habilidades de liderazgo que han desarrollado, les permiten realizar otras intervenciones en beneficio de sus pacientes, y no solo

centrarse en el cumplimiento de acciones inherentes al cuidado (Al Anwer Ashour et al., 2022; Curtis et al., 2011).

El liderazgo clínico es mayor en el personal de enfermería con nivel educativo de posgrado. Se reporta que estos profesionales fortalecen la competencia del ejercicio del liderazgo en enfermería en el posgrado, a diferencia del pregrado, cuyas mallas curriculares se centran en el desarrollo habilidades técnicas propias del cuidado, dejándose de lado el liderazgo que debe formar parte del cuidado de enfermería (Pailaquilén, 2020).

Respecto a la calidad de atención Huber (2020) menciona que involucra la estructura, el proceso y el resultado; que puede ser evaluada desde el resultado; y según la perspectiva del paciente, del profesional de enfermería o de la organización. De acuerdo a la perspectiva de enfermería, la calidad de atención es una medida confiable del desempeño de una institución de salud, dado que los profesionales de enfermería conocen los aspectos relacionados a la calidad y ejercen un papel esencial para garantizarla, al ser quienes otorgan un cuidado permanente, interactúan con el equipo multidisciplinario involucrado en la atención del paciente y tienen más probabilidad de identificar oportunamente situaciones de riesgo que podrían repercutir en la calidad de la atención (Peck- Malliaris et al., 2021).

Se han realizado algunos estudios sobre el liderazgo y la calidad de atención de enfermería, los estilos de liderazgo que más se han abordado son transaccional, transformacional, situacional, de servicio y auténtico (Alloubani et al., 2019; Carrara et al., 2018; den Breejen- de Hooge et al., 2021; McCay & Snyderman, 2018); los cuales se han estudiado principalmente en gerentes de enfermería (Carlson et al., 2021). La calidad de atención de enfermería ha sido evaluada a través de indicadores, utilizándose

con mayor frecuencia los de resultados centrados en el paciente como son las infecciones nosocomiales, la mortalidad y la satisfacción del paciente, mientras que los centrados en enfermeras como la calidad de atención informada por enfermería ha sido menos abordada en la literatura científica (Oner et al., 2021).

Existe poca evidencia sobre la relación entre el liderazgo clínico del personal que otorga el cuidado y la calidad de atención de enfermería. Las investigaciones que lo han realizado reportan una asociación positiva y significativa y se argumenta que es esencial identificarlo en el personal operativo; por ser quien otorga el cuidado directo a los pacientes, lo que impacta directamente en sus resultados (Boamah, 2017; 2018; den Breejen- de Hooge et al., 2021).

Por lo que se conoce, en México han sido poco estudiados el liderazgo clínico y la calidad de atención, por lo que el propósito de este estudio es determinar el liderazgo clínico y su relación con la calidad de atención del personal de enfermería que brinda atención directa al paciente en un hospital público de Monterrey, Nuevo León. Los resultados del presente estudio permitirán ampliar el conocimiento sobre cómo se relacionan estos conceptos, y podrían servir como base para que los gerentes de enfermería diseñen estrategias e implementen políticas dirigidas a fomentar las habilidades de liderazgo clínico del personal de enfermería con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente.

Marco de referencia

En este apartado se describen los conceptos que sustentan el presente estudio, el liderazgo clínico y la calidad de atención.

Liderazgo clínico

El liderazgo se ha definido como un “proceso por el cual un individuo influye en un grupo para lograr un objetivo común” (Northouse, 2013); si bien existen diversos conceptos de liderazgo, se destacan los elementos de interacción entre un grupo de personas y un proceso de influencia (Cummings et al., 2018).

Se han identificado diversos estilos de liderazgo, destacan el transformacional, transaccional, laissez faire y liderazgo clínico. Para esta investigación se considera el liderazgo clínico; Patrick et al. (2011) han estudiado ampliamente el liderazgo clínico y lo definen como “los comportamientos del personal de enfermería que brindan dirección y apoyo a los clientes y al equipo de atención médica en la prestación de atención al paciente”; realizan su definición a partir de cinco prácticas de liderazgo transformacional descritas en el modelo de Kozner y Posner (1995), las cuales son desafiar al proceso, inspirar una visión compartida, modelar el camino, permitir que otros actúen y animar el corazón.

Desafiar el proceso es el liderazgo donde los comportamientos centrales son la búsqueda del cambio, cuestionar el statu quo, tomar riesgos para mejorar el proceso y pensar creativamente; *inspirar una visión compartida*, esta práctica se refleja en los comportamientos centrales de comunicación positiva, competencia interpersonal y compartir un propósito común; *modelar el camino* se refleja en comportamientos fundamentales de dar ejemplo, clarificar valores, mantener el compromiso y hacer un plan; *permitir que otros actúen* se demuestra en los comportamientos básicos de colaboración, construcción de relaciones de confianza, intercambio de información y recursos; por último, *animar el corazón* es la práctica de liderazgo que refleja los

comportamientos fundamentales de reconocer las contribuciones, proporcionar comentarios y celebrar los logros (Patrick et al., 2011).

Patrick et al. (2011) proponen cinco atributos o características definitorias de liderazgo clínico, alineadas a las prácticas de liderazgo propuestas por Kozner y Posner (1995), incluyen la experiencia clínica, la comunicación efectiva, la colaboración, la coordinación y la comprensión interpersonal. Señalan que la *experiencia clínica* y la *comprensión interpersonal* son características definitorias del liderazgo clínico consistente con la práctica de liderazgo desafiar el proceso.

La *comunicación efectiva* y *colaboración* corresponden a la práctica de liderazgo inspirar una visión compartida; la *comprensión interpersonal*, *colaboración* y *coordinación* a la práctica de liderazgo modelar el camino; la *colaboración*, *comunicación efectiva* y la *comprensión interpersonal* es consistente con la práctica de liderazgo permitir que otros actúen; por último, la práctica de liderazgo animando al corazón corresponde a *comunicación efectiva* y *comprensión interpersonal*.

De acuerdo con la literatura, en el liderazgo clínico de los profesionales de enfermería influyen factores sociodemográficos como la edad, la antigüedad laboral y el nivel educativo; el cual es mayor conforme aumentan estos factores (Al Anwer Ashour et al., 2022; Cummings et al., 2021; Iraizoz-Iraizoz et al., 2022). El incremento de la edad y la antigüedad laboral permiten la adquisición de madurez; así como experiencia y habilidad, respectivamente; los estudios de posgrado enfatizan el desarrollo de la competencia del liderazgo clínico (Al Anwer Ashour et al., 2022; Budak & Özer, 2018; Curtis et al., 2011; Iraizoz-Iraizoz et al., 2022).

Calidad de atención

La calidad de atención es definida por la Organización Mundial de la Salud como el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. La calidad debe medirse y supervisarse continuamente a fin de impulsar mejoras, esto se basa en datos precisos, oportunos y útiles a fin de adoptar medidas (OMS, 2020).

La calidad de la atención considera la estructura, el proceso y el resultado; la estructura se refiere a la organización de los entornos donde se da la asistencia sanitaria e incluye la cantidad y distribución de los recursos materiales y humanos; el proceso considera la interacción entre el paciente y el prestador del servicio de salud y cómo se brinda la atención; el resultado es la consecuencia de esta atención en el proceso de salud enfermedad del paciente (Donabedian, 1988).

El resultado de la calidad puede ser medido desde la perspectiva del paciente, del profesional o de la organización (Huber, 2020); para este estudio se considera sólo desde la perspectiva del profesional.

La calidad de atención de enfermería informada por las enfermeras es un indicador útil de desempeño de un hospital, se considera como un proceso que se desarrolla con el tiempo a través de una serie de interacciones y observaciones directas de la atención (McHugh & Stimpfel, 2012).

Así mismo implica la percepción de la calidad de la atención de enfermería brindada en la unidad; la mejora de la calidad de atención que se presenta durante el último año, y la confianza que sienten las enfermeras respecto a la capacidad de sus

pacientes para la ejecución y continuidad de sus cuidados requeridos posterior al alta hospitalaria (Aiken et al., 2002; den Breejen-de Hooge et al., 2021).

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados, en primer lugar, los referentes al liderazgo clínico considerando las características sociodemográficas de enfermería y la calidad de atención, posteriormente los que corresponden a la relación entre las variables liderazgo clínico y calidad de atención.

Al Anwer Ashour et al. (2022) realizaron un estudio en Egipto en una muestra de 325 enfermeras operativas del área de cuidados intensivos, con el objetivo de evaluar y comparar los comportamientos de liderazgo clínico entre las enfermeras de cuidados críticos. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Comportamientos de Liderazgo Clínico, el cual consta de 46 ítems. Para el análisis se estableció un índice con valores de 0 a 100, donde a mayor puntaje, mayor liderazgo clínico; así mismo se categorizó en tres niveles, puntaje de 0 a 33.3, que se considera nivel bajo, de 33.4 a 66.6 nivel moderado y 66.7 a 100 nivel alto de comportamientos de liderazgo clínico.

La media de edad de los participantes fue de 41.5 años ($DE= 10.07$), el 82% pertenecía al sexo femenino, el promedio de años de experiencia en el puesto fue de 13.7 ($DE= 7.04$). Se encontró que el personal de enfermería evidenció comportamientos de liderazgo clínico alto ($M= 77.11$; $DE= 11.87$), al realizarse la comparación de los comportamientos de liderazgo clínico ejercido en hospitales privados y gubernamentales resultó más elevado en el hospital privado ($M= 90.48$; $DE= 5.53$) que en el hospital gubernamental ($M= 68.29$; $DE= 4.21$). En relación con las características de la población se encontró diferencia significativa en los comportamientos del liderazgo

clínico según la antigüedad laboral ($F= 13.16$, $p= .01$), fue mayor en el grupo de 5 a 10 años ($M= 82.23$; $DE= 11.42$).

Connolly et al., (2018) realizaron un estudio en Nueva Zelanda, con el objetivo de examinar los comportamientos de liderazgo clínico en enfermeras y explorar su percepción sobre el empoderamiento estructural y psicológico; la muestra se conformó por 37 enfermeras que brindan atención directa en el departamento de emergencias de adultos. Para la recolección de los datos relacionados al comportamiento de liderazgo clínico se utilizó la encuesta de Liderazgo Clínico que consta de 15 ítems divididos en cinco subescalas (desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón) con 3 ítems por subescala, y una escala Likert de 5 puntos donde puntuaciones más altas muestran que los sujetos de estudio se perciben a sí mismos como líderes clínicos; con puntaje de 15 a 75 puntos.

El grupo más grande de la población de estudio presentó un rango de edad de 40 a 45 años (29%), la mayoría eran mujeres (95%); en relación con la antigüedad en el servicio más del 20% había trabajado durante 3 o 4 años, el 13.5% por más de 15 años y el 8.1% por menos de 2 años. Al analizar los comportamientos de liderazgo clínico global se encontró una media de 60.84 ($DE= 7.18$) y se destacó la dimensión modelar el camino ($M= 2.95$; $DE= 1.84$).

Budak y Özer (2018) realizaron un estudio, en Turquía, con el objetivo de investigar las cualidades de liderazgo clínico de enfermeras y médicos, y examinar variables de efecto como edad, sexo, estado civil, tiempo total de trabajo, nivel educativo, profesión, años en unidad de trabajo, educación formal en gestión, liderazgo y clínica, y liderazgo en los subdimensiones del liderazgo clínico. La muestra fue de 261 participantes, 196 enfermeras y 65 médicos de un hospital universitario de Ankara,

Turquía. La recolección de los datos se realizó mediante la Escala de Liderazgo Clínico, la cual consta de 40 ítems con respuesta de escala tipo Likert de 3 puntos (1= casi nunca, 2= a veces, 3= casi siempre), consta de 5 dimensiones: cualidades personales, trabajo con otros, gestión de servicios, mejora de servicios y establecimiento de dirección.

El 52.1% de la muestra reportó 30 años o menos, el 75.9% correspondió al sexo femenino, el 78.9% tenía nivel educativo de pregrado (licenciatura), el 48.7% contaba con más de 8 años laborados en la unidad de trabajo actual. En cuanto a las cualidades de liderazgo clínico, la dimensión con el promedio más alto fue gestión de servicios ($M= 20.54$; $DE= 2.86$) y el más bajo correspondió a cualidades personales ($M= 18.25$; $DE= 2.30$).

Respecto a las cualidades del liderazgo clínico y las variables como edad, años en unidad de trabajo y nivel educativo, se encontró que la edad tuvo diferencia estadísticamente significativa con las dimensiones trabajo con otros ($t= -2.864$, $p= .005$), mejora de servicios ($t= -2.726$, $p= .007$) y establecimiento de dirección ($t= -2.770$, $p= .006$), con mayor liderazgo clínico en mayores de 31 años; los años laborados en la unidad de trabajo de los participantes mostraron diferencia estadísticamente significativa con las dimensiones trabajo con otros ($F= 11.403$, $p= .001$), gestión de servicios ($F= 9.023$, $p= .001$), mejora de servicios ($F= 11.985$, $p= .001$) y establecimiento de dirección ($F= 13.204$, $p= .001$) con mayor liderazgo clínico en quienes contaban con ocho años o más. El nivel educativo presentó diferencia estadísticamente significativa con las dimensiones trabajo con otros ($t= -2.312$, $p= .022$), con mayor liderazgo clínico en los que reportaron nivel de posgrado.

Stimpfel et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos de América, bajo la pregunta de investigación “¿cuáles son los predictores comunes y únicos de la

seguridad y la calidad de la atención informada por las enfermeras?". La muestra se conformó por 731 enfermeras. Para la recolección de los datos de la variable calidad de la atención, se utilizó la calidad de atención informada por las enfermeras; se les preguntó a los encuestados que calificaran la probabilidad de recibir atención de alta calidad en su entorno de trabajo con respuesta de nada probable a muy probable; utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos (nada probable= 1, no muy probable= 2, algo probable= 3 y muy probable= 4).

La media de edad de los participantes fue de 41 años ($DE= 9.00$), predominaron las mujeres (90%). En cuanto a la calidad reportada por enfermería, el 66% reportó como "muy probable" que la atención recibida en su unidad fuera de alta calidad.

Boamah (2017), realizó un estudio en Canadá con el objetivo de probar un modelo que vincula el liderazgo transformacional y el empoderamiento estructural, el liderazgo clínico de los profesionales de enfermería y los resultados adversos de los pacientes, como medida de calidad desde la perspectiva de enfermería, la muestra se conformó por 378 enfermeras. Para la recolección de los datos sobre el liderazgo clínico del personal de enfermería, se utilizó la encuesta de Liderazgo Clínico (CLS), que consta de cinco subescalas (desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón) con tres ítems por subescala, la puntuación total oscila entre 1 y 5 puntos, donde las puntuaciones más altas indican que los encuestados se perciben a sí mismos como líderes en su práctica clínica.

La calidad de atención se midió a través de la opinión de las enfermeras sobre los resultados adversos de los pacientes, se utilizó la escala derivada de los indicadores de calidad de enfermería de la Asociación Estadounidense de enfermeras; la cual consta de cinco ítems que evalúan las percepciones de las enfermeras sobre la frecuencia de

complicaciones o resultados adversos comunes de los pacientes en el último año, en una escala de 1 (nunca) a 4 (frecuentemente). Para el análisis se establecieron puntajes en una escala de 1 a 4.

La población de estudio se conformó por personal profesionales de enfermería en atención directa pertenecientes al área de cirugía médica (30.4%) y de cuidado crítico (29.9%), donde el 45% reportó ser personal profesional, la edad promedio de años de experiencia fue 21 años ($DE= 11.90$). Se reportó un liderazgo clínico percibido como alto ($M= 4.51$, $DE =0.39$), en particular, su capacidad de modelar el camino ($M= 4.72$, $DE= 0.37$) y permitir que otros actúen a través de la colaboración ($M= 4.60$, $DE= 0.43$). La calidad a través de los eventos adversos evaluados por enfermería tuvo una puntuación media de 1.83 ($DE= 0.63$). Se encontró una asociación inversa y significativa entre el liderazgo clínico y la calidad percibida por enfermería ($\beta= -0.24$, $p< .01$).

Boamah (2018), realizó una investigación en Canadá con el objetivo de analizar los atributos críticos del liderazgo clínico y probar un modelo que vincule comportamientos de liderazgo del personal de enfermería para la calidad de la atención al paciente y la satisfacción laboral, la muestra se conformó por 1000 enfermeras. Para la medición del liderazgo clínico se utilizó la encuesta de liderazgo clínico, que consta de cinco subescalas (desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón), con tres ítems por subescala, la puntuación total oscila entre 5 y 25 puntos, donde las puntuaciones más altas indican que los encuestados se perciben a sí mismos como líderes en su práctica clínica. La calidad de atención se midió mediante la calidad de atención informada por enfermería, que consta de un ítem solicitando a las enfermeras que califiquen la calidad de la atención en

sus unidades en una escala de 1 a 4, donde una puntuación alta indica una calidad excelente.

El 30% de las enfermeras pertenecía al área de cuidados críticos y el 30% a la especialidad médico-quirúrgica, la edad promedio fue de 46 años ($DE= 11.30$). La calidad de atención informada por enfermería reporta una media de 2.00 ($DE= 0.71$); el liderazgo clínico fue reportado como “alto” ($M= 22.58$, $DE= 1.96$), destacó la dimensión “modelando el camino” ($M= 4.72$, $DE= 0.37$). El liderazgo clínico del personal de enfermería en atención directa se relacionó positivamente con la percepción de la calidad de atención al paciente ($\beta= 0.240$, $p < .001$).

den Breejen- de Hooge et al. (2021), realizaron un estudio en Países Bajos, con el objetivo de determinar la asociación entre la calidad de la atención y los estilos y prácticas de liderazgo, y si las características de las enfermeras influyen en esta interacción. La muestra se conformó por 655 enfermeras en atención directa. Para la recolección de los datos correspondientes a las prácticas de liderazgo transformacional, se utilizó el Inventario de Prácticas de Liderazgo, que consta de 30 ítems, categorizados en las cinco prácticas: cuestionar el proceso; inspirar una visión compartida; permitir que otros actúen; modelar el camino y animar el corazón; donde cada práctica incluye seis ítems en una escala tipo Likert de 1 a 10 puntos (1= casi nunca hasta 10= casi siempre).

Se estableció un índice global y por prácticas con valores de 0 a 10, donde a mayor puntaje mayor liderazgo; y categorías por niveles; el nivel de práctica de liderazgo se consideró de acuerdo con la puntuación: bajo entre 1 y 6, moderado entre 7 y 8, y alto entre 9 y 10. Para la calidad de atención se utilizó el cuestionario calidad de atención informada por enfermería (NRQC), el nivel de calidad de atención reportada

por enfermería se consideró según la puntuación, bajo entre 3 y 6.9, moderado entre 7 y 9.9, y alto entre 10 y 11.

Los profesionales de enfermería encuestados pertenecían a áreas de cuidados intensivos (39.4%) y áreas clínicas (53.6%), de hospitales de países bajos, la edad promedio fue de 40.5 años ($DE= 12.0$), el 89.6% era personal profesional. Las prácticas de liderazgo del personal de enfermería se reportaron en nivel moderado ($M= 6.8$, $DE= 1.1$). El nivel de calidad de atención percibido por enfermería fue moderado ($M= 7.7$, $DE= 1.3$). No se encontró asociación entre la calidad de la atención y las prácticas de liderazgo transformacional.

En síntesis, el liderazgo clínico de los profesionales de enfermería se reporta moderado a alto, destaca la dimensión “modelar el camino”, reconocida como el comportamiento de dar el ejemplo. El liderazgo clínico puede ser influido por factores como la edad, la antigüedad laboral y el nivel educativo del profesional de enfermería; es mayor en el personal con mayor edad y antigüedad laboral y con nivel educativo de posgrado. Este estilo de liderazgo se ha estudiado en países de altos ingresos principalmente, en población de profesionales de enfermería de segundo y tercer nivel de atención en áreas de cuidados especializados como terapia intensiva y médico quirúrgica.

Respecto a la calidad de atención informada por enfermería se reporta como moderada. El liderazgo clínico y la calidad de atención otorgada por el personal de enfermería operativo tienen asociación significativa; sin embargo, un estudio no encontró relación, por lo que aún existen inconsistencias sobre cómo se comportan estas variables.

De acuerdo con la revisión de la literatura, no se han encontrado estudios relacionados en los que se aborde el liderazgo clínico y la calidad de atención en personal de enfermería en contexto mexicano, de tal manera que bajo dicha premisa se pone de manifiesto el vacío de conocimiento sobre estas variables.

Definición de términos

Liderazgo clínico se refiere a los comportamientos del personal de enfermería en atención directa, dirigidos a coordinar la atención para que sus pacientes asignados reciban todos los cuidados requeridos para restablecer su salud y mejorar la calidad de atención. Se consideraron las dimensiones, desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón. Se midió a través de la encuesta de liderazgo clínico (Patrick et al., 2011).

Calidad de atención es la opinión del personal de enfermería en atención directa sobre los cuidados que reciben sus pacientes, implica considerar la calidad de atención brindada en su unidad de trabajo, así como la mejora de ésta en el último año, además incluye la confianza sobre la capacidad del paciente para realizarse su cuidado en el hogar. Se midió mediante el cuestionario calidad de atención informada por enfermería (Aiken et al., 2002).

Edad es el número de años reportados por el profesional de enfermería al momento de la recolección de datos. Se midió a través de la cédula de datos sociodemográficos.

Antigüedad laboral se refiere al número de años que el profesional ha trabajado en la institución donde se realiza el estudio. Se midió a través de la cédula de datos sociodemográficos.

Nivel educativo, es el grado académico máximo de formación reportado por el profesional de enfermería. Se midió a través de la cédula de datos sociodemográficos.

Objetivo general

Determinar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención del personal de enfermería de un hospital público de Monterrey, Nuevo León.

Objetivos específicos

1. Identificar el liderazgo clínico del personal de enfermería de acuerdo con sus dimensiones.
2. Describir la relación del liderazgo clínico con edad y antigüedad laboral del personal de enfermería.
3. Identificar diferencia en el liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería.
4. Describir la calidad de atención otorgada, desde la perspectiva de enfermería.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se aborda el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, los criterios de inclusión, instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia para el análisis de los datos obtenidos.

Diseño de estudio

Para la presente investigación se utilizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal (Grove & Gray, 2019); descriptivo porque permite describir las variables de interés, así como las características sociodemográficas de la población de estudio, correlacional porque se determina la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención en el personal de enfermería, y transversal debido a que la recolección de los datos se realizó en un solo momento.

Población, muestra y muestreo

La población de estudio se conformó por personal de enfermería que labora en diferentes servicios de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico G*Power, se calculó a través del análisis de correlación con una potencia del 90%, un tamaño de efecto 0.3 considerado mediano según Cohen (1988) y nivel de significancia de .05, se obtuvo una muestra de 174 participantes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se invitó a participar al personal de enfermería que cumplió con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Personal que otorga atención directa y responsable del paciente, asignado a los servicios de quirófano, tóco cirugía, urgencias, ginecología y obstetricia, cirugía, medicina interna, unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) y unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), con al menos un año laborando en la institución.

Instrumentos de medición

Para perfilar las características de la población de estudio se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, que incluye, el sexo en términos de masculino y femenino, edad en años cumplidos, antigüedad laboral en años, nivel educativo (enfermera general, licenciatura, maestría, doctorado) y servicio asignado.

Para la medición de la variable liderazgo clínico se utilizó la encuesta de Liderazgo Clínico (CLS), adaptada por Patrick et al. (2011), conformada por 15 ítems divididos en cinco subescalas (desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, permitir que otros actúen, modelar el camino y alentar el corazón), con tres ítems por subescala.

Las opciones de respuesta se califican en una escala tipo Likert de cinco puntos, que van de 1= casi nunca, 2= ocasionalmente, 3= algunas veces, 4= la mayor parte del tiempo y 5= casi siempre. Para su interpretación se establece un índice global y por dimensiones con valores de 15 a 75 y de 5 a 25, respectivamente; además, se obtiene el promedio por dimensión y global con valores de 1 a 5 y de 5 a 25, respectivamente; en ambos casos a mayor puntaje mayor es el liderazgo clínico del personal de enfermería. Esta encuesta ha sido aplicada en personal de enfermería de diferentes países y reporta un alfa de Cronbach de .87 (Boamah, 2017), considerándose aceptable. El idioma

original de este instrumento es inglés, y para poder utilizarlo en este estudio, con el apoyo de un traductor oficial se realizó el proceso de traducción al español y se verificó la consistencia con la versión en idioma inglés.

Para la medición de la variable calidad de la atención se aplicó el cuestionario calidad de atención informada por enfermería (NRQC), desarrollada por Aiken et al. (2002); se conforma por cuatro ítems, los dos primeros se refieren a la calidad de atención en la unidad de trabajo y en el último turno.

Para los dos primeros ítems, las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert con valores de 1 a 4, 1= mala, 2= regular, 3= buena, 4= excelente; el tercer ítem se refiere a la mejora de la calidad en el hospital durante el último año, con opciones de respuesta en escala tipo Likert con valores de 1 a 3, 1= deteriorado, 2= igual, 3= mejorado; el cuarto ítem corresponde a la confianza que sienten las enfermeras sobre la capacidad de sus pacientes para manejar su cuidado posterior al alta hospitalaria, con opciones de respuesta en escala tipo Likert de cuatro puntos (1= muy confiado, 2= confiado, 3= algo confiado, 4= nada confiado).

La puntuación total del NRQC no considera el cuarto ítem por ser adicional y se calcula como la suma de los tres primeros ítems, con un puntaje de 3 a 11. Así mismo, para su interpretación, se clasifica en categorías "bajo" cuando la puntuación se encuentre entre 3 y 6.9, "moderado" entre 7 y 9.9, y "alto" con puntuación entre 10 y 11. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach reportado para estos tres ítems es de .61 (den Breejen-de Hooge et al., 2021). Este instrumento está disponible originalmente en idioma inglés y para su utilización se sometió a un proceso de traducción al español con el apoyo de un traductor oficial y se verificó la consistencia con la versión en idioma inglés.

Procedimiento de recolección de datos

El proyecto se sometió a revisión por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez aprobado por ambos comités se acudió a la institución donde se realizó el estudio, para solicitar autorización por el personal directivo; una vez obtenida, se reportó con el responsable de los servicios señalados previamente y se le solicitó el censo del personal de enfermería que se encontraba laborando, se seleccionó a quienes cumplieron los criterios de inclusión.

Posteriormente se les abordó respetuosamente para invitarlos a formar parte del estudio, se les informó detalladamente el propósito de la investigación, explicándoles que su participación consistiría en contestar dos cuestionarios y que los datos serían mantenidos en estricta confidencialidad. Se les informó que la decisión de participar sería completamente voluntaria y que, en cualquier momento, podrían retirarse sin consecuencia alguna. Además, se les brindó la oportunidad de plantear preguntas o inquietudes las cuales se aclararon al momento.

Una vez que aceptaron participar se les solicitó que firmaran el consentimiento informado (Apéndice A) y se les otorgó una copia. Así mismo, se les cuestionó sobre su disponibilidad de horario para responder y se apegó lo más posible a ello. A cada participante se le entregó la cédula de datos sociodemográficos (Apéndice B), la encuesta de liderazgo clínico (Apéndice C) y el cuestionario calidad de atención informada por enfermería (Apéndice D), se les pidió que leyeran cuidadosamente y siguieran las instrucciones solicitadas.

Cabe señalar que se abordó al personal de enfermería en un horario que no interfería con sus actividades de cuidado programadas, además para favorecer su

privacidad al responder los instrumentos, la institución donde se realizó el estudio facilitó un área cómoda, sin la presencia de otro personal. Finalmente, al completar los instrumentos se agradeció al personal por su participación en el estudio.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, Última Reforma DOF 02-04 2014); en el cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y bienestar de los participantes.

Con fundamento a lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, se respetó la dignidad, derechos y bienestar de los participantes; para ello, se les explicó con claridad el objetivo de la investigación, posibles riesgos, así como las instrucciones para responder.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracción V, VI, VII y VIII, el presente estudio contó con el consentimiento informado para los participantes. Para ejecutar el proyecto conforme a las disposiciones establecidas, se cuidó que el investigador principal contara con los conocimientos requeridos. Además, el proyecto se sometió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería para su revisión y se ejecutó posterior a su aprobación.

Referente al Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, ya que no se solicitó su nombre. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción I, esta investigación se considera sin riesgo, ya que no se realizó intervención alguna sobre variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los participantes del estudio.

Respecto al Artículo 20 y Artículo 21 Fracciones, IV, VI, VII y VIII, a cada participante se le entregó un consentimiento informado, y se le explicó el objetivo de investigación y el proceso para aplicar los instrumentos; se resolvió cualquier duda que se presentó referente a su participación en el estudio; así mismo se le informó que podrían abandonar el estudio cuando lo desearan y que en todo momento se mantendría la privacidad de los participantes.

Se aplicó el Artículo 22, por lo que el consentimiento informado fue elaborado por el investigador principal, revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación, se cuidó que el documento incluyera una explicación clara de los objetivos, del procedimiento a seguir; así como los riesgos, beneficios y la libertad absoluta para retirar su consentimiento en cualquier momento.

Por último, del Capítulo V, de acuerdo con el Artículo 57 y Artículo 58, Fracción I, y II, este estudio se realizó en personal de enfermería, que aceptó participar de forma voluntaria, sin ser influenciado por alguna autoridad; se garantizó que, aunque el personal de enfermería hubiera dado su consentimiento de participación podría retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto tuviera alguna repercusión laboral. Así mismo, la presentación de los resultados del estudio se hace de forma general para no generar ningún daño o perjuicio en la situación laboral.

Estrategia para el análisis de datos

La información se capturó y analizó en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21 para Windows. Se calculó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. Se evaluó la distribución de las variables a través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-

Smirnov con corrección de Lilliefors, las variables no presentaron una distribución normal por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al objetivo específico uno referente a identificar el liderazgo clínico del personal de enfermería de acuerdo con sus dimensiones y al cuatro que establece describir la calidad de atención otorgada, desde la perspectiva de enfermería, se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables categóricas, así mismo medidas de tendencia central y variabilidad para las variables continuas. Para responder al objetivo general que buscó determinar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención del personal de enfermería y al objetivo específico dos que señala describir la relación del liderazgo clínico con edad y antigüedad laboral del personal de enfermería se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para responder al objetivo específico tres 3 que busca identificar diferencia en el liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería, se utilizó la prueba estadística H de Kruskal Wallis.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del estudio realizado en personal de enfermería de un hospital público de Monterrey, Nuevo León. Primeramente, se describen las características de los participantes, seguido de la consistencia interna de los instrumentos. Posteriormente se presenta la estadística descriptiva de las variables liderazgo clínico del personal de enfermería y calidad de atención; finalmente se muestra la estadística inferencial para dar respuesta al objetivo general y específicos dos y tres, planteados para este estudio.

Características del personal de enfermería

Respecto a las características personales, en la tabla 1 se muestra que la media de edad de los participantes fue 32.5 años ($DE= 10.28$), predominó el sexo femenino con un 63.8% y el nivel educativo de licenciatura (60.3 %). En cuanto a las características laborales, la media de antigüedad laboral se ubicó en 6.6 años ($DE= 7.61$). La mayor proporción de participantes correspondió al turno vespertino (39.1%) y al servicio de medicina interna (24.1%).

Tabla 1

Características personales y laborales del personal de enfermería

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	111	63.8
Masculino	63	36.2
Nivel educativo		
Enfermera (o) general	60	34.0

Tabla 1*Características personales y laborales del personal de enfermería (continuación)*

Características	<i>f</i>	%			
Licenciatura	105	60.3			
Maestría	9	5.2			
Turno					
Matutino	53	30.4			
Vespertino	68	39.1			
Nocturno	53	30.5			
Servicio					
Medicina interna	42	24.1			
Urgencias	40	23.0			
Unidad de cuidados intensivos adulto	38	21.9			
Unidad de cuidados intensivos neonatales	13	7.5			
Quirófano	10	5.7			
Cirugía	20	11.5			
Toco cirugía	7	4.0			
Ginecología y obstetricia	4	2.3			
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	32.50	29.00	10.28	18	65
Antigüedad laboral	6.60	3.00	7.61	1	38

Nota. *f*= frecuencia; % porcentaje; *M*=media; *Mdn*= Mediana; *DE*= desviación estándar;

Min= valor mínimo; *Max*= valor máximo; *n* = 174

Consistencia interna de los instrumentos

Para calcular la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el Coeficiente Alpha de Cronbach, para la encuesta de liderazgo clínico se obtuvo un valor de .85, considerado aceptable, el coeficiente de confiabilidad obtenido por dimensión osciló entre .59 y .81. En cuanto al cuestionario calidad de atención informada por enfermería, el Alpha de Cronbach obtenido fue de .58 (Tabla 2).

Tabla 2*Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Liderazgo clínico	15	.85
Dimensiones		
Desafiar el proceso	1, 2, 3	.59
Inspirar una visión compartida	4, 5, 6	.68
Permitir que otros actúen	7, 8, 9	.60
Modelar el camino	10, 11, 12	.68
Alentar el corazón	13, 14, 15	.81
Calidad de atención informada por enfermería	1, 2, 3	.58

Nota. $n= 174$

Estadística descriptiva de las variables de estudio

En la tabla 3 se presentan las respuestas del personal de enfermería sobre el liderazgo clínico relacionado a la dimensión desafiar el proceso. Los profesionales de enfermería reportaron con mayor porcentaje las opciones de respuesta la mayor parte del tiempo y casi siempre en los reactivos “participo en la práctica reflexiva y trato de comprender lo que salió bien y lo que no salió bien” (73.5%) y “capacidad de proporcionar una justificación basada en evidencia para las decisiones clínicas” (66.6%).

Tabla 3*Liderazgo clínico: Desafiar el proceso*

Reactivo	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando me preocupo por el bienestar del paciente, cuestiono órdenes y/o tratamientos	17	9.7	25	14.4	70	40.2	33	19.0	29	16.7

Tabla 3*Liderazgo clínico: Desafiar el proceso (continuación)*

Reactivo	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. Soy capaz de proporcionar una justificación basada en evidencia para mis decisiones clínicas	1	0.6	8	4.6	49	28.2	76	43.6	40	23.0
3. Participo en la práctica reflexiva y trato de comprender lo que salió bien y lo que no salió bien	1	0.6	4	2.3	41	23.6	71	40.8	57	32.7

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

En la tabla 4 se muestra el liderazgo clínico relacionado a la dimensión de inspirar una visión compartida. Se reportó un predominio de respuestas en las opciones de la mayor parte del tiempo a casi siempre en los tres reactivos correspondientes a esta dimensión, destaca “soy entusiasta y me comprometo cuando me comunico con los pacientes para lograr objetivos enfocados en el paciente” con un 92%.

Tabla 4*Liderazgo clínico: Inspirar una visión compartida (continuación)*

Reactivos	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Negocio y apoyo a los miembros del equipo interprofesional de atención médica para ayudar a los pacientes a lograr sus objetivos	3	1.7	5	2.9	20	11.5	85	48.9	61	35.0
5. Soy entusiasta y me comprometo cuando me comunico con los pacientes para lograr objetivos enfocados en el paciente.	0	0	3	1.7	11	6.3	78	44.9	82	47.1
6. Participo en conversaciones significativas con colegas para fomentar nuestra capacidad de brindar atención enfocada en el paciente	4	2.3	4	2.3	25	14.4	78	44.8	63	36.2

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

En la tabla 5 se muestra el liderazgo clínico consistente con la dimensión permitir que otros actúen. Se reportó un mayor porcentaje de respuesta en los tres ítems la mayor parte del tiempo y casi siempre, destaca “desarrollo relaciones cooperativas con mis compañeros y colegas” con un 82.1%.

Tabla 5*Liderazgo clínico: Permitir que otros actúen*

Reactivo	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7. Escucho activamente los diversos puntos de vista de los compañeros	1	0.6	4	2.3	28	16.1	72	41.3	69	39.7
8. Establezco relaciones terapéuticas con pacientes y sus familias basadas en la confianza	5	2.9	17	9.8	46	26.4	66	37.9	40	23.0
9. Desarrollo relaciones cooperativas con mis compañeros y colegas	1	0.6	5	2.9	25	14.4	72	41.3	71	40.8

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

En la tabla 6 se presentan las prácticas de liderazgo relacionadas a la dimensión modelar el camino. Las respuestas del personal de enfermería para los ítems que componen esta dimensión fluctuaron en “la mayor parte del tiempo y casi siempre”, destaca el ítem “estoy comprometido(a) con la atención enfocada en el paciente” con un 97.1%.

Tabla 6*Liderazgo clínico: Modelar el camino*

Reactivo	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas Veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
10. Hago lo mejor para cumplir con las promesas	0	0	4	2.3	8	4.6	79	45.4	83	47.7

Tabla 6*Liderazgo clínico: Modelar el camino (continuación)*

Reactivos	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
y compromisos que establezco con los pacientes										
11. Procuero garantizar que trabajamos hacia objetivos alcanzables, hacemos planes concretos y establecemos objetivos medibles para lograr resultados clínicos en los pacientes	0	0	4	2.3	20	11.5	91	52.3	59	33.9
12. Estoy comprometido(a) con la atención enfocada en el paciente	0	0	1	0.6	4	2.3	50	28.7	119	68.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

Sobre la dimensión alentar el corazón, las respuestas se centraron en la mayor parte del tiempo y casi siempre, destaca el ítem “reconozco públicamente a mis colegas que ejemplifican su compromiso con los valores profesionales” con un 78.2% (Tabla 7).

Tabla 7*Liderazgo clínico: Alentar el corazón (Continuación)*

Reactivos	Casi nunca		Ocasionalmente		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
13. Reconozco públicamente a mis colegas que ejemplifican su compromiso con los valores profesionales	1	0.6	9	5.2	28	16.0	68	39.1	68	39.1
14. Proporciono retroalimentación positiva a los colegas cuando sus acciones contribuyen al bienestar de los pacientes y familias	0	0	10	5.7	34	19.6	68	39.1	62	35.6
15. Encuentro maneras de celebrar los logros de los colegas	5	2.9	17	9.7	44	25.3	59	33.9	49	28.2

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

Respecto a la calidad de atención reportada por enfermería la mayor proporción del personal señaló la opción “buena” en su unidad (52.9 %) y en último turno (57.5%). El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería consideró que la calidad de atención en el hospital se mejoró en el último año (67.9%) y respondieron estar “algo confiados” (55.7%) de que sus pacientes puedan manejar su cuidado al ser dados de alta del hospital (Tabla 8). La calidad en general fue informada como “moderada” (Tabla 9).

Tabla 8*Calidad de atención*

Reactivo		<i>f</i>	%
1. En general, ¿cómo describiría la calidad de la atención de enfermería que se brinda a los pacientes en su unidad	Regular	13	7.4
	Buena	92	52.9
	Excelente	69	39.7
2. ¿Cómo describiría usted la calidad de la atención de enfermería brindada en su último turno?	Regular	11	6.3
	Buena	100	57.5
	Excelente	63	36.2
3. En general, durante el último año, usted diría que la calidad de la atención al paciente en su hospital	Se deterioró	10	5.7
	Sigue igual	46	26.4
	Se mejoró	118	67.9
4. ¿Qué tan seguro(a) está que sus pacientes puedan manejar su cuidado cuando son dados de alta del hospital?	Muy Confiado	12	6.9
	Confiado	53	30.5
	Algo confiado	97	55.7
	Nada Confiado	12	6.9

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

Tabla 9*Clasificación de la calidad de atención*

Calidad	<i>f</i>	%
Baja (Entre 3 y 6.9)	5	2.9
Moderada (Entre 7 y 9.9)	98	56.3
Alta (Entre 10 y 11)	71	40.8

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 174

Liderazgo clínico y calidad de atención

Respecto a las variables de estudio, en la tabla 10 se presenta el liderazgo clínico global y por dimensiones, así como la calidad de atención informada por el personal de enfermería, se muestra que el liderazgo clínico reportó una media de 60.81 (*DE*= 7.48), destaca las dimensiones modelar el camino (*M*= 13.21, *DE*= 1.54), seguido de inspirar una visión compartida (*M*= 12.60; *DE*= 1.91). La calidad de atención informada por enfermería fue “moderada” (*M*= 9.24; *DE*= 1.32).

Tabla 10*Liderazgo clínico global, por dimensión y calidad de atención*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Liderazgo clínico global	60.81	61.00	7.48	30.00	75.00
Dimensiones					
Desafiar el proceso	11.05	11.00	2.15	5.00	15.00
Inspirar una visión compartida	12.60	13.00	1.91	6.00	15.00
Permitir que otros actúen	12.04	12.00	2.00	6.00	15.00
Modelar el camino	13.21	13.00	1.54	6.00	15.00
Alentar el corazón	11.90	12.00	2.43	4.00	15.00
Calidad de atención	9.24	9.00	1.32	5.00	11.00

Nota. *M*=media; *Mdn*= Mediana; *DE*= desviación estándar; *Min*= valor mínimo; *Max*= valor máximo; *n*=174

Al analizar el promedio del liderazgo clínico global y por dimensión acorde al puntaje de 5 a 25 y 1 a 5, respectivamente; se observa que la media fue 20.27 (*DE*=2.49) para liderazgo clínico global, respecto a las dimensiones, la más alta corresponde a modelar el camino 4.40 (*DE*=0.51) (Tabla 11).

Tabla 11*Promedio del liderazgo clínico global y por dimensión*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Liderazgo clínico global	20.27	20.33	2.49	10.00	25.00
Dimensiones					
Desafiar el proceso	3.68	3.66	0.71	1.67	5.00
Inspirar una visión compartida	4.20	4.33	0.63	2.00	5.00
Permitir que otros actúen	4.01	4.00	0.66	2.00	5.00
Modelar el camino	4.40	4.33	0.51	2.00	5.00
Alentar el corazón	3.96	4.00	0.81	1.33	5.00

Nota. *M*=media; *Mdn*= Mediana; *DE*= desviación estándar; *Min*= valor mínimo; *Max*= valor máximo; *n*=174

Prueba de normalidad de las variables de estudio

En la tabla 12 se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables de estudio. Ninguna

variable presenta distribución normal, por lo tanto, se utilizó estadística no paramétrica para responder a los objetivos del estudio.

Tabla 12

Prueba de normalidad de las variables de estudio

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valores		<i>D^a</i>	<i>p</i>
				Mínimo	Máximo		
Edad	32.5	29.0	10.2	18.0	65.0	0.202	.001
Antigüedad laboral	6.6	3.0	7.6	1.0	38.0	0.273	.001
Nivel educativo	1.7	2.0	0.5	1.0	3.0	0.355	.001
Liderazgo clínico	60.8	61.0	7.4	30.0	75.0	0.072	.029
Calidad de atención	9.2	9.0	1.3	5.0	11.0	0.164	.001

Nota. *M*= media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *D^a*= estadístico de prueba de normalidad; *p*= significancia estadística; *n*= 174

Relación entre las variables de estudio

Para responder al objetivo general, determinar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención en el personal de enfermería y al objetivo específico dos, establecer la relación del liderazgo clínico con la edad y antigüedad laboral se aplicó estadística inferencial a través del Coeficiente de Correlación de Spearman.

Se obtuvo una relación significativa entre el liderazgo clínico y la calidad de atención ($r_s = .211, p < .01$). En cuanto al objetivo específico dos, no se encontró relación entre el liderazgo clínico con la edad ($r_s = .059, p > .05$), ni con la antigüedad laboral ($r_s = .040, p > .05$) (Tabla 13).

Tabla 13

Coefficiente de Correlación de Spearman para liderazgo clínico con calidad de atención, edad y antigüedad laboral

Variable	1	2	3	4
1. Liderazgo clínico	1.00			
2. Calidad de atención	.211**	1.00		
3. Edad	.059	-.016	1.00	
4. Antigüedad laboral	.040	-.091	.622**	1.00

Nota. $n=174$. * $p<.05$, ** $p<.01$

Diferencia del liderazgo clínico de acuerdo con el nivel educativo del personal de enfermería

Para responder al objetivo específico tres, identificar el liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería, se presenta la tabla 14, donde se muestra que el liderazgo clínico no tiene diferencia con el nivel educativo ($H=1.45$; $p=.484$). Sin embargo, se observa que la media del rango más alta corresponde a maestría.

Tabla 14

Liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería

Nivel educativo	n	M	Mdn	DE	Media del Rango	H	p
Enfermería general	60	60.58	61.50	6.28	31.00	1.45	.484
Licenciatura	105	60.90	61.00	7.65	31.00		
Maestría	9	61.33	65.00	12.58	43.00		

Nota. $H=H$ de Kruskal-Wallis; $M=$ media $Mdn=$ mediana; $DE=$ desviación estándar; $p=$ valor de p ; $n=174$

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron determinar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención en personal de enfermería de un hospital público; así como la relación del liderazgo clínico con la edad y la antigüedad laboral; además de identificar el liderazgo clínico según el nivel educativo, y la calidad de atención otorgada, desde la perspectiva del personal de enfermería.

El liderazgo clínico del personal de enfermería que otorga atención directa es fundamental para la toma de decisiones relacionadas al cuidado, en este estudio obtuvo un puntaje global alto; además, la mayor proporción del personal de enfermería reportó llevar a cabo casi siempre y siempre las prácticas de liderazgo clínico con sus pacientes asignados. Este resultado coincide con lo reportado por Al Anwer Ashour et al. (2022), Boamah (2017, 2018) y Connolly et al. (2018).

Esto pudiera explicarse, de acuerdo con lo reportado en la literatura, donde se enfatiza el rol esencial que desempeña el personal de enfermería en instituciones públicas en países de bajos y medianos ingresos, por ser el elemento más numeroso y principal del equipo de salud, debido a que tienen mayor contacto con el paciente y debe responder a todas sus demandas de atención, lo que genera que se involucre en la toma de decisiones e identifique áreas de oportunidad para la mejora de la atención. Además, contextos de recursos para la salud limitados como el del presente estudio, genera que se desarrollen habilidades de creatividad y trabajo en equipo (Febré et al., 2018; Iraizoz-Iraizoz et al., 2023; OMS, 2021).

Al analizar el liderazgo clínico por dimensiones, destacó “modelar el camino”, lo cual coincide con lo reportado por Boamah (2017, 2018) y Connolly et al. (2018). Este hallazgo es relevante ya que, parte esencial del liderazgo clínico eficaz es dar el ejemplo e inspirar al resto del equipo de salud (Boamah, 2018); de acuerdo con lo señalado por Patrick et al. (2011) sobre los líderes clínicos de enfermería, modelar el camino implica dar buenos ejemplos y ser modelos a seguir para el equipo de salud, además, cumplir estándares profesionales, compartir sus conocimientos y experiencias con sus colegas y sus pacientes asignados.

Respecto a la calidad de atención otorgada, desde la perspectiva de enfermería; se encontró como moderada; lo cual coincide con lo reportado por den Breejen- de Hooge et al. (2021) y Stimpfel et al. (2019). Este resultado es relevante; el personal de enfermería no describe la calidad como alta; por lo tanto, es recomendable implementar estrategias de mejora; ya que la información fue proporcionada por enfermería; este personal se encuentra inmerso en todo el proceso de cuidado, por lo tanto, puede identificar situaciones de riesgo para el paciente y áreas de oportunidad en la atención de todo el equipo multidisciplinario (Aiken et al., 2002; Boamah, 2018; Febré et al., 2018). Cabe señalar que el presente estudio se realizó en una institución donde se tiene implementado el modelo de seguridad del paciente, lo cual influye en las percepciones de calidad del personal.

Respecto al objetivo general, en el presente estudio se encontró relación significativa entre el liderazgo clínico y la calidad de atención, este resultado coincide con lo reportado por Boamah (2017; 2018); sin embargo, contradice lo señalado Breejen- de Hooge et al. (2021). Este hallazgo es importante de considerar, y pudiera explicarse de acuerdo con lo señalado por Cummings et al. (2018) e Iraizoz-Iraizoz et al.

(2023), quienes destacan que el liderazgo clínico es una habilidad esencial para el personal en atención directa, por el impacto que tiene en la toma de decisiones y el pensamiento crítico, lo cual repercute directamente en la mejora de los resultados de los pacientes y con ello en la calidad de atención.

La literatura reporta que existe asociación entre el liderazgo clínico y algunos factores sociodemográficos del personal de enfermería (Budak & Özer, 2018). En el presente estudio, no se encontró relación entre liderazgo clínico con la edad, ni con la antigüedad laboral; esto contradice lo reportado por Al Anwer-Ashour et al. (2022) y Budak y Özer (2018).

Este resultado pudiera atribuirse a la edad de los participantes del estudio, la mayor proporción eran jóvenes de 18 a 30 años (58.6%), tienen pocos años de ejercicio profesional, de acuerdo a Benner (2004) un enfermero principiante o novato es el que tiene poco tiempo de haberse integrado al mundo laboral y no posee la experiencia necesaria para la toma de decisiones basada en un análisis crítico acorde a las necesidades de cuidado del paciente (Escobar-Castellanos & Concha, 2019), lo cual es esencial para un liderazgo clínico efectivo (Iraizoz-Iraizoz et al., 2023).

Respecto a la antigüedad laboral, siete de cada 10 enfermeras tenían de 1 a 4 años, mientras que sólo una de cada 10 tenían más de 16 años de antigüedad, esto es importante debido a que la literatura señala que el liderazgo clínico se expresa mayormente en quienes poseen 8 o más años de antigüedad laboral (Budak & Özer, 2018); al respecto, se señala que el personal con mayor antigüedad se ha enfrentado a diversas situaciones clínicas que le han permitido adquirir experiencia y con ello habilidades clínicas (Algarra et al., 2018), característica esencial del liderazgo clínico (Patrick et al, 2011).

No se encontró diferencia en el liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería; lo cual puede atribuirse a que la mayor parte de los participantes tiene un nivel educativo de enfermería general y licenciatura. Esto contradice los hallazgos reportados por Budak y Özer (2018), quienes identificaron mayor liderazgo en participantes con nivel educativo de posgrado.

Lo anterior se pudiera explicar debido a que la formación de enfermería general y de licenciatura se centra en el desarrollo de competencias para otorgar el cuidado, a diferencia de los estudios de posgrado, que incluyen las especialidades, maestrías y doctorados; donde la formación de los graduados enfatiza la adquisición de conocimientos especializados de enfermería para desempeñarse en áreas específicas en atención directa; o en gestión, investigación y docencia; respectivamente. Se reporta que el personal de enfermería con posgrado es un profesional idóneo y competente para desempeñarse con liderazgo clínico (Pailaquilén, 2020).

Por otro lado, es determinante el contexto para ejercer la enfermería en cada país. Estudios realizados en países de altos ingresos, donde predomina el nivel educativo profesional de enfermería, reportan que a mayor nivel educativo mayor liderazgo clínico, sin embargo, América Latina es la región donde existe el porcentaje más bajo (49%) de estándares en la educación profesional en relación con otros países del mundo (69%) (Cassiani et al., 2020). Por lo tanto, es relevante considerar estrategias que permitan impulsar la profesionalización en enfermería y desarrollar el liderazgo clínico en el personal de enfermería de las diferentes instituciones de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de atención.

Conclusiones

Se encontró relación entre el liderazgo clínico y calidad de atención. El liderazgo clínico del personal de enfermería obtuvo una media de 60.81, la dimensión más alta fue modelar el camino y la más baja desafiar el proceso.

Una alta proporción del personal refiere que la calidad de atención que otorga enfermería en la institución es buena y al analizarla de manera global de acuerdo con su clasificación, predominó moderada.

No se encontró relación entre el liderazgo clínico con la edad; ni con la antigüedad laboral; así como tampoco diferencia significativa en el liderazgo clínico según el nivel educativo del personal de enfermería, sin embargo, la media del rango más alta corresponde a posgrado.

Recomendaciones

Para la investigación

Realizar estudios que permitan profundizar y ampliar el conocimiento sobre el liderazgo clínico y la calidad de atención en el contexto mexicano, esto debido a la limitada evidencia empírica.

Desarrollar estudios de intervención que permitan desarrollar el liderazgo clínico del personal de enfermería que otorga atención directa; así como medir su efecto en la calidad de atención.

Para la práctica

Establecer políticas para que en las instituciones de salud se desarrolle y fomente el liderazgo clínico en el personal en atención directa, a través de cursos de capacitación; así mismo, que en las instituciones educativas desde la formación del profesional de

enfermería en pregrado se establezcan las bases para que el futuro profesional de enfermería desarrolle habilidades de liderazgo clínico.

Establecer protocolos de cuidado orientados a fortalecer la calidad de la atención que se destaquen por un desempeño profesional basado en el liderazgo clínico de enfermería.

Referencias

- Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002). Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-national Findings. *Nursing Outlook*, 50 (5), 187-194.
<https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>
- Al Anwer Ashour, H. M., Banakhar, M. A., & Elseesy, N. A. E. (2022). Clinical Leadership Behaviors among Critical Care Nurses in Private and Governmental Hospital: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.017>
- Algarra, A. J. C., Pinto, P. C. M., & Sánchez, S. C. T. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la Formación en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.*, 34(2), 421-432. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n2/1561-2961-enf-34-02-e1522.pdf>
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I. M., & Almatari, M. (2019). Leadership Styles' Influence on the Quality of Nursing Care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2018-0138>
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin Of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199.
<https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Boamah, S. (2017). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian*

Journal of Nursing Research, 50(1), 9-19.

<https://doi.org/10.1177/0844562117732490>

- Boamah, S. (2018). Emergence of Informal Clinical Leadership as a Catalyst for Improving Patient Care Quality and Job Satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 1000-1009. <https://doi.org/10.1111/jan.13895>
- Budak, F., & Özer, Z. (2018). Exploring the Impacts of Personal Factors on Clinical Leadership in a University Hospital. *Journal of Research in Nursing*, 23(8), 711-724. <https://doi.org/10.1177/1744987118788716>
- Carlson, M. A., Morris, S., Day, F., Dadich, A., Ryan, A., Fradgley, E. A. & Paul, C. (2021). Psychometric Properties of Leadership Scales for Health Professionals: A Systematic Review. *Implementation Science*, 16(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01141-z>
- Carrara, G. L. R., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H. H., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2018). A utilização de Instrumentos para Avaliação da Liderança nos Serviços de Saúde e Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e2016-0060. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0060>
- Cassiani, S. H. D. B., Munar Jimenez, E. F., Umpiérrez Ferreira, A., Peduzzi, M., & Leija Hernández, C. (2020). La Situación de la Enfermería en el Mundo y la Región de las Américas en Tiempos de la Pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1-2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

- Comisión Permanente de Enfermería (2018). *Programa Nacional de Enfermería Nursing Now México*.
http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/nursing_now_mexico.html
- Connolly, M., Jacobs, S., & Scott, K. (2018). Clinical Leadership, Structural Empowerment and Psychological Empowerment of Registered Nurses Working in an Emergency Department. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 881–887.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12619>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership Styles and Outcome Patterns for the Nursing Workforce and Work Environment: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2021). The Essentials of Nursing Leadership: A Systematic Review of Factors and Educational Interventions Influencing Nursing Leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>
- Curtis, E. A., Sheerin, F. K., & De Vries, J. (2011). Developing Leadership in Nursing: The Impact of Education and Training. *British Journal of Nursing*, 20(6), 344-352. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.6.344>
- den Breejen-de Hooge, L. E., van Os-Medendorp, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Is Leadership of Nurses Associated with Nurse-Reported Quality of Care? A Cross-Sectional Survey. *Journal of Research in Nursing*, 26(1-2), 118–132.
<https://doi.org/10.1177/1744987120976176>

- Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) (2022). *Calidad en Salud*. http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad_salud.html
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Escobar-Castellanos, B., & Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, Aplicación en la Formación de Enfermería: Propuestas de Estrategias de Aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182-202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Celis, P. M., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldos, K., & Canales, M. (2018). Calidad en Enfermería: su Gestión, Implementación y Medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>
- Figueredo-Borda, N., Ferrada-Videla, M., & Ramírez-Pereira, M. (2021). Liderazgo Clínico y Estratégico: una Competencia Impostergable. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 01-02. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2731>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en Enfermería: Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia*. Elsevier Health Sciences.
- Huber D. (2020). *Gestión de los Cuidados Enfermeros y Liderazgo* (6ta ed). Elsevier
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2021). *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/encig/2021/>
- Iraizoz-Iraizoz, A., García-García, R., Navarrete-Muro, A., Blasco-Zafra, A., Rodríguez-Beperet, A., & Vázquez-Calatayud, M. (2023). Nurses' Clinical Leadership in the Intensive care Unit: A scoping review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 75, 103368. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103368>

- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1995). *The Leadership Challenge: How to Keep Getting Extraordinary Things done in Organizations*, vol. 2. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Lara, R., García, G., Lorca, A., Montecinos, D., Quijada, D. & Castillo D. (2020). Percepción de Enfermeras/os de Atención Hospitalaria y Primaria de Salud, sobre el liderazgo de Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 58: 67-78.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.07>
- Lawson, D., & Fleshman, J. W. (2020). Informal Leadership in Health Care. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 33(4), 225–227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- McHugh, M. D., & Stimpfel, A. W. (2012). Nurse Reported Quality of Care: A Measure of Hospital Quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566-575.
<https://doi.org/10.1002/nur.21503>
- McKean, E. L., & Snyderman, C. H. (2019). Leadership Driving Safety and Quality. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(1), 11–22.
<https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.08.002>
- Northouse PG. (2013). *Liderazgo: Teoría y Prácticas*, 6ª ed. Londres: Publicaciones SAGE.
- Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., & Patrician, P. A. (2021). Nursing-Sensitive Indicators for Nursing Care: A Systematic Review (1997-2017). *Nursing Open*, 8(3), 1005–1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Servicios Sanitarios de Calidad*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Organización Mundial de la Salud (2021). *El Rol del Personal de Enfermería en México en la Lucha Contra la Pandemia de COVID-19*.

<https://www.paho.org/es/noticias/7-1-2021-rol-personal-enfermeria-mexico-lucha-contra-pandemia-covid-19>

Pailaquilén, R. M. B. (2020). Liderazgo en Enfermería y el Liderazgo más allá de la enfermería. *Revista CuidArte*, 9(18.1), 48-55.

<https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.1.77577>

Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C. & Finegan, J. (2011). Developing and Testing a New Measure of Staff Nurse Clinical Leadership: The Clinical Leadership Survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x>

Peck- Malliaris, A., Phillips, J., & Bakerjian, D. (2021). Nursing and Patient Safety.

Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>

Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. *Diario Oficial de la Federación*.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0

Secretaría de Salud (2020). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*.

[https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.ta
b=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0)

Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., &

Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style Towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(4), 73.

<https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>

Stimpfel, A. W., Djukic, M., Brewer, C. S., & Kovner, C. (2019). Common Predictors of Nurse-reported Quality of Care and Patient Safety. *Health Care Management Review, 44*(1), 57-66. <https://doi.org/10.1097/hmr.000000000000155>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Título del proyecto: Liderazgo clínico y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital público.

Estudiante: Lic. Guadalupe Verdugo Pacheco.

Director de Tesis: MCE María Guadalupe Interrial Guzmán.

Introducción y objetivo del estudio

La Lic. Guadalupe Verdugo Pacheco, estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería me ha solicitado participar en el estudio de investigación titulado “Liderazgo clínico y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital público”, me ha informado que mi participación y los resultados se llevan a cabo con fines científicos y para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es-determinar el liderazgo clínico y su relación con la calidad de atención en personal de enfermería de un hospital público de Monterrey, Nuevo León.

Descripción del Estudio / Procedimiento

Se ha invitado a participar en el estudio a personal de enfermería que está en atención directa a los pacientes. Se recolectará la información hasta completar la muestra. Si deseo participar en el estudio, se me solicitará que firme este consentimiento informado y que responda una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos: encuesta de liderazgo clínico y cuestionario de calidad de atención informada por enfermería. El tiempo aproximado para responder a los instrumentos es de 15 minutos.

La información que proporcione será anónima y confidencial, se me informó que aun firmando este consentimiento podré retirarme del estudio en el momento que lo desee y esto no afectará mi situación, ni relación laboral. Así mismo, podré contestar los cuestionarios en un tiempo que no interfiera ni afecte mis actividades laborales y/o personales.

Riesgos del estudio

Se me ha explicado que no existe ningún riesgo al participar en el estudio. Sin embargo, si en algún momento me siento incómodo(a) durante el llenado de los cuestionarios, puedo suspender y posteriormente continuar mi participación, sin que esto afecte mi situación laboral.

Beneficios esperados

Se me hizo saber que los resultados obtenidos del estudio podrían ayudar a identificar la relación entre el liderazgo clínico y la calidad de atención de enfermería; este conocimiento permitirá contar con información para la gestión que permita el desarrollo de habilidades de liderazgo clínico del personal de enfermería con el fin de mejorar la calidad de atención al paciente-hospitalizado en las diferentes instituciones de salud. No existe un beneficio económico por mi participación, por ello la decisión de participar es voluntaria.

Compromiso del investigador

Se me ha informado que se me aclararán las dudas, en caso de presentar alguna, antes, durante o después de mi participación; también puedo comunicarme con el responsable de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83 83 48 89, o de lo contrario podré comunicarme con el Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de

Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83 48 18 47. Dirección Av. Gonzalitos # 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Los cuestionarios serán resguardados por un período de 12 meses, posteriormente serán eliminados.

Firma

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Testigo 2

Fecha:

Dirección:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el
consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice B

Cédula de datos sociodemográficos

Folio _____

Instrucciones: Por favor conteste la siguiente información y marque con un X la opción según corresponda, con letra legible, evite tachaduras.

1.- Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

2.- Edad: _____ (en años)

3. Antigüedad laboral _____ (en años)

4. Nivel educativo: Enfermera General _____ Licenciatura _____ Maestría _____

Doctorado _____

5. Servicio:

UCIN	<input type="checkbox"/>	Ginecología y obstetricia	<input type="checkbox"/>
UCIA	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
Urgencias	<input type="checkbox"/>	Medicina interna	<input type="checkbox"/>
Toco cirugía	<input type="checkbox"/>	Quirófano	<input type="checkbox"/>

Apéndice C

Encuesta de liderazgo clínico

Folio: _____

Instrucciones: De las siguientes afirmaciones relacionadas con comportamientos del liderazgo clínico que se pueden aplicar en su trabajo diario, de acuerdo con su criterio marque con una X según corresponda tomando en cuenta la siguiente clasificación: 1=Casi nunca, 2= Ocasionalmente, 3= Algunas veces, 4= La mayor parte del tiempo y 5= Casi siempre.

Reactivos	1	2	3	4	5
Desafiar el proceso					
1. Cuando me preocupo por el bienestar del paciente, me arriesgo cuestionando órdenes y/o tratamientos.					
2. Soy capaz de proporcionar una justificación basada en evidencia para mis decisiones clínicas.					
3. Participo en la práctica reflexiva y trato de comprender lo que salió bien y lo que no salió bien.					
Inspira una visión compartida					
4. Negocio y apoyo a los miembros del equipo interprofesional de atención médica para ayudar a los pacientes a lograr sus objetivos.					
5. Soy entusiasta y me comprometo cuando me comunico con los pacientes para lograr objetivos enfocados en el paciente.					
6. Participo en conversaciones significativas con colegas para fomentar nuestra capacidad de brindar atención enfocada en el paciente.					

Permitir que otros actúen					
7. Escucho activamente los diversos puntos de vista de los compañeros.					
8. Establezco relaciones terapéuticas con los pacientes y sus familias basadas en la confianza.					
9. Desarrollo relaciones cooperativas con mis compañeros y colegas.					
Modelar el camino					
10. Hago lo mejor que puedo para cumplir con las promesas y compromisos que establezco con los pacientes.					
11. Procuero garantizar que trabajamos hacia objetivos alcanzables, hacemos planes concretos y establecemos objetivos medibles para lograr resultados clínicos en los pacientes.					
12. Estoy comprometido(a) con la atención enfocada en el paciente.					
Alentar el corazón					
13. Reconozco públicamente a mis colegas que ejemplifican su compromiso con los valores profesionales.					
14. Proporciono retroalimentación positiva a los colegas cuando sus acciones contribuyen al bienestar de los pacientes y las familias.					
15. Encuentro maneras de celebrar los logros de los colegas.					

Apéndice D

Cuestionario calidad de atención informada por enfermería

Folio_____

Instrucciones: Las siguientes preguntas se relacionan con cuestiones de calidad de la atención en su servicio. De acuerdo con su opinión, marque con una X sobre cada cuestionamiento considerando las opciones de respuesta establecidas.

Reactivos	1 Mala	2 Regular	3 Buena	4 Excelente
1. En general, ¿cómo describiría la calidad de la atención de enfermería que se brinda a los pacientes en su unidad?				
2. ¿Cómo describiría usted la calidad de la atención de enfermería brindada en su último turno?				
3.- En general, durante el último año, ¿usted diría que la calidad de la atención al paciente en su hospital ...	1 ¿Se deterioró?	2 ¿Sigue igual?	3 ¿Se mejoró?	
4. ¿Qué tan seguro(a) está que sus pacientes puedan manejar su cuidado cuando son dados de alta del hospital?	1 Nada confiado	2 Algo Confiado	3 Confiado	4 Muy confiado

Resumen Autobiográfico

Lic. Enf. Guadalupe Verdugo Pacheco

Candidato a obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Título: Liderazgo Clínico y Calidad de Atención del Personal de Enfermería de un Hospital Público

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacida en Hermosillo, Sonora el 10 de noviembre de 1990; hija del Sr. José Alfredo Verdugo Valenzuela y la Sra. Martha Monserrat Pacheco Salmerón †, adoptada y amada como hija por la Sra. Irma Alicia Verdugo Valenzuela.

Educación: Egresada de Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, con grado de Licenciatura en Enfermería en el año 2013.

Egresada de la Universidad de Sonora, con grado de Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos en el año 2018.

Egresada de la Universidad de Sonora, con grado de Especialista en Gestión y Docencia en Enfermería en el año 2021.

Investigación: Estancia de investigación en la Universidad de Concepción, Chile (Junio 2023).

Becaria CONAHCYT para estudios de posgrado durante el periodo de Enero 2022 a Diciembre 2023.

Experiencia profesional: Enfermera clínica en Hospital CIMA Hermosillo (2014 a 2015) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde Mayo de 2015 a Enero de 2024; colaboradora como docente de tiempo parcial en la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora (semestres de Agosto a Diciembre de 2019 y Enero a Mayo de 2020). Coordinadora del programa de Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos en la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social desde Enero de 2024.

Reconocimientos: Ganadora del Primer lugar en el 8vo. Congreso Internacional de Enfermería de la Universidad de Sonora con la temática Liderazgo: Medio de consolidación para el cuidado, en la Categoría Maestría, Eje Gestión del Cuidado, con la Ponencia “Liderazgo Clínico y Calidad de Atención”.

Miembro del capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International

Correo electrónico: pupyverdugo@10gmail.com