



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

## **ESCUELA DE POSGRADO**

### **Tesis**

Estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en enfermeras  
de una clínica de Lima, 2024

#### **Para optar el Grado Académico de**

Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de  
Enfermería

#### **Presentado por:**

**Autora:** Castillo Rachumi De Valencia, Ivonne Janeth

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1797-6643>

**Autor:** Chucos Ortiz, Medardo Rafael


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1689-5684>

**Asesora:** Dra. Remuzgo Artezano, Anika

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6735-5189>

**Lima – Perú**

**2024**

	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01
		<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, **Ivonne Janeth Castillo Rachumi de Valencia, Medardo Rafael Chucos Ortiz** Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “**Estilos de Liderazgo y Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras de una Clínica de Lima, 2024**” Asesorado por el docente: **Anika Remuzgo Artezano** Con DNI 40851214 Con ORCID 0000000167355189 tiene un índice de similitud de (15%) (quince)% con código oid:14912:427100686 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....  
Firma de autor 1  
Ivonne Janeth Castillo Rachumi de Valencia  
DNI: 40355402



.....  
Firma de autor 2  
Medardo Rafael Chucos Ortiz  
DNI: 20084727



.....  
Firma  
Nombres y apellidos del Asesor: **Anika Remuzgo Artezano**  
DNI: 40851214

Lima, 05 de febrero de 2025

**Dedicatoria**

---

A nuestras familias, que nos  
apoyaron incondicionalmente  
durante este proceso.

### **Agradecimiento**

A todos nuestros docentes, que nos  
acompañaron y alentaron para  
poder lograr nuestra meta.

### **Índice**

Titulo	ii
Dedicatoria	iii

---

Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice De Tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	x
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	
1	
1.2. Formulación del problema	
2	
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Objetivos de la investigación	
3	
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3

---

## 1.4. Justificación de la investigación

3

1.4.1. Teórica 3

1.4.2. Metodológica 4

1.4.3. Práctica 5

## 1.5. Delimitación de la investigación

5

1.5.1. Temporal 5

1.5.2. Espacial 5

1.5.3. Población o unidad de análisis 5

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 6**

### 2.1. Antecedentes de la investigación

6

2.1.1. Internacionales 6

2.1.2. Nacionales 9

### 2.2. Bases teóricas

12

## 2.3. Formulación de la hipótesis

35

2.3.1. Hipótesis general 35

2.3.2. Hipótesis específicas 35

**CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 37**

## 3.1. Método de investigación

37

## 3.2. Enfoque de investigación

37

## 3.3. Tipo de investigación

37

### 3.4. Diseño de la investigación

37

### 3.5. Población, muestra y muestreo

38

3.5.1. Población.	38
3.5.2. Muestra.	38
3.5.3. Muestreo.	38

### 3.6. Variables y Operacionalización de variables

40

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

	42
3.7.1. Técnica	42
3.7.2. Descripción del instrumento	42
3.7.3. Validación	44
3.7.4. Confiabilidad	45

### 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

46

3.9. Aspectos éticos

46

**CAPÍTULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS 47**

4.1. Resultados 47

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

47

4.1.2. Prueba de hipótesis

52

4.1.3. Discusión de resultados.

58

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 60**

5.1. Conclusiones 60

5.2. Recomendaciones 61

**REFERENCIAS 62**

**ANEXOS**

**71**

Anexo 1: Matriz de consistencia

71

**Anexo 2:** Instrumentos

73

**Anexo 3:** Validez de instrumentos

80

**Anexo 4:** Formato de consentimiento informado

85

**Anexo 5:** Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

87

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Validación estadística de estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente	44
<b>Tabla 2.</b> Confiabilidad estadística de estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente	45
<b>Tabla 3.</b> Datos sociodemográficos	47
<b>Tabla 4.</b> Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable estilos de liderazgo	48
<b>Tabla 5.</b> Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable estilos de liderazgo con sus dimensiones en enfermeras	48
<b>Tabla 6.</b> Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable cultura de seguridad del paciente	49
<b>Tabla 7.</b> Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable cultura de seguridad del paciente con sus dimensiones en enfermeras	49
<b>Tabla 8.</b> Tabla cruzada de la variable estilo de liderazgo con la variable cultura de seguridad del paciente en enfermeras	50
<b>Tabla 9.</b> Tabla cruzada de las dimensiones de la variable cultura de seguridad del paciente con la variable estilos liderazgo en enfermeras	51
<b>Tabla 10.</b> Correlación entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente	52
<b>Tabla 11.</b> Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio	53

---

<b>Tabla 12.</b> Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica	54
<b>Tabla 13.</b> Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente	55

## Resumen

El objetivo fue determinar la relación entre Estilos de Liderazgo y la Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras en una Clínica de Lima 2024. La metodología de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional. La muestra 152 enfermeras que trabajan en clínica. Se utilizó dos instrumentos validados: el Cuestionario Multifactorial del Liderazgo (5X) corta de Bass y Avolio y el Cuestionario de Cultura de Seguridad de los Pacientes de la AHRQ. Los resultados evidencian que existe relación positiva y significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo con los valores estadísticos (Rho de Spearman 0.339), aceptándose la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024. Además, la relación entre estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de servicio fue positiva (Rho de Spearman 0.376); la relación entre estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de toda la clínica fue positiva (Rho de Spearman 0.444); al igual que la relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de CSP fue positiva (Rho de Spearman 0.311). Conclusión, existe relación

positiva y significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente, es decir, si el estilo de liderazgo aumenta la cultura de seguridad también aumentará en el mismo sentido y magnitud en enfermeras de una clínica privada de Lima.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, estilos de liderazgo y enfermeras.

### Abstract

The aim was to determine the relationship between Leadership Styles and Patient Safety Culture among Nurses in a Clinic in Lima 2024. The methodology had a quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional cut, and correlational scope. The sample consisted of 152 nurses working in the clinic. Two validated instruments were used: the Multifactor Leadership Questionnaire (5X) short form by Bass and Avolio and the AHRQ Patient Safety Culture Questionnaire. The results show that there is a positive and significant relationship between leadership styles and patient safety culture, according to statistical values (Spearman's Rho 0.339), accepting the alternative hypothesis: There is a significant relationship between leadership styles and patient safety culture among nurses in a clinic in Lima, 2024. Additionally, the relationship between leadership styles and the PSC dimension at the service level was positive (Spearman's Rho 0.376); the relationship between leadership styles and the PSC dimension at the entire clinic level was positive (Spearman's Rho 0.444); and the relationship

between leadership styles and the PSC outcomes dimension was also positive (Spearman's Rho 0.311). In conclusion, there is a positive and significant relationship between leadership styles and patient safety culture, meaning that if the leadership style improves, the safety culture will also improve in the same way and magnitude among nurses in a private clinic in Lima.

**Keywords:** patient safety, leadership styles, and nurses.

## Introducción

La cultura de seguridad del paciente (CSP) aplica valores, pensamientos, habilidades y normas que deben tener el personal de salud y que llevan a un modelo de atención que merma la posibilidad de experimentar un evento no deseado y, si ocurre, tratar de aminorar sus efectos (1). Las entidades, conscientes de la CSP, pueden analizar errores y prevenir daños en sus atenciones, pero para ello se necesita un líder que tenga interiorizada la CSP como modelo de trabajo y garantice la calidad de los cuidados (2).

De la misma manera, se considera al liderazgo como un punto clave muy fuerte en asegurar la seguridad del paciente en los servicios especializados, ya que los líderes de acuerdo con sus tipos de estilo son capaces de reconocer necesidades de los empleados, estimularlos intelectualmente, ayudarlos a desarrollar nuevas habilidades y generar un efecto positivo o negativo (3).

La presente investigación está compuesta por 5 capítulos, el capítulo I donde se expone el

planteamiento y formulación del problema de investigación, planteando objetivos y dando las justificaciones debidas. El capítulo II abarca el marco teórico y los antecedentes de la investigación, tanto nacionales como internacionales, dando a conocer las bases teóricas de las variables y la formulando las hipótesis correspondientes. El capítulo III es concerniente a la metodología empleada, definimos el tipo y diseño del estudio, describimos los instrumentos y como fue el análisis de los datos. El capítulo IV presenta los resultados obtenidos con la respectiva la discusión. Finalmente, el capítulo V da a conocer las conclusiones a las que se llegaron en el estudio con sus recomendaciones.

## CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El incremento de eventos adversos resalta a la seguridad del paciente (SP) como el principal reto de las instituciones de salud en las últimas décadas, desde la publicación del Comité sobre la Calidad de la Atención de Salud en Estados Unidos, donde refiere que ocurren 1,3 millones de errores anuales, se estima que estos errores van en aumento y se consideran dentro de la lista de las diez primeras causas de mortalidad en el mundo (4).

Para la Organización Mundial de la Salud (5), "la SP es una norma sanitaria que surge con el desarrollo complejo de las atenciones y la consecuente acentuación de los perjuicios a los pacientes, su propósito es evitar y disminuir algunos riesgos, errores y complicaciones sufridas por los pacientes durante la atención en salud."

Feng et al.(6) en China trataron de demostrar la asociación entre la gestión de Enfermería y la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP), obteniendo que las enfermeras asistenciales calificaron la SP más baja, en comparación con las enfermeras supervisoras ( $F = 18,88$   $p < 0,01$ ). Concluyeron que el compromiso de seguridad de las enfermeras se asocia significativamente con la CSP.

Zaheer et al. (7) en Canadá, investigaron el alcance que tenía el nivel liderazgo de los supervisores de enfermería en comparación con el nivel de seguridad; evidenciaron que las

enfermeras referían percepciones positivas del nivel de liderazgo de los supervisores con más años de experiencia en contraste con los nuevos supervisores en relación con la CSP. Seljemo et al. (8) obtuvieron resultados de la CSP del adulto mayor en Noruega, presentaba relación con el liderazgo transformacional (LTF) en un 55%, y a su vez 7,8% de la CSP están relacionadas a exigencias laborales y el 4,7% relacionado a la percepción que se tiene sobre ésta, concluyendo que el liderazgo transformacional y los recursos laborales son factores importantes para difundir una CSP. A su vez, Ree et al. (9), tratan de establecer el vínculo entre LTF y la CSP, demostrando que sí existe una fuerte asociación incluyendo que es un determinante para mantener y desarrollar una CSP.

Santiago-González et al. (10), en México, determinaron el grado de CSP en un hospital de alta especialidad fue del 45.1%. Además, el personal médico y de enfermería percibió un grado de seguridad del paciente de 8.1, lo cual es positivo. Pedroso et al. (11) evaluaron hospitales de América Latina para determinar la CSP, obteniendo 89.2% como máxima prioridad y el porcentaje más bajo se obtuvo en el registro de errores o fallos con un 23.8%. Todas las puntuaciones promedio fueron más altas en los trabajadores de la salud con posiciones de liderazgo entre los profesionales médicos y enfermeras, excepto en el ítem de transiciones en el hospital.

En Perú entre el 2016 al 2018 se realizó la encuesta sobre la CSP para hospitales de AHRQ (12) donde participaron profesionales sanitarios de diversas áreas e instituciones a nivel nacional; los resultados arrojaron que solo 18% del personal consideraba que su institución tenía nivel de SP dentro del rango excelente o muy bueno. Bernal (13), determinó la relación entre el nivel de percepción de la CSP y la notificación de eventos adversos en el personal

asistencial del hospital nivel I en Perú, encontrando un nivel bajo (neutral y negativo) de la percepción general de la CSP, la cual se veía reflejado en el alto porcentaje de eventos adversos no notificados que era un 74%. Por lo anteriormente expresado nos formulamos la interrogante: ¿Existe relación entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?
- ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?
- ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras.
- Identificar la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras.
- Identificar la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

Los resultados conseguidos contribuirán a cerrar las brechas sobre la práctica y conocimientos de la cultura de seguridad del paciente, la cual fomenta ambientes de trabajo cero castigos, dándole la confianza al trabajador de poder comunicar sus faltas y equivocaciones, para que de esta manera se mejoren los procesos en las atenciones, logrando la calidad que tanto se busca y se impulsa por parte de la OMS (14). De acuerdo con la Teoría de la Identidad Social de Tajfel (15), esta nos puede guiar los esfuerzos de cambio organizacional, la forma en que los miembros del personal se identifican con su organización y cómo influir en su compromiso dirigidos a mejorar la seguridad del paciente. Asu vez, Leninger (16), con su teoría Transcultural nos hace hincapié en entender las diversidades culturales de los individuos, respetando sus creencias y valores en todo momento.

Por otro lado, se integra los Estilos de Liderazgo de Bass y Avolio (17), teniendo como referente al liderazgo transformacional, en donde el líder además de inspirar a sus

colaboradores, los ayuda a desarrollar todas sus capacidades para integrarlas a la organización, logrando de esta manera los efectos esperados.

En la actualidad se encuentran muy pocos estudios sobre estilos de liderazgo y la CSP en enfermería, la gran mayoría se inclina por medir la CSP en sus instituciones para poder saber en qué nivel se encuentran, pero no relacionan ambas variables, los mismos que contribuirán al incremento de conocimientos, para así implementar estrategias y nuevas políticas en salud.

#### **1.4.2. Metodológica**

El presente estudio es de alcance correlacional, para medir la variable estilos de liderazgo se utilizó el Cuestionario Multifactorial del Liderazgo Forma de Clasificador (5X) Corta de Bass y Avolio (18), fue validado en Perú por Fong en 2018, a su vez se realizó la traducción del idioma inglés al español; y para poder medir la variable cultura de seguridad del paciente se utilizó el Cuestionario de la AHRQ Versión 2.0 del año 2002 (19), con versión original en inglés, traducido y validado en español, siendo aplicado por primera vez en Perú en el 2018 (12).

Estos instrumentos fueron seleccionados y validados, presentan la confiabilidad para ser usados en nuestra realidad.

#### **1.4.3. Práctica**

En cuanto a los estilos de liderazgo, los resultados permitirán conocer como son percibidos por su personal a cargo, identificando sus características y debilidades, buscando así mejorar o potenciar su talento. Asu vez, proporcionarán pautas para mejorar la CSP a nivel de la clínica, ya que se identificará los principales nichos o

debilidades de la institución sirviendo de insumo a los gestores para la mejora en cada uno de los servicios y de la clínica en general.

En estos tiempos, en donde las instituciones buscar obtener acreditaciones y certificaciones internacionales para asegurar a sus clientes que son instituciones que brindan cuidados de calidad, debemos de exigir que primero sean reconocidas por el MINSA, sobre todo los de mayor nivel de complejidad.

## **1.5. Delimitación de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

Se ejecuto durante los meses de febrero a junio del 2024.

### **1.5.2. Espacial**

El proyecto se llevó a cabo en una clínica de Lima.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis**

Participaron las enfermeras de los diversos servicios de la clínica de Lima.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Internacionales

**Tawfik et al. (20), Estados Unidos, 2023, tuvo como** objetivo “evaluar los comportamientos de liderazgo del personal en relación con el agotamiento, la cultura de seguridad y el compromiso”. Se aplicó la encuesta SCORE de seguridad, comunicación, confiabilidad operativa y compromiso; en 31 hospitales. Resultados: los puntajes de liderazgo local promediaron  $68.8 \pm 29.1$ , con 7338 (44.2%) reportando agotamiento emocional, 9147 (55.9%) reportando clima de seguridad, 10974 (68.4%) reportando clima de trabajo en equipo. Cada aumento de 10 puntos en la puntuación de liderazgo local se asoció con razones de probabilidad de 0,72 (IC (Intervalo de Confianza): del 95 %: 0,71–0,73) para el agotamiento, 0,48 (IC del 95 %: 0,47–0,49) para un clima de seguridad preocupante, 0,64 (IC del 95 % 0,63-0,66) para clima de trabajo en equipo preocupante. Concluyen: las conductas de liderazgo local se pueden calcular aplicando una escala de cinco elementos y se relacionan enérgicamente con dominios establecidos de bienestar, CSP y compromiso del personal de salud.

**Aguayo-Loyola et al. (21), Chile, 2023, objetivo** “identificar los estilos de liderazgo de

los profesionales de enfermería del sector público”. Estudio descriptivo, corte transversal. Población 62 enfermeros. Resultados: el estilo de liderazgo delegativo obtuvo 33.9% y el estilo dirigir obtuvo 14.5%. De la muestra el 41.9% eran de género femenino y el 30.6% se encontraban en el rango de edad entre los 23 a 33 años. Conclusión: los estilos de liderazgo de los enfermeros están relacionados significativamente con el funcionamiento adecuado de las organizaciones, que a su vez se podría relacionar con el nivel de madurez del líder.

**Haskins y Roets (22), Sudáfrica, 2022**, objetivo “describir las acciones requeridas por el liderazgo de enfermería para optimizar la sostenibilidad de una cultura de seguridad en los hospitales y entre un equipo de enfermería”. Diseño cuantitativo. Población 34 gerentes de enfermería y 417 enfermeras asistenciales. Resultados: 66% de las enfermeras indicaron que las enfermeras líderes son visibles y brindan apoyo necesario para disipar sus dudas sobre la seguridad del paciente. Por otro lado, 15,4% de enfermeras no estuvieron de acuerdo y se mantuvieron neutrales 16,8%, indicando que las enfermeras líderes no siempre son visibles y generan un resultado desfavorable en la SP. Conclusión: las acciones de los líderes de enfermería infieren la correlación existente entre la SP, un ambiente de trabajo positivo que resalta resultados positivos en cultura de seguridad.

**ALFadhlah y Elamir (23), Kuwait, 2021**, objetivo “evaluar la cultura organizacional y la calidad de la atención, y medir su asociación con estilos de liderazgo transformacional/transaccional”. Estudio multi método con enfoques cuantitativos transversales y retrospectivos. Muestra de 1626 trabajadores de salud de seis hospitales

de atención secundaria. Instrumentos: el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo y el Cuestionario de Descripción Organizacional. Resultados: El 66.4% al 87.1% de los participantes identificaron la cultura organizacional como transformacional. Entre el 60.5% y el 80.4%. calificaron a su líder y cultura organizacional como transformacionales. Para los indicadores de calidad, hubo una correlación positiva 0.329, pero no significativa, con el estilo de liderazgo. Conclusión: El estilo de liderazgo transformacional genera y sostiene una cultura organizacional transformacional, mostrando una relación positiva y no significativa entre indicadores de calidad genéricos y el estilo transformacional.

**Chegini et al. (24), Irán, 2020**, objetivo: “determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente, el reporte de errores y el estilo de liderazgo coaching”. Estudio cuantitativo transversal. Población: 350 enfermeras de 18 hospitales. Resultados: 43% de las enfermeras tenían la intención de reportar errores; el 50% indicó que sus líderes enfermeros demostraron altos niveles de coaching. En cuanto a la CSP, las áreas de trabajo en equipo dentro de las unidades obtuvieron 66.8% y los errores de respuesta no punitiva un 19.7%. Los hallazgos del análisis de regresión destacaron una asociación significativa entre la intención de reportar errores y la cultura de seguridad del paciente ( $B = 0.2$ , CI 95%: 0.1 a 0.3,  $p < 0.05$ ), el comportamiento de coaching del líder ( $B = 0.2$ , CI 95%: 0.1 a 0.3,  $p < 0.01$ ). Conclusión: la percepción de la CSP y el estilo de liderazgo coaching aumenta la intención del reporte de errores en las enfermeras, por tanto los gerentes tienen la responsabilidad de facilitar los sistemas de notificación de errores sin represalias.

**Lappalainen et al. (25), Finlandia, 2020**, objetivo “describir la seguridad de los medicamentos, el liderazgo de transformación y su asociación según la evaluación de las enfermeras registradas”. Población de 131 enfermeras registradas de tres hospitales finlandeses, utilizando un cuestionario electrónico que incorpora la Escala de Liderazgo-Transformacional y la Escala de Seguridad-Medicamentos. Hallazgos: las enfermeras manifiestan que la seguridad de los medicamentos y el LTF era excelente y bueno, respectivamente. Hallaron una correlación de nivel moderado estadísticamente significativo entre el LTF y la seguridad de los medicamentos ( $r= 0.541$ ,  $p < 0.001$ ). Concluyen: el estilo de LTF de los gestores de enfermería promueve la seguridad de los medicamentos en las diferentes unidades.

**Ree Eline (3), Noruega, 2020**, objetivo “analizar cómo el LTF, las demandas laborales, los recursos laborales y la CSP contribuyen a explicar el cuidado orientado a la persona en los hogares de ancianos y los servicios de atención domiciliaria”. Estudio transversal. Población de 2018 profesionales sanitarios de cuatro residencias de ancianos ( $N = 165$ ) y cuatro servicios de atención domiciliaria ( $N = 139$ ). Análisis de regresión múltiple. Resultados: el liderazgo transformacional, las peticiones y los medios laborales indicaron el 41% de la varianza en la atención, siendo el ritmo de trabajo el predictor más fuerte ( $\beta = 0,39$   $p < 0,001$ ). Las dimensiones de la CSP explicaron el 57,5% de la varianza en la atención centrada en la persona, siendo la dotación de personal el predictor más fuerte ( $\beta = 0,31$   $p < 0,001$ ). Concluyen que el LTF tiene un impacto significativo en la CSP en los servicios de atención domiciliaria.

### 2.1.2. Nacionales

**Alegre et al. (26), Trujillo – Perú, 2021**, objetivo “determinar la relación entre los estilos de liderazgo y la actitud ante el cambio organizacional en profesionales de salud”. Estudio descriptivo, correlacional. Población: 215 profesionales sanitarios de instituciones públicas y privadas. Instrumento: Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ) versión corta 5X. Resultados: 66.5% presenta un nivel medio de liderazgo; 58.6% un nivel medio de liderazgo transformacional; 57.2% un liderazgo transaccional. El liderazgo pasivo obtuvo un nivel medio con 61%. Conclusión: existe relación significativa entre los estilos de liderazgo como el transformacional, transaccional y pasivo, con la actitud ante el cambio organizacional en los profesionales sanitarios.

**Ojeda et al. (27), Lima – Perú, 2021**, objetivo “estimar la relación y las características del clima organizacional y la cultura de seguridad”. Investigación transversal, descriptiva, correlacional, no experimental. Se realizó en el servicio de cuidados intermedios neonatales del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se encuestó a 53 enfermeros, usando los instrumentos para el Clima Organizacional y el cuestionario del MINSA y para la CSP, la encuesta de la AHRQ. Resultados: 6 dimensiones del clima organizacional están significativamente relacionadas ( $p \leq 0,05$ ) con la CSP. El 70% enfermeros indicaron que no perciben un adecuado clima organizacional; el 56,35% percibió una CSP positiva. Conclusión: que el “clima organizacional está relacionado con la CSP en el servicio de cuidados intermedios neonatales, a pesar de las limitaciones que presenta el clima organizacional, se ven niveladas por una apropiada CSP”.

**Bernal Corrales (13), Lambayeque - Perú, 2020**, objetivo “determinar la relación

entre el nivel de percepción de la CSP y la notificación de eventos adversos referida por los trabajadores de un hospital nivel I". Estudio tipo analítico, transversal. Población 91 profesionales de salud. Instrumento aplicado fue de la AHRQ. Resultados: el nivel de percepción general de la CSP fue neutral y negativo (90%), con elevado índice de eventos adversos no reportados (74%) ( $p < 0.05$ ), las características de la CSP asociadas a este hallazgo fueron: respaldo de la gerencia para la SP y frecuencia de incidentes informados ( $p < 0.05$ ). Concluyen: los directivos deben involucrarse y apoyar este proceso para garantizar la CSP.

**Larico Peralta et al. (28), Perú, 2020**, objetivo "determinar la CSP desde la percepción del personal enfermero en SOP". Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo transversal. Aplicado a licenciadas de enfermería y técnicos de enfermería del centro quirúrgico del Hospital H. Unanue de la ciudad de Tacna. Resultados: el 92.5 % indica un alto grado de SP en el servicio del área quirúrgica, pero según la dimensión percepción de seguridad fue neutral (66.7 %), según el trabajo en equipo entre unidades fue neutral (92.6 %), en relación con el aprendizaje organizacional fue positivo (63%), y el 22.3 % indica que es negativo. Concluyen: la mejor particularidad que destacan a las enfermeras del área quirúrgica es el acercamiento al paciente con un 92.6% en cuanto a la CSP.

**Borneo Cantalicio (29), Perú, 2020**, objetivo "establecer la asociación entre la CSP en gestores y la SP". Estudio correlacional donde participaron 55 gestores e IPRESS de la Red- Salud- Huánuco, entre los años (2019-2020), usaron una escala y lista de cotejo para valorar ambas variables. Resultados: el 90.9% de las IPRESS presentaron SP en un

valor bajo y un 49.1% de los gestores mostraron una CSP fue negativo, sin embargo, la CS de los gestores se relaciona significativamente con la SP con un  $p \leq 0,05$ . Concluye: destacaron los valores de la CSP en los gestores asociados con el desempeño fueron de nivel bajo de la SP de las IPRESS de la Red- Salud- Huánuco.

**Arrieta et al. (12), Perú, 2018**, objetivo “evaluar la CSP en los hospitales peruanos desde el punto vista del personal de salud y probar las diferencias entre los sectores de salud público y privado”. Estudio transversal no aleatorio realizado en línea. Se aplicó una encuesta a un total de 1679 profesionales, participaron para calcular el grado de SP y 12 dimensiones de la CSP. Resultados: el 18% de los profesionales valoran el grado de SP en su lugar de trabajo como muy bueno o excelente. Existen también diferencias significativas entre el sector privado (37%) y los sectores públicos (13-15%). Casi en todas las dimensiones de la CSP en el sector privado tiene respuestas más favorables en comparación de los subsistemas públicos. Concluyen que el grado de CSP en Perú es bajo, presentando diferencias significativas entre las instituciones públicas y privadas.

## **2.2. Bases teóricas**

La relación entre estilos de liderazgo y la CSP en Enfermería es de vital importancia al momento de brindar y realizar servicios de salud de calidad y segura, promoviendo la reducción de errores en la atención del paciente. La enfermera con sus capacidades de liderazgo desempeña un papel importante e influyente para que la CSP sea positiva en la organización (30). Al fomentar un entorno de capacitación continua, mantener una comunicación asertiva y la motivación permanente; crea un ambiente de trabajo óptimo con el equipo multidisciplinario (31). La enfermera gestiona la atención permanentemente, es así

que se suscribe en la Ley General de Salud 26842 (32), determina que el estado tiene como obligación promover los escenarios necesarios que certifiquen un adecuada cobertura en términos aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así como también, según la Resolución Ministerial (RM) N° 727-2009/MINSA (33), donde se aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud” en el que se instituye principalmente los procesos de la gestión de la calidad en salud con el propósito de desarrollar intervenciones que garanticen la calidad de la atención; también la Ley del Enfermero Peruano N°27669, en el Artículo 2, menciona sobre el “Rol de la Profesión de la Enfermería”, suscribe en su texto que “la enfermera como profesional de la ciencia de la salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, de forma científica, tecnología y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad”

### 2.2.1. Liderazgo

Durante mucho tiempo, se intentó dar una definición aproximada de lo que es liderazgo, algunos autores indican que las personas nacían con este don y que otras no. Con el tiempo, se pudo determinar que esta afirmación no era cierta, y que muchas personas podían prepararse para ejercer el liderazgo, siempre que tengan la voluntad y el compromiso de cumplir ese rol dentro de alguna organización.

La definición que más se acerca a describir el liderazgo es la de “persuadir a otras personas para que logren un ideal común que sea relevante para los compromisos y el

bienestar del equipo” (34).

Los líderes más antiguos ofrecen su consejo empleando la deducción, la experiencia y el instinto. Actualmente estudios señalan que existen seis tipos de liderazgo, los elementos se originan de la inteligencia emocional. Cada uno de estos proporciona un impacto original y directo en el clima laboral. Además, señalan que los líderes con los mejores productos no son los que usan un solo tipo de liderazgo; sino que dependiendo de la situación eligen cual aplicar (35).

Los estilos de liderazgo se refieren a la forma cómo los líderes interactúan con otros tanto dentro como fuera de la organización, cómo se perciben a sí mismos y su posición, y en gran medida, si tienen éxito como líderes (35).

#### **2.2.2.1. Evolución del liderazgo a través de la historia**

De acuerdo con el desarrollo que ha sufrido el ser humano a través de los tiempos, el significado que se le dio al liderazgo también tuvo cambios. Para Contreras et al. (36), en un principio el líder estaba relacionado al hecho de que era un ser enviado por los dioses y de ellos surgía la conducta como un guía, ya que transmitía y revelaba parámetros de conductas hacia los demás.

Es así como los líderes llamaron la atención por el gran dominio que ejercieron sobre la evolución de varios pueblos.

Culligan (37) caracteriza algunas edades:

- a) **Edad del liderazgo de conquista:** siendo el principal peligro de los pueblos ser conquistados, lo que buscaban era un jefe omnipotente, mandatario, dominante, que les brinde seguridad ofreciendo a cambio su lealtad a él (37).
  - b) **Edad de liderazgo comercial:** en la era industrial, las personas buscaban quienes los que pudieran favorecerlos a impulsar el estilo de vida que llevaban.
  - c) **Edad de liderazgo en la organización:** las personas empezaron a buscar un lugar al cual pertenecer, dando prioridad y énfasis al talento de ordenarse (37).
  - d) **Edad del liderazgo de innovación:** Los líderes se volvieron innovadores, implementando conocimientos y habilidades que los ayude a perfeccionar los medios de producción, conceptos financieros y de mercadeo (37).
  - e) **Edad del liderazgo de la información:** con el impulso de la tecnología crecía el temor por quedarse rezagado, es así como se buscaba líderes que mejor manejan la información y la interpreta más inteligentemente de forma creativa (37).
  - f) **Liderazgo en la "Nueva Edad":** sabe cómo utilizar nuevas tecnologías, analiza y sintetiza eficazmente la información que recibe y deberán entender que dirige personas, entendiendo que es lo que estas necesitan para motivarlas y saber escucharlas (37).
-

### 2.2.2.2. Cualidades del Líder

Según Goleman (38), se ha tratado de explicar y entender que se necesita para ser un líder, se dio por mucho tiempo importancia a la experiencia que este poseía, a su coeficiente intelectual y a su formación técnica, pero lo que actualmente da más valor a un líder eficiente es su Inteligencia Emocional, por ello el líder debe desarrollar las siguientes cualidades:

- **La autoconciencia:** Implica comprender las emociones, los puntos fuertes y débiles, como los impulsos, reconoce como estos pueden afectar en su rendimiento laboral y personal. Saber a dónde se dirige, sus objetivos y considerar sus valores, sobre todo (38).
- **La autogestión:** Implica que se pueden regular y gestionar los impulsos, controlarlos y canalizarlos de una forma positiva y útil. Es importante aunar la motivación para así obtener los resultados esperados apoyándose en las emociones positivas (38).
- **La empatía:** Implica el considerar los sentimientos del grupo, teniendo en cuenta otros factores para poder tomar decisiones inteligentes. Esto asegura la conservación de buenos empleados, mejorando el rendimiento de las empresas (38).
- **La capacidad social:** Implica la capacidad de gestionar las relaciones con las demás personas. Permite que el líder tenga un amplio círculo de conocidos y con facilidad encuentre puntos de vista en común. Se destaca por la persuasión (38).

### **2.2.2.3. Teorías de liderazgo**

#### **Teoría de los rasgos.**

Identifica características de la personalidad como: físico-sociales, o intelectuales que los distinguen de otros, dentro de sus estilos como la decisión, entusiasmo, conocimiento, carisma, fuerza, coraje, decencia y confianza en él mismo. Señala 5 características: estabilidad emocional extroversión, flexible, metódico, y proactivo. Su distintivo principal es la personalidad, no solo se nace con estas cualidades, sino que el medio tiene influencia sobre él para que pueda desarrollarlas y ponerlas en práctica (39).

#### **Teorías conductuales: Likert, Fleishman, Stogdill y Share.**

Señala que el líder debe aprender ciertas conductas, para desarrollar un estilo propio de liderazgo y no solo debe poseer cualidades personales.

Identifica al líder autocrático, que es el que pone las reglas, tiene poder y decisión, es dominante; al líder liberal, que es el que no participa y de libertad total al grupo en las decisiones; y al líder democrático, que es él pone la dirección, hace partícipe al grupo en las decisiones, orienta (39).

#### **La combinación ideal: Rasgos más conductas.**

Se enfoca en las cualidades básicas que debe tener el líder, como son: la experticia técnica, capacidad de incentivar, empatizar y conducir a las personas; práctica en la gestión de personas; intuición para determinar el momento de actuar, de no hacer nada, hacerlo todo, o hacer lo necesario; capacidad para determinar la persona ideal a tener como apoyo; criterio de juicio; y actitud para la toma de decisiones (39).

#### **Teorías situacionales y de contingencia.**

Este modelo plantea que el logro de los grupos eficaces está sujeto a la relación de la forma de interacción del líder con los demás miembros y el grado en que la circunstancia le permita incidir sobre estos. El desempeño de un grupo se relaciona directamente con el estilo de liderazgo y el tipo de situación en la que se encuentra.

El modelo de contingencia indica que diversas condiciones generan diferentes estilos de liderazgo, el líder seguro necesita reconocer las necesidades de su grupo y se adapte a estas (39).

#### **El liderazgo carismático de Weber y House.**

Se entiende por carisma a una cualidad de la personalidad, se considera algo espiritual sus colaboradores creen ciegamente en él. Se resaltan cuatro particularidades: Visión-articulación, riesgo personal, comprensión a las situaciones de los colaboradores y actitud poco habitual (39).

#### **El liderazgo transformacional de Kouzes y Posner.**

Señala cinco prácticas fundamentales para un liderazgo efectivo: Hay que desafiar los procesos; generar una visión en común; motivar para que actúen; ser un modelo en todo momento y alentar al equipo (39).

#### **2.2.2.4. Estilos de liderazgo según Modelo de Bass y Avolio**

Una característica fundamental del modelo de liderazgo conocido como de Rango Total de Bass y Avolio (17) es que no existe un estilo de liderazgo específico que sea inherentemente correcto o apropiado. La elección del estilo de liderazgo depende del líder, sus objetivos, el contexto y las necesidades y habilidades de los seguidores. El punto central radica en la capacidad del líder para seleccionar entre diferentes estilos de

liderazgo según la situación. En este sentido, el líder transformacional es el único capaz de operar en todos los niveles y manifestar diversas conductas de liderazgo, gracias a su nivel de desarrollo que le permite comprender las perspectivas de otros enfoques de liderazgo.

El nivel de desarrollo de los seguidores, en términos de sus necesidades y habilidades, también influye en la idoneidad del estilo de liderazgo. En ocasiones, un estilo de liderazgo puede no ser efectivo si los seguidores aún no han alcanzado una etapa de desarrollo que les permita comprender y motivarse por las consideraciones específicas que ese estilo ofrece (17).

**El Liderazgo Transformacional**, un líder con un enfoque transformacional tiene la capacidad de influir en las personas que lo siguen o dependen de él. Les ayuda a comprender la importancia de sus acciones en función de sus necesidades y habilidades. Al fomentar un mayor interés en el bienestar del grupo al que pertenecen, se establece un ambiente de confianza y respeto. El líder transformacional motiva a los individuos a lograr resultados superiores a sus expectativas, inspirándolos y modificando sus comportamientos para mejorar su rendimiento (17).

Este resulta siendo el más operativo y positivo de los 3 estilos en correspondencia al: empeño, responsabilidad, competencia y complacencia de los colaboradores.

Los factores señalados como las cuatro I son:

- **Influencia idealizada atribuida:** brinda confianza y admiración a sus colaboradores, buscan imitarlo, es un ejemplo de conducta.

- **Influencia idealizada conductual:** brinda pautas de conducta, pone las necesidades del otro sobre las suyas, coherente entre lo que dice y hace.
- **Motivación inspiracional:** brinda metas deseadas y muestra cómo realizarlas, empodera a los colaboradores.
- **Estimulación intelectual:** brinda soluciones y métodos novedosos a los colaboradores.
- **Consideración individualizada:** se centra en las necesidades de cada empleado y desarrolla sus potenciales.

De acuerdo con Domínguez et al. (40), los líderes transformacionales influyen de acuerdo con las necesidades y valores de sus colaboradores esperando que mejoren los estándares de desempeño, logrando que realicen un empeño adicional y facilitar mayores niveles de satisfacción.

**El Liderazgo Transaccional**, es un estilo más tradicional. En este caso, el líder basa su relación con los seguidores en transacciones, ofreciendo recompensas para influir en su esfuerzo. Se definen objetivos claros y se corrigen errores y desviaciones en función de estos objetivos.

Es aquel que recurre al acuerdo con el colaborador para que sus requerimientos se puedan atender, pero a la vez se alcancen los objetivos colectivos; se establecen recompensas y hay una direccionalidad de las metas. Toma decisiones en base a las

normas establecidas y proporciona feedback a los colaboradores para un destacado desenvolvimiento (17).

Para esto se necesita que estén presentes 2 factores, tenemos:

- **Recompensa contingente:** brinda recompensas de acuerdo con el trabajo realizado.
- **Dirección por excepción (activa):** busca errores mientras se realizan las actividades, para poder corregirlos a tiempo.

**El Liderazgo Laissez-faire, Pasivo o Evitador,** o la falta de liderazgo implica que el líder evita la responsabilidad, retrasa decisiones, no proporciona retroalimentación y no muestra interés en satisfacer las necesidades del grupo que dirige.

Es aquel que depone sus compromisos y no recurre a la autoridad, evita involucrarse en eventos importantes, y no está disponible cuando se le necesita. Esto se puede deber a que el líder no desea, no tiene el tiempo suficiente o no sabe decir que no (17).

Dentro de su factor asociado tenemos:

- **Laissez-faire:** no decide ni toma acción.
- **Dirección por excepción (pasiva):** corrige errores después de sucedidos los problemas serios.

#### **2.2.2.5. Tipos de Líder**

Goleman (41), determinó según sus estudios en Liderazgo, seis tipos de líder, apoyados

en la inteligencia emocional de cada sujeto, pero con un punto resaltante, que es el de conseguir resultados de acuerdo con cómo los desarrollen.

Resalta a su vez, que estos estilos no son aislados, sino que el líder debe tomar lo mejor de cada uno dependiendo de las necesidades que se le presenten.

- **Coercitivo o autoritario:** los líderes dan más valor a la disciplina por sobre todos los otros valores. Sus instrucciones tienden a ser directas, precisas y cortas; las consecuencias de no cumplirlas son castigos duros. Generando en los trabajadores, que sus opiniones no son consideradas, dando pase a la desmotivación (41).
- **Visionario u orientativo:** comparten con los trabajadores su visión segura y apasionante, dándoles a conocer su función en la organización, indicándoles con precisión el camino. Su eje principal es la motivación (41).
- **Afiliativo:** busca incrementar las relaciones sociales dentro del grupo, propiciando un escenario de trabajo armonioso y colaborativo. Por otro lado, cuando surgen conflictos, tienden a tomarse personalmente (41).
- **Democrático:** valora los puntos de vista del equipo de trabajo cuando es necesario tomar una decisión, pero esto demanda tiempo. Resulta provechoso cuando el equipo es multidisciplinar, para nutrirse de las experiencias de los demás (41).
- **Formativo o coach:** se centra en desarrollar las habilidades de cada trabajador, haciéndole notar sus debilidades y reforzando sus fortalezas, motivándolos a seguir progresando en el campo profesional y personal (41).

- **Ejemplar:** el líder con su experiencia y conocimiento se convierte en el modelo a seguir, indicando el rumbo de los trabajadores, actuando de manera correcta en todo momento (41).

---

#### 2.2.2.6. Liderazgo en enfermería

El liderazgo en el campo de Enfermería ha tenido algunas representantes, entre ellas podemos mencionar:

- **Hildegard Peplau** (16), enfermera estadounidense, creó la Teoría de las Relaciones Interpersonales, conocida como la "enfermera del siglo" y la madre de la Enfermería psiquiátrica. Su trabajo teórico y práctico aportó al desarrollo de la enfermería psiquiátrica a la formación de una especialidad dentro de la profesión. Publicó el libro "Relaciones interpersonales en enfermería", explicando las bases de su teoría y establece el primer modelo conceptual, en donde el liderazgo es una cualidad esencial para las enfermeras que trabajan en psiquiatría, ya que desempeñan un papel clave en contribuir a que los pacientes alcancen sus objetivos y mejorar su salud.

---

El papel de las enfermeras líderes en las organizaciones de la salud es primordial y trascendental por las transformaciones presentadas en las atenciones de salud. Las profesionales de Enfermería por el nivel de educación que reciben, las habilidades que desarrollan durante su formación y la empatía hacia el paciente hacen que estén capacitadas y puedan liderar grandes grupos (42).

Las enfermeras líderes se enfrentan a diversos dilemas cuyos cambios son dentro de las instituciones de salud, gracias a su función administrativa y a la prestación de atención directa al paciente son capaces de resolverlos y continuar con sus responsabilidades (43). Por eso es importante la preparación de líderes de enfermería que enfrenten y manejen los desafíos que se les presenten.

En el encuentro del CIE en Barcelona del 2017, se esboza la insuficiencia de la presencia enfermera en cargos de gestión o en participación de desarrollo de políticas esenciales para la evolución de los Sistemas de Salud (44).

Los enfermeros deberían desarrollarse dentro de tres niveles dentro de las organizaciones como son:

- **Microgestión:** las enfermeras que ofrecen los servicios de atención directamente, es el primer nivel donde se da la relación paciente/ciudadanos, es ahí donde se busca el mejor recurso para satisfacer las carencias de atención de los pacientes (44).
- **Mesogestión:** las supervisoras, las jefes de los diferentes servicios que se centran en la especificidad de los cuidados, planifican y buscan innovar en modelos de organización, para la asignación correcta y eficiente de recursos (44).
- **Macrogestión:** las enfermeras directoras generales, subdirectoras, gerente, asesoras desde donde puedan aportar una mirada enfermera en relación directa a los cuidados (44).

---

El rol de la enfermera líder es esencial en cada una de las categorías y estructuras de

las organizaciones de salud y desempeño en el logro de objetivos es crítico.

La OMS, en sus Direcciones Estratégicas Globales de Enfermería y Partería 2021-2025, destacó la urgencia de invertir en líderes de enfermería y parteras en cada nivel incluyendo enfermeras recién calificadas. En la Resolución WHA 74.15, mayo de 2021(45), “estableció el camino de 5 años para garantizar una educación, mano de obra profesional, abundante y bien capacitada”.

La pandemia de COVID-19 generó una gran repercusión en cada uno de los niveles de atención, el liderazgo se volvió fundamental para responder a este tipo de situaciones a gran escala y de periodos largos de tiempo. Esto hizo visible la necesidad de mejorar la preparación y capacidad de respuesta que promueva un liderazgo efectivo (46).

Las enfermeras profesionales ejercen labores en entornos clínicos diversos y complejos, precisan adecuarse a condiciones cambiantes y desafiantes. La teoría del LTF está siendo empleada en su mayoría por las enfermeras líderes. Para una enfermera, ser una líder transformacional, implica ser una persona en la cual se pueda confiar, demuestra respeto y siempre busca inspirar más allá a las demás para que desarrollen sus roles (47).

Para Ferrer (44), la enfermera gestora es aquella con obligaciones administradoras y de liderazgo, que guía a un conjunto de enfermeras hacia la excelencia, originalidad y transformación. La gestión en enfermería implica trabajar a través del personal de enfermería para proporcionar cuidados, curación y confort al paciente y su familia, mientras se fomenta el desarrollo profesional del personal de enfermería. La supervisora y los directivos enfermeros deben planificar, organizar, dirigir y evaluar

con recursos limitados para proporcionar el mejor cuidado al menor costo, sin olvidar que se trata de un modelo interactivo con el paciente, la familia y los profesionales.

### **2.2.2. Seguridad del Paciente**

La OMS (48) define a la SP como “una norma de la atención de la salud que nació con la evolución de las dificultades de los sistemas de atención de la salud y el aumento de los daños a los pacientes en los establecimientos de salud. Su propósito es prevenir y disminuir los riesgos, errores y perjuicios que afectan a los pacientes durante la atención. Una base de la disciplina es la mejora continua sostenida por el aprendizaje empírico”. Para el Ministerio de Salud (49), “la SP es la mitigación de daños y eventos inseguros que se generan en el sistema de salud mediante el fortalecimiento de las prácticas mejoradas, que garanticen resultados ideales para el usuario”.

#### **2.2.1.1. Pasos de la seguridad del paciente**

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido (50), desarrolló una secuencia que las organizaciones deben realizar para enfrentar la mejora de la seguridad

##### **Paso 1. Elaborar una cultura de seguridad.**

Tomar conciencia de que los resultados no pueden ser los esperados, es necesario reconocer errores y aprender de ellos.

##### **Paso 2. Liderazgo del equipo de personas.**

A través del liderazgo se debe propiciar en los profesionales una cultura abierta, conociendo la existencia de los errores se pueden implantar soluciones para disminuir el riesgo de prácticas inseguras.

**Paso 3. Integrar las tareas de gestión de riesgos.**

Controlar y disminuir los riesgos a través de una identificación, análisis y evaluación de estos de manera oportuna.

**Paso 4. Promover la información.**

Alcanzar un ambiente de confianza en donde los empleados informen y a su vez aprendan.

**Paso 5. Incluir y comunicarse con pacientes y público.**

Los pacientes participan en la identificación de riesgos y sugieren soluciones en la seguridad de sus atenciones.

**Paso 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad.**

El intercambio de experiencia con otros profesionales e instituciones contribuyen a mejorar la SP.

**Paso 7. Implementar soluciones para prevenir daños.**

Aplicar las medidas y cambios al ritmo de trabajo.

**2.2.1.2. Cultura de seguridad del paciente (CSP)**

La CSP de una institución, de acuerdo con el MINSA (49), es “el resultado de los valores, las conductas, las apreciaciones, las actitudes y las formas de conducta propias y de grupo que establecen la responsabilidad con la gestión de la salud, la seguridad y el modelo de atención”.

Las instituciones que cuentan con una CSP eficaz tienen una responsabilidad permanente con la seguridad y la prioriza al máximo nivel haciendo que esta sea reflejada y aplicada en toda la organización (51).

Dentro de algunos elementos que podemos destacar tenemos: reconocer que las actividades en una organización que brinda servicios de salud son de muy alto riesgo y expuestas a los errores, ofrecer un ambiente no punitivo y propiciar la notificación de errores, un clima de trabajo en conjunto en todos los niveles, y un deseo de disposición de la organización para brindar los recursos necesarios para garantizar la SP (14).

Cambiar la cultura de ocultación de los errores o de simple reacción frente a los eventos adversos, por otra en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente (14).

Lo más importante cuando surge un problema no es buscar culpables, sino investigar que ocurrió, como ocurrió y que podemos hacer para que no se repita.

Este planteamiento supone un cambio cultural caracterizado por (52):

- Considerar la seguridad como componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad del sistema, de modo que hacer las cosas bien sea lo “natural”.
- El desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial, con un talante y una conducta proactiva para detectar los problemas antes de que se manifiesten.
- Fomentar un clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre gestores, profesionales de la asistencia y pacientes, dirigido a obtener como beneficio, una mayor confianza de los pacientes en el sistema y sus profesionales y unos profesionales motivados y satisfechos con su trabajo.
- El trabajo en equipo.

- La estandarización de procedimientos basados en el mejor conocimiento disponible, a fin de reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar su eficiencia y efectividad.
- La atención centrada en el paciente, mejorando los aspectos de transparencia de la comunicación, respeto y participación en la toma de decisiones.

### **Características de la CSP:**

- **Comunicación basada en la confianza y transparencia:** Es fundamental que exista una comunicación abierta y honesta entre todos los niveles de la organización. La transparencia en la comunicación permite que los problemas se identifiquen y se aborden rápidamente (53).
- **Flujo eficiente de información:** La información debe ser accesible y procesada adecuadamente para tomar decisiones informadas. Un buen flujo de información asegura que todos los miembros del equipo estén al tanto de los procedimientos y protocolos de seguridad (53).
- **Percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad:** Todos los miembros de la organización deben reconocer la relevancia de mantener altos estándares de seguridad. Esto crea un entorno donde la seguridad es una prioridad constante (53).
- **Reconocimiento de la inevitabilidad del error:** Aceptar que los errores pueden ocurrir y trabajar proactivamente para identificarlos y mitigarlos. Este enfoque permite una respuesta rápida y efectiva ante cualquier incidente (53).

- **Identificación proactiva de amenazas y fallos latentes:** Anticiparse a posibles problemas antes de que se conviertan en incidentes. La identificación temprana de amenazas permite implementar medidas preventivas (53).
- **Aprendizaje organizacional continuo:** Fomentar un entorno donde se aprenda continuamente de los errores y éxitos. El aprendizaje organizacional es clave para mejorar continuamente los procesos y procedimientos (53).
- **Liderazgo comprometido y responsabilidad ejecutiva:** Los líderes deben estar comprometidos con la seguridad y asumir la responsabilidad de promoverla. Un liderazgo fuerte y comprometido es esencial para establecer y mantener una cultura de seguridad (53).
- **Cambio de enfoque desde la culpabilización hacia la notificación y análisis de incidentes:** Promover una cultura donde se informe de los incidentes sin miedo a represalias, para aprender de ellos y mejorar. Este enfoque fomenta un ambiente de confianza y colaboración (53).

#### **Estrategias de Implementación de la CSP:**

- **Priorizar la seguridad del paciente:** Declarar la seguridad del paciente como una prioridad organizacional. Esto debe reflejarse en todas las políticas y procedimientos de la organización (52).
- **Establecer responsabilidad ejecutiva:** Asignar responsabilidades claras a los ejecutivos para la seguridad del paciente. Los líderes deben ser responsables de implementar y supervisar las iniciativas de seguridad (52).

- **Incorporar nuevos conocimientos y habilidades:** Capacitar continuamente al personal en prácticas seguras y actualizadas. La formación continua es esencial para mantener a los empleados informados sobre las mejores prácticas y nuevas tecnologías (52).
- **Implementar un sistema de notificación sin culpa:** Crear un sistema donde los empleados puedan reportar errores sin temor a ser castigados. Un sistema de notificación sin culpa fomenta la transparencia y la mejora continua (52).
- **Reformar la educación y fomentar el aprendizaje organizacional:** Actualizar los programas educativos y promover un entorno de aprendizaje continuo. La educación y el aprendizaje son fundamentales para desarrollar una cultura de seguridad (52).
- **Acelerar el cambio para mejorar:** Implementar mejoras de manera rápida y eficiente para mantener altos estándares de seguridad. La capacidad de adaptarse y mejorar rápidamente es crucial para una cultura de seguridad efectiva (52).

### **2.2.1.3. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente**

La AHRQ indica que la CSP está compuesta por 3 dimensiones (54):

#### **Dimensión 1: Cultura de seguridad a nivel de servicio.**

---

- **Acciones del servicio para la seguridad:** Analiza cómo los líderes promueven la seguridad del paciente y fomentan la participación del personal en la implementación de procedimientos de seguridad (54).
- **Mejora continua:** Se enfoca en las acciones tomadas para aprender de los errores y mejorar continuamente los procesos de atención (54).
- **Trabajo en equipo:** Evalúa la colaboración y el apoyo mutuo entre el personal del mismo departamento, asegurando un trato respetuoso y la cooperación cuando hay sobrecarga de trabajo (54).
- **Comunicación franca:** Analiza la facilidad con la que el personal puede comunicar problemas de seguridad sin temor a represalias (54).
- **Retroalimentación sobre errores:** Evalúa cómo se maneja la información sobre errores y si se utiliza para mejorar los procesos (54).
- **Respuesta no punitiva:** Mide si los errores se manejan de manera constructiva, sin culpar al personal, para fomentar un ambiente de aprendizaje (54).
- **Dotación de personal:** Evalúa si hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo y mantener la seguridad del paciente (54).
- **Apoyo de la gerencia:** Evalúa el compromiso de la dirección con la seguridad del paciente y su esfuerzo por crear un clima laboral favorable (54).

## **Dimensión 2: Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.**

---

- **Trabajo en equipo entre unidades:** Mide la colaboración y comunicación efectiva entre diferentes departamentos para asegurar la continuidad y seguridad en la atención (54).
- **Problemas en cambios de turno y/o servicios:** Evalúa la transferencia de información relevante y la continuidad de la atención (54).

## **Dimensión 3: Resultados de la cultura de seguridad.**

- **Frecuencia de eventos notificados:** Evalúa la frecuencia con la que se reportan eventos de seguridad y si se fomenta la notificación de incidentes (54).
- **Percepción de seguridad:** Mide la percepción del personal sobre la seguridad general en la organización (54).

#### 2.2.1.4. Teorías de la cultura de seguridad del paciente

- **La Teoría de la Cultura de Seguridad:** la OMS (14) impulso ésta filosofía donde no existen castigos, se refiere a un ambiente en el que las personas y las instituciones están comprometidos con la seguridad y, por lo tanto, con el manejo de las mejores prácticas y estándares.

En esta cultura, existe un ambiente abierto y de confianza mutua, donde las faltas y equivocaciones se ven como una oportunidad para aprender en vez de usarse para culpar a otros. Los individuos comparten los mismos valores, y se involucran en los métodos y guías que buscan alcanzar la seguridad del paciente. Tienen el objetivo claro de tratar de minimizar el daño y el error.

- **La Teoría del Error de Reason:** Reason (55) sugiere que, debido a la naturaleza falible de los seres humanos, los errores son inevitables, incluso con los mejores esfuerzos para prevenirlos. Por lo tanto, es importante redefinir los procesos para hacerlos más reacios a los errores y menos propensos a situaciones de riesgo. Además, se deben implementar estrategias para detectar e interceptar errores de manera temprana.

Para Reason, la esencia de una gestión efectiva de la seguridad es encontrar un equilibrio insuperable entre el uso de métodos de análisis de eventos y la implementación de acciones proactivas en los procesos. Esto implica ser capaz de analizar y entender lo que está sucediendo, hacer previsiones (que no deben

confundirse con establecer objetivos de producción) y evaluar cuánto se ha investigado. Estos son los pilares fundamentales de un buen sistema de gestión de la seguridad.

---

- **La Teoría de la Identidad Social:** Según Tajfel (15), la definición de un grupo social se basaría en el concepto de identidad social. Este concepto sugiere que los miembros de un grupo poseen una cierta percepción colectiva de sí mismos como una entidad social distinta, y comparten los mismos criterios de identidad social.

Podemos mencionar algunos puntos claves para el autor:

---

- **Autoconcepto:** propone que gran parte de este se deriva de su identidad social, que es el reconocimiento a su pertenencia en ciertos grupos sociales, y el valor emocional y significativo que esta pertenencia tiene para el individuo (15).

---

- **Principio de acentuación:** se refiere a la maximización de los aspectos positivos de uno mismo cuando se interactúa con un grupo social. Pudiendo realizar una

comparación con otros grupos sociales que puede dar lugar a la percepción de superioridad o inferioridad (15).

- **Endogrupo y exogrupo:** El endogrupo es el grupo al que pertenece una persona y que se caracteriza por tener atributos positivos. Por otro lado, las personas que pertenecen a otros grupos sociales son vistas como adversarios y se agrupan en lo que se llama exogrupo (15).

- **Identidad social e identidad personal:** la pertenencia de un individuo a ciertos grupos sociales contribuye de manera importante a su identidad individual. En otras palabras, determina en gran medida quiénes somos como individuos, influyendo en nuestra identidad personal (15).

- **Autoestima positiva:** existe una tendencia individual hacia la consecución de la autoestima positiva, esta se logra en el contexto intergrupar a través de la maximización de las diferencias entre el endogrupo y el exogrupo en aspectos que reflejan positivamente al endogrupo o que lo favorecen (15).

- **La Teoría de la Enfermería Transcultural:** desarrollada por Madeleine Leininger (16), se enfoca en el cuidado basado en la cultura, las creencias de salud o enfermedad, los valores y las prácticas de las personas. Esta teoría reconoce la importancia de comprender las diferencias culturales para proporcionar una atención médica más efectiva y humana. Fusionó la enfermería y la antropología para crear una teoría que destaca la importancia de la cultura en la atención sanitaria.

### 2.2.3. El papel de los líderes en la cultura de seguridad del paciente (CSP)

---

Los líderes dentro de los hospitales desempeñan tareas muy relevantes en el ámbito de la SP, ya que desarrollan ciertas funciones en las instituciones (56), tales como:

- La promoción y continuidad del aprendizaje.
- Motivación constante al personal sobre la cultura de seguridad.
- Brindan un ambiente transparente en donde las medidas de calidad y los posibles incidentes se comparten y socializan con el personal.
- Ayudan a modelar el comportamiento de su personal a cargo.
- Eliminan actitudes intimidatorias hacia el personal.
- Facilitan y proporcionan recursos para promover planes de mejora.

Los líderes en las instituciones de salud permiten desarrollar las iniciativas más difíciles, ya que, en su mayoría, se acompañan de un cambio de comportamiento importante; para que se cumplan y permanezcan a largo plazo, los líderes garantizan la continuidad de las acciones necesarias para lograr estos objetivos (57).

Las entidades de salud que demuestran y desarrollan una CSP con raíces sólidas y fuertes, se caracterizan porque su nivel de comunicación está basado en la confianza, tienen una visión compartida de que la SP es lo más importante y que sus medidas

preventivas están enfocadas en todos los ámbitos de la atención (43). En estas instituciones existe una confianza al más alto nivel en el equipo de trabajo y en sus líderes, que dan el soporte al momento de identificar y reportar un evento de SP durante su cuidado, porque confían en que sus informes contribuyen a mejorar las medidas de seguridad en las atenciones (30).

## **2.3. Formulación de la hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**H1:** Existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**H0:** No existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**Hi1.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho1.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Hi2.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho2.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Hi3.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho3.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

El método es hipotético deductivo, porque utiliza la lógica y razonamiento deductivo, se centra en hipótesis preestablecidas, se realiza la medición de variables y su uso debe sujetarse al plan prediseñado (58).

### **3.2. Enfoque de investigación**

Enfoque cuantitativo, porque abordará aspectos visibles y medibles, usando instrumentos que permitan recolectar adecuadamente los datos y sean más fácil cuantificarlos y clasificarlos (58).

### **3.3. Tipo de investigación**

Estudio aplicado o práctico, puesto que se busca producir nuevos conocimientos que influyen directamente en la práctica clínica o ayudarán a mejorarla. Con relación a la SP, va a permitir a los gestores facilitar el abordaje de las limitaciones, la toma de decisiones y predecir algunas situaciones de la práctica diaria (58).

### **3.4. Diseño de la investigación**

El diseño es el no experimental, porque no se manipula intencionalmente a la variable independiente, para describir el efecto sobre la otra variable. Solo se observó y midió el fenómeno en su medio habitual para analizarlo.

Es de corte transversal, puesto que los datos a recopilar se harán en un intervalo de tiempo. De alcance correlacional porque busca determinar la relación entre las dos variables del estudio (58).

### **3.5. Población, muestra y muestreo.**

#### **3.5.1. Población.**

La población la conforman 250 enfermeras que dependen de la Dirección de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma ubicada en la Av. Javier Prado Este 1066 Urb. Corpac, Lima.

### 3.5.2. Muestra.

Podemos definirla como una porción representativa de la población a estudiar, podemos realizar inferencias sobre toda la población de estudio (58). Para determinarla usamos la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de Muestra} = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2}$$

En donde :

Z = Nivel de confianza (95% o 99%)

p = .5

c = Margen de error (0.5)

Aplicando la fórmula, tenemos que la muestra será de **152** enfermeras.

### 3.5.3. Muestreo.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que se buscan características específicas de la población (58), dentro de ellas podemos mencionar:

#### **Criterios de inclusión:**

- Enfermeras que den su consentimiento para participar voluntariamente.
- Enfermeras asistenciales que laboren en los servicios.
- Enfermeras que laboran más de 1 año en la institución.
- Enfermeras que laboran más de 6 meses en el servicio.

---

#### **Criterios de exclusión**

- Enfermeras con descanso médico o de vacaciones.
  - Enfermeras asistenciales reasignadas a otros servicios.
  - Enfermeras supervisoras y jefas.
-

### 3.6. Variables y operacionalización de variables

#### 3.6.1. Variables

**Variable 1:** Estilos de liderazgo.

**Variable 2:** Cultura de seguridad del paciente.

#### 3.6.2. Operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa
<b>V1</b> <b>Estilos de Liderazgo</b>	Los estilos de liderazgo es la forma cómo los líderes interactúan, dirigen y gestionan a las personas, tanto dentro como fuera de la organización (35).	Percepción del personal de enfermería respecto a las actitudes y comportamientos del líder, será evaluada por un cuestionario organizado en 3 dimensiones, evaluadas en alto, medio y bajo.	Liderazgo Transformacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influencia idealizada atribuida.</li> <li>- Influencia idealizada conductual.</li> <li>- Motivación inspiracional.</li> <li>- Estimulación intelectual.</li> <li>- Consideración. Individualizada.</li> </ul>	Ordinal	Alto (67 – 100)
			Liderazgo Transaccional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recompensa contingente.</li> <li>- Dirección por excepción activa.</li> </ul>		Medio (33 – 66)
			Liderazgo Pasivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirección por excepción pasiva.</li> <li>- Laissez-faire.</li> </ul>		Bajo (0 – 32)

<b>V2</b> <b>Cultura de seguridad del paciente</b>	Es el resultado de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de conducta individuales y colectivos que establecen el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad del paciente en la organización y el estilo de la gestión (49).	Percepción del personal de enfermería respecto a la CSP, será evaluada por un cuestionario organizado en 3 dimensiones, evaluadas en eficiente, regular y deficiente.	Cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones del servicio para la seguridad.</li> <li>- Mejora continua.</li> <li>- Trabajo en equipo.</li> <li>- Comunicación franca.</li> <li>- Retroalimentación sobre errores.</li> <li>- Respuesta no punitiva.</li> <li>- Dotación de personal.</li> <li>- Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente.</li> </ul>	Ordinal	<p>Eficiente (111 -170)</p> <p>Regular (61-110)</p> <p>Deficiente (0-60)</p>
			Cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo en equipo entre unidades.</li> <li>- Problemas en cambios de turno y/o servicios.</li> </ul>		
			Resultados de la cultura de seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de eventos notificados.</li> <li>- Percepción de seguridad.</li> </ul>		

---

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

La encuesta se utilizó como técnica de recolección de datos, para analizarlos de manera ordenada y precisa, el instrumento fue un cuestionario con el que se precisó las dimensiones de las variables de estudio. Este cuestionario cuenta con preguntas de tipo cerradas, con opciones múltiples según escala de Likert.

#### 3.7.2. Descripción del instrumento

El instrumento es un cuestionario y consta de 3 partes:

1) **Aspectos sociodemográficos**, que incluye: edad, sexo, estado civil, años trabajando en el servicio, años trabajando en el hospital, horas de trabajo semanal, servicio donde labora, posición laboral en su servicio.

2) **El cuestionario multifactorial del liderazgo forma de clasificador (5X) corta de Bass y Avolio (18)**, que consta de 36 ítems, divididos en las tres dimensiones que son LTF con 5 subdimensiones y con un total de 20 ítems; LTS con 2 subdimensiones y con un total de 8 ítems; liderazgo pasivo con 2 subdimensiones y con un total de 8 ítems. Tiene un tiempo de llenado de 10 minutos aproximadamente.

Para valorar las respuestas de cada ítem se usa la escala tipo Likert con un rango de respuesta de: muy en desacuerdo 1, en desacuerdo 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, de acuerdo 4, muy de acuerdo 5. Se indican las preguntas que se han redactado en negación.

Los niveles para identificar la presencia de cada uno de los estilos de liderazgo se definen mediante el uso de los percentiles que llegan a establecer la correspondencia

entre los puntajes directos obtenidos del cuestionario, tenemos: alto de 67 a 100, medio de 33 a 66, y bajo de 0 a 32.

**3) El Cuestionario de cultura de seguridad de los pacientes de la AHRQ (19)**, con un total de 42 ítems, para evaluar las 3 dimensiones de la CSP, tenemos, 7 ítems en la dimensión 1; 27 ítems en la dimensión 2; 8 ítems en la dimensión 3. Tiene una duración de 10 a 15 minutos.

Para la valoración de las respuestas se usa la escala de Likert con un rango de respuesta de: Muy en desacuerdo 1, En desacuerdo 2, Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3, De acuerdo 4, Muy de acuerdo 5. El cuestionario incluye preguntas redactadas de manera positiva y otras redactadas de manera negativa. En el análisis inicial de frecuencias por ítems, se conservan las respuestas originales. Sin embargo, para el análisis global por dimensiones, la escala de las preguntas formuladas negativamente se invierte para simplificar el análisis.

De acuerdo con los puntajes obtenidos, estos estarán clasificados de la siguiente manera: eficiente de 111 -170, regular de 61-110 y deficiente de 0-60.

El instrumento final para este estudio tiene un total de 78 ítems, con alternativas de respuesta que van desde muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo. El tiempo estimado de llenado es de 15 a 20 minutos.

El recojo de los datos se realizó en el mismo servicio en el que laboran las enfermeras y estará a cargo de los autores del estudio para ayudarles ante cualquier duda o inconveniente. Se les entregó el cuestionario donde primero deberán llenar el consentimiento informado en donde se especifican los objetivos del estudio. El tiempo

de recojo de los datos fue de 70 días.

### 3.7.3. Validación

**La validez del contenido** fue evaluada por 5 jueces expertos en el campo, con el fin de determinar si los ítems eran significativos para medir la variable en cuestión, si eran suficiente para cubrir la variable y si la redacción era adecuada para el contexto nacional.

#### Jueces de Expertos

Experto	Resultados
Mg. María Luisa Chirinos Fernández.	Aplicable
Mg. Patricia Liliana Bolaños Grau.	Aplicable
Mg. Ruth Janett Palomino Rojas	Aplicable
Dra. Isabel Giovana Colan Rojas.	Aplicable
Mg. Mario Rosario del Cautivo Salazar Ojeda.	Aplicable

**La validación de constructo** se dio mediante la prueba de KMO para examinar la fuerza de la correlación parcial entre las variables, obteniendo valores de 0.841 para el de liderazgo y 0.854 para el instrumento de CSP , lo cual indica una fuerte correlación parcial calificándolos como valores meritorios. Se procedió entonces a realizar la prueba de Esfericidad de Barlett, los valores obtenidos para la prueba estadística significativa fueron menores a 0.05, concluyendo que existe una correlación sustancial en los datos.

**Tabla 1. Validación estadística de estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente.**

Instrumento	Medida Kaiser-Meyer-Olkin	Prueba Esfericidad Barlett Aprox. Chi-cuadrado
Estilos de Liderazgo	.841	7923.4131 Sig. .000

Cultura de Seguridad del Paciente	.854	534775.387 Sig. .000
--------------------------------------	------	-------------------------

---

#### 3.7.4. Confiabilidad

Se realizó una prueba piloto en 20 enfermeros para determinar la confiabilidad de los instrumentos por parte de los investigadores, dando como resultado el valor del Alfa de Cronbach de 0,948 para el cuestionario de liderazgo, el cual indica que es un cuestionario confiable de consistencia interna en el nivel de excelente. El valor del Alfa de Cronbach fue 0,919 para el cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente, lo que indica también que es un cuestionario confiable de consistencia interna en el nivel de excelente.

**Tabla 2. Confiabilidad estadística de estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente.**

Instrumento	Alfa de Cronbach	N	Consistencia Interna
Estilos de liderazgo	0,948	36	Excelente
Cultura de seguridad del paciente	0,919	42	Excelente

---

#### 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa Microsoft Word para la redacción del proyecto y demás documentos.

Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizará el programa Microsoft Excel (ME). El tamaño de muestra se calculó mediante el programa ME (adaptado por el grupo Fisterra). La parte estadística, tanto descriptiva como inferencial se realizó mediante el programa estadístico SPSS Statistics 29.

### 3.9. Aspectos éticos

Este proyecto consideró las normativas tanto internacionales como nacionales referentes a la investigación en humanos y las disposiciones vigentes en bioseguridad (59).

Tuvo también en cuenta, los principios bioéticos para la ejecución y logro de los objetivos planteados, dentro del marco moral y ético (59):

- **Autonomía:** el personal de enfermería participa de manera libre y voluntaria.
- **Beneficencia:** los resultados serán compartidos con los participantes del estudio.
- **No maleficencia:** los participantes no fueron perjudicados en ningún momento del proceso.
- **Justicia:** se brindó la información a todos de manera igualitaria y precisa.

Se solicitó el consentimiento informado debido a todos los participantes del estudio para constatar su voluntaria participación, además de garantizar la protección de sus Datos Personales según lo referido a la Ley N ° 29733.

---

## CAPÍTULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

##### . Tablas descriptivas generales

**Tabla 3. Datos sociodemográficos**

Característica	Estadísticos descriptivos cuantitativos	
	<i>f</i>	%
<b>Rango de edades</b>		
25 a 34 años	56	36,8
35 a 44 años	82	53,9
45 a 54 años	14	9,2
<b>Sexo</b>		
Femenino	121	79,6

Masculino	31	20,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	77	50,7
Casado	48	31,6
Conviviente	27	17,8
<b>Año de inicio en la clínica</b>		
2000 a 2004	5	3,3
2005 a 2009	5	3,3
2010 a 2014	15	9,9
2015 a 2019	18	11,8
2020 a 2024	109	71,7
<b>Año de inicio en el Servicio</b>		
2000 a 2004	3	2,0
2005 a 2009	1	0,7
2010 a 2014	10	6,6
2015 a 2019	15	9,9
2020 a 2024	123	80,9
<b>Modalidad laboral</b>		
Nombrado	20	13,2
Contratado	132	86,8
<b>Incidentes notificados</b>		
Nunca	76	50,0
Al menos 1 vez	53	34,9
Más de 1 vez	23	15,1
<b>Servicio</b>		
Hospitalización	85	55,9
Emergencia	26	17,1
UCI	25	16,4
Neonatología	16	10,5
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100</b>

Podemos observar que en el rango de 35 a 44 años se obtiene la mayor concentración de enfermeras/os (82 personas) y representa el 53,9% del total. La proporción de

mujeres es significativamente mayor con 79,6% en comparación con la de hombres con 20,4%. El estado civil soltero obtiene la mayor concentración de enfermeras/os 50,7% (77). La mayoría de las enfermeras/os comenzaron en la clínica en el período de 2020 a 2024, con un total de 109 individuos representando el 71,7%, así como el 80,9% (123) comenzaron en el servicio en el período de 2020 a 2024. La proporción de enfermeras/os contratados es significativamente mayor 86,8% (132) en comparación con la de nombrados 13,2% (20).

Por otro lado tenemos en la frecuencia de incidentes notificados 50% (76) que nunca notificaron en el último año. Con respecto a los servicios, el 55,92% (85) labora en el servicio de hospitalización y un 17,11% (26) labora en el servicio de emergencia,

**Tabla 4. Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable estilos de liderazgo.**

Estilos de Liderazgo	Estadísticos descriptivos cuantitativos	
	<i>f</i>	%
Bajo	25	16,4
Medio	106	69,7
Alto	21	13,8
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

Se observa que los enfermeros de la clínica consideran que los estilos de liderazgo en

nivel medio el 69.74% (106) , el 16.45% (25) consideran un nivel bajo de los estilos de liderazgo, y el 13.82% (21) consideran a los estilos de liderazgo en un nivel alto.

**Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable estilos de liderazgo con sus dimensiones en enfermeras**

Dimensiones	Niveles o rangos					
	Bajo		Medio		Alto	
	f	%	f	%	f	%
Liderazgo transformacional	23	15,1	81	53,3	48	31,6
Liderazgo transaccional	29	19,1	108	71,1	15	9,9
Liderazgo pasivo	47	30,9	79	52,0	26	17,1
<b>Liderazgo</b>	<b>25</b>	<b>16,4</b>	<b>106</b>	<b>69,7</b>	<b>21</b>	<b>13,8</b>

En la tabla 5, se observa que el 71.1% (108) tienen un liderazgo transaccional de nivel medio, el 53.3% (81) tienen un liderazgo transformacional medio, el 52.0% (179) tienen un liderazgo pasivo de nivel medio y el y el 31.6% (48) tienen un liderazgo transformacional de nivel alto, del personal de enfermería que labora en una clínica de Lima.

**Tabla 6. Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable cultura de seguridad del paciente**

Cultura de seguridad del paciente	Estadísticos descriptivos cuantitativos	
	f	%
Deficiente	31	20,4
Regular	86	56,6
Eficiente	35	23,0
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

Los enfermeros de la clínica consideran que existe una cultura de seguridad del

paciente en nivel regular es 56.58% (86), el 23.03% (35) consideran una cultura de seguridad eficiente y el 20.39% (31) consideran un nivel de cultura de seguridad del paciente deficiente.

**Tabla 7. Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de la variable cultura de seguridad del paciente con sus dimensiones en enfermeras**

Dimensiones	Niveles o rangos					
	Deficiente		Regular		Eficiente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio.	26	17,1	113	74,3	13	8,6
Cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica.	46	30,3	81	53,3	25	16,4
Resultados de la cultura de seguridad del paciente.	50	32,9	77	50,7	25	16,4
<b>Cultura de seguridad del paciente</b>	<b>31</b>	<b>20,4</b>	<b>86</b>	<b>56,6</b>	<b>35</b>	<b>23,0</b>

De la Tabla 7, se observa que el 74.3% (113) tienen una CSP regular a nivel de servicio, 53.3% (81) tienen un nivel regular a nivel de la CSP en toda la clínica, el 50.7% (77) tienen una CSP regular a nivel resultados de la CSP; y el 8.6% (13) tienen una CSP eficiente a nivel de servicio, del personal de enfermería que labora en una clínica de Lima.

#### . Tablas Cruzadas

**Tabla 8. Tabla cruzada de la variable estilos de liderazgo con la variable cultura de seguridad del paciente en enfermeras.**

		Cultura de seguridad del paciente			Total	
		Deficiente	Regular	Eficiente		
Estilos de Liderazgo	Bajo	Recuento	14	12	5	31
		% del total	45,2%	38,7%	16,1%	100,0%
	Medio	Recuento	11	66	9	86
		% del total	12,8%	76,7%	10,5%	100,0%
	Alto	Recuento	0	28	7	35
		% del total	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	Total		25	106	21	152
			16,4%	69,7%	13,8%	100,0%

De la Tabla 8, se destaca que, del total de 152 enfermeros de la clínica, el 80% (28) perciben a los estilos de liderazgo en un nivel alto, pero consideran a la CSP en un nivel regular, pero también observamos que un 76,7% (66) considera a los estilos de liderazgo en el nivel medio y a la CSP en un nivel regular. Por otro lado, tenemos que un 45,2% (14) percibe a los estilos de liderazgo en un nivel bajo y a su vez considera a la CSP en el nivel deficiente.

**Tabla 9. Tabla cruzada de las dimensiones de la variable cultura de seguridad del paciente con la variable estilos de liderazgo en enfermeras.**

Dimensión de la cultura de seguridad del paciente		Liderazgo			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio	Deficiente	Recuento	15	15	1	31
		% del total	48,4%	48,4%	3,2%	100,0%
	Regular	Recuento	8	44	34	86
		% del total	9,3%	51,2%	39,5%	100,0%
	Eficiente	Recuento	0	22	13	35

		% del total	0,0%	62,9%	37,1%	100,0%
<b>Total, en la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio</b>			<b>23</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>152</b>
			<b>15,1%</b>	<b>53,3%</b>	<b>31,6%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica</b>	<b>Deficiente</b>	Recuento	16	14	1	31
		% del total	51,6%	45,2%	3,2%	100,0%
	<b>Regular</b>	Recuento	13	67	6	86
		% del total	15,1%	77,9%	7,0%	100,0%
	<b>Eficiente</b>	Recuento	0	27	8	35
		% del total	0,0%	77,1%	22,9%	100,0%
<b>Total, en la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica</b>			<b>29</b>	<b>108</b>	<b>15</b>	<b>152</b>
			<b>19,1%</b>	<b>71,1%</b>	<b>9,9%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Resultados de la cultura de seguridad del paciente</b>	<b>Deficiente</b>	Recuento	4	12	15	31
		% del total	12,9%	38,7%	48,4%	100,0%
	<b>Regular</b>	Recuento	31	44	11	86
		% del total	36,0%	51,2%	12,8%	100,0%
	<b>Eficiente</b>	Recuento	12	23	0	35
		% del total	34,3%	65,7%	0,0%	100,0%
<b>Total, en la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente</b>			<b>47</b>	<b>79</b>	<b>26</b>	<b>152</b>
			<b>30,9%</b>	<b>52,0%</b>	<b>17,1%</b>	<b>100,0%</b>

De esta tabla, podemos destacar que del total de 152 enfermeros, 67 que representan el 77,9%, identifican la dimensión CSP a nivel de toda la clínica en un nivel regular con los estilos de liderazgo de nivel medio y 27 (77,1%) enfermeros que la sitúan en un nivel eficiente con los estilos de liderazgo a nivel medio.

Con respecto a la dimensión resultados de la CSP, 23 enfermeros que representan el 65,7% la consideran en un nivel eficiente con los estilos de liderazgo nivel medio en la clínica; y 22 (62,9%) enfermeros consideran que la dimensión CSP a nivel de servicio se encuentra en un nivel eficiente con los estilos de liderazgo de nivel medio. Asu vez, se observa que 44 (51,2%) enfermeros, sitúan como regular la dimensión resultados de CSP y la dimensión CSP a nivel de servicio con los estilos de liderazgo

medio en la clínica.

#### 4.1.2. Prueba de hipótesis

##### a) Hipótesis general

**H1:** Existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**H0:** No existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Tabla 10. Correlación entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente.**

Correlaciones			Estilos de Liderazgo	Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	Estilos de Liderazgo	Coefficiente de correlación	1,000	,339**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	152	152
n	Cultura de seguridad del paciente	Coefficiente de correlación	,339**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	152	152

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: N= tamaño de la muestra.

Sig. (bilateral) = probabilidad mínima con la que se rechaza la H0.

Criterio de decisión: si  $\alpha > p$ , se rechaza la H0.

**Decisión:** Se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,339; esto quiere decir que la correlación entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente es positiva débil y significativa. Considerando que el valor de  $p < 0.01$ ; se rechaza H0; es decir, si existe relación entre los estilos de liderazgo y la CSP.

## b) Hipótesis específicas

### Hipótesis específica 1

**Hi1.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho1.** No existe relación estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Tabla 11. Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio.**

Correlaciones		Estilos de Liderazgo	CSP a nivel de servicio
Rho de Spearman	Estilos de Liderazgo	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,376**
		N	152
CSP a nivel de servicio	CSP a nivel de servicio	Coeficiente de correlación	,376**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	152

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Decisión:** Se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,376 esto quiere decir que la correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de servicio es positiva y débil. Considerando que el valor de  $p < 0.01$ ; se rechaza Ho1; es decir, si existe relación entre estilos de liderazgo y la CSP, por lo tanto, si los estilos de liderazgo aumentan la CSP a nivel de servicio también aumentará en el mismo sentido y magnitud.

### Hipótesis específica 2

**Hi2.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho2.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Tabla 12. Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio.**

Correlaciones		Estilos de Liderazgo	CSP a nivel de toda la clínica	
Rho de Spearman	Estilos de Liderazgo	Coefficiente de correlación	1,000	,444**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	CSP a nivel de toda la clínica	N	152	152
		Coefficiente de correlación	,444**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	152	152

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Decisión:** Se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.444; esto quiere decir que la correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de toda la clínica es positiva y débil. Considerando que el valor de  $p < 0.01$ ; se rechaza Ho2; es decir, si existe relación entre los estilos de liderazgo y la CSP a nivel de toda la clínica, por lo tanto, si los estilos de liderazgo aumentan la CSP a nivel de toda la clínica también aumentará en el mismo sentido y magnitud.

### **Hipótesis específica 3**

**Hi3.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Ho3.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Tabla 13. Correlación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente.**

Correlaciones		Estilos de Liderazgo	Resultados de la CSP
Rho de Spearman	Estilos de Liderazgo	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,311**
		N	152
	Resultados de la CSP	Coefficiente de correlación	,311**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	152

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Decisión:** Se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.311; esto quiere decir que la correlación es positiva y débil entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la CSP. Considerando que el valor de  $p < 0.01$ ; se rechaza Ho3; es decir, si existe relación entre estilos de liderazgo y los resultados de la CSP, por lo tanto, si los estilos de liderazgo aumentan los resultados de la CSP también aumentaran en sentido y magnitud.

#### 4.1.3. Discusión de resultados.

Teniendo presente que objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre los estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024; se encontró que si existe relación positiva y significativa entre ambas variables estadísticamente con coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,339; considerando el valor de  $p < 0.01$ ; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alterna. Dichos resultados coinciden con Tawfik et al. (20), Estados Unidos, donde obtuvieron valores significativos positivos de 0,64 al evaluar los comportamientos de liderazgo en relación con la CSP. De igual modo, Clay-Williams et. al (60), en Australia, encontraron una relación positiva y significativa entre los estilos del liderazgo y CSP, sugiriendo que las actitudes y comportamientos de los líderes, sobre todo en las áreas críticas, son consistentes con las instituciones de salud que lideran en calidad de atención. A nivel nacional podemos mencionar que Borneo (29), Perú, obtuvo un coeficiente Rho de Spearman de 0,40 positivo de nivel medio, y un 90.9% en el nivel deficiente a la relación entre la CSP en gestores y el 49.1% considera a los gestores de manera negativa en la CSP; datos resaltantes que hacen énfasis en la importancia de los líderes en las instituciones para generar los cambios esperados y que el personal adopte y practique la CSP en todo momento. De acuerdo con la teoría de Reason (55), se sostiene que las culturas de seguridad del paciente en las instituciones de salud se desarrollan gradualmente de acuerdo con las condiciones locales, eventos anteriores, el estilo de liderazgo y el esfuerzo de los colaboradores. A su vez la Teoría Transcultural de Leininger (16) destaca la importancia de comprender las diferencias culturales para proporcionar una atención médica más efectiva; y el modelo de liderazgo de Bass y Avolio (17) enfatiza considerar las necesidades y habilidades de las personas que se lideran, para comprenderlos y motivarlos. Por lo tanto según los datos encontrados, el liderazgo es pieza clave para favorecer y mantener la CSP en la clínica, relacionándose de manera positiva y significativa.

Con respecto a los resultados del análisis de los estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de servicio, la relación es positiva y significativa con un coeficiente de

correlación de Rho de Spearman de 0,376. Lappalainen et al. (25), Finlandia, hallaron una correlación de nivel moderado estadísticamente significativo con un valor de correlación Rho de Spearman de 0,541 entre estas variables, afirmando que los estilos de liderazgo de los gestores de enfermería promueven la seguridad en la atención y el adecuado manejo de la medicación dentro de los servicios de medicina. Del mismo modo, Al-Yami et al. (61), en Arabia Saudita, encontraron valores de correlación Rho de Spearman de 0,409, significativo y positivo entre el liderazgo y la dispensa de medicación segura como parte de la SP, concluyendo que el liderazgo de estilo transformacional estaba estrechamente relacionado con el compromiso hacia la CSP, sugiere que los líderes transformacionales, al inspirar y motivar a sus equipos, son fundamentales para fomentar una CSP sólida y eficaz, puesto que no solo mejoran la moral y la cohesión del equipo, sino que también elevan los estándares de seguridad y calidad del cuidado del paciente. De acuerdo con la teoría de Bass y Avolio (17), el liderazgo transformacional influye positivamente en los colaboradores al brindarles un ambiente en donde se sientan en confianza y puedan mejorar no solo su comportamiento sino su rendimiento, comprometiéndolos con los valores y objetivos de la institución. Por lo tanto podemos decir, que la función distintiva del liderazgo consiste en definir el sistema de valores de la institución, establecer metas estratégicas, coordinar los esfuerzos internos para alcanzar dichas metas, proporcionar recursos para la creación, difusión y sostenibilidad de sistemas eficaces, eliminar barreras que impidan mejoras, y asegurar el cumplimiento de prácticas reconocidas que promuevan la SP.

Al analizar la relación entre los estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de toda la clínica, se obtuvo que la correlación es moderada y positiva con un coeficiente

de Rho de Spearman de 0,444, estadísticamente significativo. Padauleng et al. (62), en India encontró que las jefas de enfermería eran reconocidas por sus estilos de liderazgo que ejercían con 69,2% del total de los profesionales, al igual que Bracamonte (63), en Argentina, con un total de 71,2%, dando a conocer que el liderazgo de estilo transaccional influenciaba directamente con la CSP al motivar a las enfermeras asistenciales para recibir algún tipo de compensación si los resultados organizacionales a los que se deben llegar tienen un resultado positivo; estas recompensas, podían ser no materiales, como felicitaciones y reconocimientos, favoreciendo el compromiso hacia la organización y generando un impacto positivo en las enfermeras. Analizando las teorías de Tafjel (15) y Leininger (16), ambos concuerdan en la importancia que tienen los valores y las características de cada individuo dentro de las organizaciones, ya que esto se refleja en la cultura a nivel de toda la institución, dándole un significado particular y único. Por lo expuesto, la CSP aporta ventajas que mejoran el desempeño organizacional, logrados a través de un proceso continuo de mejora de la calidad, cimentados en un liderazgo proactivo de la gerencia de la clínica.

Para la relación estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la CSP, obtuvo una correlación positiva y débil, con un Rho de Spearman de 0,311. Existe una diferencia en estos valores con el estudio de Hamdan et al. (64), en Arabia Saudita obtuvieron coeficiente Rho de Spearman de 0.751 positivo y muy significativo entre las variables estilos de liderazgo, CSP y prácticas seguras de enfermería; concluyeron que los líderes enfermeros son los que logran mejorar la seguridad del paciente, pero no se limitan a influir en el personal solamente, sino que cultivan la CSP dentro de toda la organización a través de las prácticas seguras. Pedroso et al. (11), al analizar la CSP en

hospitales de Sudamérica, encontraron que el 69,2% de los profesionales consideraban los resultados de la CSP como negativa, y con respecto a la frecuencia de eventos reportados 70,1% al menos una vez había reportado un incidente; cabe resaltar, que del grupo de profesionales, las enfermeras son las que obtenían los mayores puntajes, resaltando que son las más comprometidas e involucradas en la atención de los pacientes. De acuerdo con la teoría de Reason (55), los seres humanos somos propensos a incurrir en errores, por esta razón las instituciones deben ser capaces de analizar estos eventos y tomar decisiones para que no vuelvan a ocurrir en futuro, optimizando así sus sistemas de gestión de la calidad. En este punto, podemos destacar que los sistemas de notificación de eventos adversos y errores son herramientas importantes para brindar retroalimentación al personal sobre las lecciones aprendidas, siempre y cuando estos sean simples y fáciles para notificar; permitiendo que se detecten riesgos en los procesos asistenciales, implementar medidas preventivas, realizar cambios necesarios en cuestión de calidad y que estos se sostengan en el tiempo.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

**Primera.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la CSP de manera positiva débil y estadísticamente significativa entre estilos de liderazgo y la CSP en enfermeras en una clínica de Lima en el año 2024.

**Segunda.** La relación de los estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima en el año 2024 es positiva débil y estadísticamente

significativa.

**Tercera.** La relación de los estilos de liderazgo y la dimensión CSP a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima en el año 2024 es positiva débil y estadísticamente significativa.

**Cuarta.** La relación entre los estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la CSP en enfermeras en una clínica de Lima en el año 2024 es positiva débil y estadísticamente significativa.

## 5.2. Recomendaciones

**Primera.** Implementar programas de formación en liderazgo para las enfermeras tanto en el pre y post grado, ya que el liderazgo ha demostrado estar relacionado directamente con la CSP, demostrado tener un impacto positivo en la calidad de las instituciones de salud. Así mismo, fortalecer estas competencias en el ámbito profesional con talleres exclusivos para las coordinadoras de enfermería, esto a cargo del Colegio de Enfermeros del Perú.

**Segunda.** Fomentar el liderazgo adaptado a las necesidades específicas de los diferentes servicios y de los pacientes de la clínica en donde se realizó la investigación, haciendo hincapié en las áreas críticas donde la toma de decisiones es más compleja y diversa,

**Tercera.** Enfatizar en adaptar las estrategias de liderazgo a las particularidades del contexto peruano a nivel del MINSA, considerando las diferencias culturales y organizacionales que pueden influir en la implementación y efectividad de estas estrategias específicas a la organización.

**Cuarta.** Realizar estudios adicionales que exploren otras dimensiones del liderazgo y su impacto en la CSP, así como estudios longitudinales que puedan identificar cambios a lo largo del tiempo. Socializando estos resultados al Colegio de Enfermeros del Perú para que sean

analizados por la parte gerencial de las instituciones de salud y sobre todo por las jefaturas y direcciones de enfermería.

## REFERENCIAS

- 
- . Pertiwiwat E, Martono J. Relationship between Effective Leadership and Decision Making on Patient Safety Culture. Indian J Public Health Res Dev [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 16 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://medicopublication.com/index.php/ijphrd/article/view/1422>
  - . Meléndez Mogollón I, Macías Maroto M, Álvarez González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020;36(2). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-4209-2703>

- . Ree E. What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nurs Open* [Internet]. 13 de noviembre de 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];7(6):1988-96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.592>
- . Committee on Quality of Health Care in America. *To Err Is Human* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
- . Organización Mundial de la Salud. 74.a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2021 [citado 6 de abril de 2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74-REC1/A74\\_REC1-sp.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74-REC1/A74_REC1-sp.pdf#page=1)
- . Feng X, Acord L, Cheng Y, Zeng J, Song J. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *Int Nurs Rev* [Internet]. 1 de junio de 2011 [citado 17 de diciembre de 2022];58(2):249-54. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00891.x>
- . Zaheer S, Ginsburg L, Wong HJ, Thomson K, Bain L, Wulffhart Z. Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety - a mixed methods study. *BMC Nurs* [Internet]. 30 de julio de 2021 [citado 14 de diciembre de 2022];20(1):134. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34330272>
- . Seljemo C, Viksveen P, Ree E. The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 26 de agosto de 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32847598/>

- . Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nurs Open* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];7(1):256. Disponible en: </pmc/articles/PMC6917935/>
- . Santiago-González N, Morales-García DA, Ibarra-Cerón ME, López-Jacinto EA. Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2019;18(3):115-23. Disponible en: <http://www.revenferneurolenlinea.org.mx>
- . Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdedos MG, et al. Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. *BMJ Open Qual*. 6 de octubre de 2023;12(4).
- . Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 de abril de 2018;30(3):186-91.
- . Bernal Corrales F del C. Nivel de Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente y Notificación de Eventos Adversos en un Hospital Nivel I. *Revista científica CURAE* [Internet]. 12 de junio de 2020 [citado 2 de abril de 2023];3(1):43-52. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383>
- . OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
- . Scandroglio B, López Martínez J, San José Sebastian C. La Teoría de la Identidad Social. *Psicotherma*. 2008;20(1):80-9.
- . Allgood MR, Tomey AM. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Elsevier Health Sciences Spain; 2011. 817 p.
- . Bass BM. *From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision*. 1996.

- . Avolio B, Bass B. Multifactor Leadership Questionnaire TM Instrument (Leader and Rater Form) and Scoring Guide (Form 5X-Short) [Internet]. 1995. Disponible en: [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)
- . Cuestionario sobre la Seguridad de los Pacientes. Madrid; 2005.
- . Tawfik DS, Adair KC, Palassof S, Sexton JB, Levoy E, Frankel A, et al. Leadership Behavior Associations with Domains of Safety Culture, Engagement, and Health Care Worker Well-Being. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 1 de marzo de 2023;49(3):156-65.
- . Haskins HEM, Roets L. Nurse leadership: Sustaining a culture of safety. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 25 de octubre de 2022 [citado 14 de diciembre de 2022];27. Disponible en: <https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/2009>
- . Moraes MCS de, Dutra GO, Ferreira TDM, Dias FCP, Balsanelli AP, Gasparino RC. Liderança coaching na enfermagem e sua influência na satisfação profissional e segurança do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2021 [citado 16 de diciembre de 2022];55. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342021000100487&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342021000100487&tlng=pt)
- . Hu SH, Wang T, Ramalho NC, Zhou D, Hu X, Zhao H. Relationship between patient safety culture and safety performance in nursing: The role of safety behaviour. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 14 de agosto de 2021 [citado 17 de diciembre de 2022];27(4):e12937. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12937>
- . Lappalainen M, Härkänen M, Kvist T. The relationship between nurse manager's transformational leadership style and medication safety. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 7 de junio de 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];34(2):357-69. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12737>

- . Ojeda Reyes R, Podestá Gavilano L, Ruiz Arias R. Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021;37(2). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-0122-8835>
- . Larico Peralta Y, Rosas Itucayasia ML, Karimen Jetzabel Mutter Cuellar KJMC. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. Revista Médica Basadrina [Internet]. 30 de abril de 2021;15(2):11-20. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1048>
- . Borneo Cantalicio E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias de una red de salud. Revista Peruana de Ciencias de la Salud [Internet]. 7 de diciembre de 2020;2(4). Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/225e>
- . Cabrera O. Estilos de liderazgo de la enfermera jefa y motivación del personal de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]. 6 de julio de 2022;2:54. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/54>
- . Rakhshan M, Rostami K, Setoodegan E, Eslami J. The relationship between leadership style and time management in senior and middle nursing managers. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2019;14(1). Disponible en: [www.revhipertension.com](http://www.revhipertension.com)
- . Ley N.º 26842 - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 1997 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
- . Resolución Ministerial N.º 727-2009-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2009 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246122-727-2009->

- . Goleman D. Liderazgo que obtiene resultados. Los Clásicos de Harvard Business Review. 1998;26-37.
- . Kernberg OF. Ideology, conflict, and leadership in groups and organizations. Yale University Press; 1998. 321 p.
- . Contreras Torres F, Barbosa Ramírez D, Piñeros Espinosa R. Liderazgo: antecedentes, tendencias y perspectivas de desarrollo. Liderazgo: antecedentes, tendencias y perspectivas de desarrollo. Editorial Universidad del Rosario; 2016.
- . Gómez-Rada Carlos. Liderazgo: Conceptos, Teorías Y Hallazgos Relevantes. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2008;2(2):61-77.
- . Goleman D. Liderazgo : el poder de la inteligencia emocional. 1.a ed. España; 2013. 162 p.
- . Robbins SP, Judge T. Organizational Behavior. Pearson Prentice Hall; 2009. 716 p.
- . Dominguez LC, Dolmans D, de Grave W, Donkers J, Sanabria A, Stassen L. Supervisors' transformational leadership style and residents' job crafting in surgical training: the residents' views. Int J Med Educ. 28 de marzo de 2022;13:74-83.
- . Saxena A, Desanghere L, Stobart K, Walker K. Goleman's Leadership styles at different hierarchical levels in medical education. BMC Med Educ. 19 de septiembre de 2017;17(1).
- . Charalambous A. Theoretical Frameworks of Leadership in Nursing: Critical Reflections. Semin Oncol Nurs [Internet]. 1 de febrero de 2023;39(1):151362. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749208122001401>
- . Cortés González J, Paulina M, Saavedra H, Gisel T, Rivera M, Luisa M, et al. Leadership styles in nursing department heads [Internet]. Vol. 12, Artículo de revisión Enf Neurol (Mex). 2012. Disponible en:

www.medigraphic.org.mxEsteartículopuedeserconsultadoenversióncompletaenhttp://www.medigraphic.com/enfermerianeurologicawww.medigraphic.org.mx

- . Ferrer Arnedo C. Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería. 2018.
- . OMS Alianza para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2004 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2004/10/1044281>
- . Hoffmann RL, Battaglia A, Hospital AG, Perpetua Z, Wojtaszek K, Campbell G. The Clinical Nurse Leader and COVID-19: Leadership and quality at the point of care. 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.06.008>
- . Stucky CH, Wymer JA, House S. Nurse Leaders: Transforming Interprofessional Relationships to Bridge Healthcare Quality and Safety. Nurse Lead [Internet]. agosto de 2022;20(4):375-80. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1541461221002731>
- . OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- . Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo [Internet]. Lima, Perú; 2022. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5888.pdf>
- . National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. United Kingdom; 2005.
- . Murray M, Sundin D, Cope V. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. J Clin Nurs. 1 de marzo de 2018;27(5-6):1287-93.
- . Fondahn E, Lane M, Vannucci A. Manual Washington de calidad en la atención y seguridad del paciente. Philadelphia; 2016.

- . Cornetto MC, Gómez P, Marcon Dal Sasso G, Zárate R, De Bertoli S, Falconi C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington; 2011.
- . Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: Items and Composite Measures Spanish. 2009.
- . Marchitto M. El error humano y la gestión de seguridad : la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. Laboreal [Internet]. 1 de diciembre de 2011;7(2). Disponible en: <http://journals.openedition.org/laboreal/7750>
- . World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
- . Joint Commision International. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: Patient Safety Systems. United States of America; 2017.
- . Hernández Sampieri R. Metodología investigación. Mexico: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018.
- . Feito Grande L. Ética y Enfermería. España: Editorial San Pablo; 2009.
- . Clay-Williams R, Taylor N, Ting HP, Arnolda G, Winata T, Braithwaite J. Do quality management systems influence clinical safety culture and leadership? A study in 32 Australian hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 6 de febrero de 2020;32:60-6.
- . Al-Yami M, Galdas P, Watson R. Leadership style and organisational commitment among nursing staff in Saudi Arabia. J Nurs Manag [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 17 de diciembre de 2022];26(5):531-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12578>
- . Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety [Internet]. Cambridge; 2006. Disponible en: [www.ihl.org](http://www.ihl.org)

- . Padauleng A, Sidin A, Ansariadi. The Relationship Between Leadership Style and Nurse's Work. Hasanuddin International Journal Of Health Research. 2020;1(2).
- . Bracamonte LM, Gonzalez-Argote J. Estilo de liderazgo en jefes de servicios de enfermería y su relación en la satisfacción laboral. Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara. 11 de febrero de 2022;7.
- . Hamdan M, Jaaffar A, Khraisat O, Issa M, Jarrar M. The Association of Transformational Leadership on Safety Practices Among Nurses: The Mediating Role of Patient Safety Culture. Risk Manag Healthc Policy. junio de 2024;Volume 17:1687-700.

### Anexo 1. Matriz de consistencia.

#### Título de la Investigación: Estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en Enfermeras en una Clínica de Lima, 2024.

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación significativa que existe entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</p>	<p><b>Hipótesis General</b> <b>H1:</b> Existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024. <b>H0:</b> No existe relación significativa entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</p>	<p><b>Variable 1</b> <b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo transformacional.</li> <li>• Liderazgo transaccional.</li> <li>• Liderazgo pasivo.</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> Aplicada</p>
<p><b>Problemas Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la relación que existe entre estilos de</li> </ul>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</li> <li>• Identificar la relación que existe entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</li> <li>• Identificar la relación que existe entre estilos de</li> </ul>	<p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hi1.</b> Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</li> <li>• <b>Ho1.</b> No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.</li> </ul>	<p><b>Variable 2</b> <b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura de seguridad a nivel de servicio.</li> <li>• Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica.</li> <li>• Resultados de la cultura de seguridad del paciente.</li> </ul>	<p><b>Método y diseño de la investigación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método deductivo</li> <li>- Enfoque cuantitativo</li> <li>- Diseño no Experimental transversal</li> <li>- Nivel correlacional</li> </ul>
				<p><b>Población Muestra</b> Enfermeras que laboran en los diversos servicios de la clínica.</p>

liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024?

liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

- **Hi2.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.
  - **Ho2.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.
  
  - **Hi3.** Existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.
  - **Ho3.** No existe relación entre estilos de liderazgo y la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.
-

## **Anexo 2. Instrumento**

**UNIVERSIDAD NORBERT WIENER**

**Escuela de Posgrado**

**“ESTILOS DE LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN ENFERMERAS EN UNA CLINICA DE LIMA, 2024”**

**Estimado Licenciado de Enfermería.**

Le entregamos un cuestionario cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

Es de suma importancia contar con sus respuestas ya que permitirá mejorar la cultura de seguridad del paciente, identificando las principales debilidades de la institución y para los gestores servirá de insumo en la mejora de las decisiones o políticas de trabajo institucional. En cuanto a los estilos de liderazgo nos permitirá conocer e identificar las características del líder gestor y mejorar o potenciar su talento.

Para participar usted ha sido seleccionado de acuerdo con los criterios del estudio, para garantizar una representación de todas las personas que son objetivo del estudio.

Esta encuesta le llevará completarla alrededor de 15 a 20 minutos. Es completamente **VOLUNTARIA** y **CONFIDENCIAL**, se le está alcanzando otro documento (CONSENTIMIENTO INFORMADO) donde plasmar su aceptación de participar en el estudio.

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ENCUESTA:**

Este cuestionario consta de preguntas sobre sus datos básicos (nombre, edad, etc.) y 78 preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, lea atentamente cada una de ellas antes de contestarlas todas (**ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS; si no desea contestar alguna, por favor escriba al lado el motivo**).

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X el casillero que mejor representa su respuesta.

Recuerde que, si tiene dudas, puede consultar con la persona que le entregó el cuestionario.

**NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.**

### **1) Aspectos Sociodemográficos:**

- Edad:\_\_\_ Sexo:\_\_\_
- Estado civil: Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Conviviente\_\_\_ Prefiero no Especificar\_\_\_
- Año empezó a trabajar en este hospital:\_\_\_\_\_
- Año empezó a trabajar en su servicio:\_\_\_\_\_
- Horas por mes qué trabaja habitualmente en esta clínica:\_\_\_\_\_
- Modalidad Laboral: Nombrado\_\_\_ Contratado\_\_\_\_\_
- Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?  
Nunca he reportado\_\_\_ Al menos una vez\_\_\_ Más de una vez\_\_\_
- Servicio o unidad de trabajo en la clínica \_\_\_\_\_





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

### Anexo 3. Validez del instrumento

Juez N° 1

Mg. Patricia Liliana Bolaños Grau

Maestra en Gestión de los Servicios de Salud

<sup>1</sup> **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup> **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

*Nota.* Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable	[    ]
Aplicable después de corregir	[ x ]
No aplicable	[    ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dr./Mg. Patricia Liliana Bolaños Grau  
DNI:18088709

**Correo electrónico institucional:** patriciabolanosgrau@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo	[    ]
Temático	[ x ]
Estadístico	[    ]

5 de abril de 2024



---

Firma del experto informante

**Juez N° 2**

**Mg. Ruth Janett Palomino Rojas**

**Enfermera CAP Independencia EsSalud**

- <sup>1</sup> Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup> Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- <sup>3</sup> Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

*Nota.* Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable	[ x ]
Aplicable después de corregir	[ ]
No aplicable	[ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dr./Mg. Ruth Janett Palomino Rojas

**DNI:** 40872342

**Correo electrónico institucional:** Ruth.palomino@essaludgob.pe

**Especialidad del validador:**

Metodólogo	[ ]
Temático	[ x ]
Estadístico	[ ]

...20..... de ...Marzo..... de 2024



---

Firma del experto informante

**Juez N° 3**

**Mg. María Luisa Chirinos Fernández**

**Maestro En Ciencias: Administración y Gerencia En Organizaciones De Salud**

**1 Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

**2 Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

**3 Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

*Nota.* Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable	[ <input checked="" type="checkbox"/> ]
Aplicable después de corregir	[ <input type="checkbox"/> ]
No aplicable	[ <input type="checkbox"/> ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Mg. María Luisa Chirinos Fernández

**DNI:** 29538701

**Correo electrónico institucional:** malu.chirinosfer@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo	[ <input checked="" type="checkbox"/> ]
Temático	[ <input checked="" type="checkbox"/> ]
Estadístico	[ <input type="checkbox"/> ]

Arequipa 09 de abril de 2024

---

Mg. María Luisa Chirinos Fernández  
CEP N°. 21025

**Juez N° 4****Dra. Isabel Giovana Colan Rojas.****Enfermera del Hospital Central Militar.**

- 1 Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
**2 Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
**3 Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

*Nota.* Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

El instrumento ha sido redactado con las suficientes preguntas que permiten indagar sobre las variables planteadas.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
 Aplicable después de corregir  [ ]  
 No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dra. Isabel Giovana Colan Rojas  
**DNI:** 40843649

**Correo electrónico institucional:** isacolan17@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ ]  
 Temático  [ X ]  
 Estadístico  [ ]

..... de Marzo de 2024



Firma del experto informante

.....  
**ISABEL GIOVANA COLAN ROJAS**  
 DRA EN SALUD PUBLICA  
 ORCID 0000 - 0002 - 6262 - 2177

**Juez N° 5**

**Mg. Mario Rosario del Cautivo Salazar Ojeda**

**Especialista en Estadística de la Superintendencia Nacional de Salud**

**Anexo 4. Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

**Institución:** Universidad Privada Norbert Wiener.

**Investigadores:** Ivonne Janeth Castillo Rachumi / Medardo Rafael Chucos Ortiz.

**Título:** Estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Propósito del estudio:** Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Estilos de liderazgo y cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024”. Este es un estudio desarrollado por alumnos egresados de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de Magister en Ciencias de Enfermería con Mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería. El propósito de este estudio es determinar la relación que existe entre los estilos de liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en enfermeras en una clínica de Lima, 2024.

**Procedimientos:** Si usted decide participar en este estudio, se le entregara un cuestionario que puede demorar unos 20 minutos, en donde se responderán 2 instrumentos para medir el liderazgo y la cultura de seguridad del paciente.

**Riesgos:** Su participación en el estudio no presenta ninguno al momento de la aplicación del cuestionario.

**Beneficios:** Usted se beneficiará al participar en este estudio para conocer cómo se encuentra el liderazgo y la cultura de seguridad del paciente en la clínica.

**Costos e Incentivos:** Usted no deberá realizar ningún pago para participar en el estudio ni tampoco se ofrece ningún incentivo económico a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** La información será guardada en código y no con nombres. Los datos se

mantendrán de forma confidencial.

**Derechos del paciente:** Usted podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar. Puede comunicarse con Ivonne Castillo Rachumi [ivonne\\_castillo24@hotmail.com](mailto:ivonne_castillo24@hotmail.com) Teléfono 983260051 y Medardo Chucos Ortiz [raphaellomed@gmail.com](mailto:raphaellomed@gmail.com)

### CONSENTIMIENTO

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

#### Participante

Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### Investigador

Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*

Lima, 3 de junio 2024

**CARTA N 006 DE-CRP-2024**

Lic. Medardo Rafael Chucos Ortiz

Lic. Ivonne Janeth Castillo Rachumi De Valencia

ENFERMEROS INVESTIGADORES

**ASUNTO: Autorización para realizar un estudio dirigido a las enfermeras de la clínica.**

Por medio de la presente, en nombre de la Dirección de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma, respondemos a la solicitud recibida el 10 de mayo de 2024, en la cual se nos solicita autorización para llevar a cabo un cuestionario como parte del estudio titulado “Estilos de Liderazgo y Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeras de una Clínica de Lima, 2024”.

Habiendo revisado el consentimiento informado y el cuestionario, AUTORIZAMOS la aplicación de dicho instrumento con fines netamente académicos, cuidando la confidencialidad de los participantes y asegurando su carácter voluntario. Además, se debe garantizar que no se altere el orden ni los tiempos de atención de nuestros pacientes.

Agradecemos su atención a esta autorización y su compromiso con la investigación académica. Quedamos a su disposición para cualquier consulta adicional.

Atentamente



Mg. Ana María Cabello Lostaunau

Directora de Enfermería

Clínica Ricardo Palma

## ● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

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

1	<b>Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-07</b> Submitted works	2%
2	<b>Aibar Remón, Carlos.</b> <b>EVENTOS ADVERSOS EN LA ASIST...</b> Publication	1%
3	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
4	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	<1%
5	<b>wiener on 2024-12-17</b> Submitted works	<1%
6	<b>Universidad Wiener on 2024-05-27</b> Submitted works	<1%
7	<b>wiener on 2023-09-06</b> Submitted works	<1%
8	<b>wiener on 2024-03-03</b> Submitted works	<1%