

Impacto de un programa de liderazgo en seguridad del paciente sobre las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas: un estudio cuasi-experimental*

Jianfei Xie^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3673-6012>

Siqing Ding^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7549-4944>

Xiaohong Zhang¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4175-3685>

Xiaolian Li²

 <https://orcid.org/0000-0002-2103-1119>

Objetivo: evaluar el impacto de un programa de liderazgo en seguridad del paciente sobre las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas de la misma unidad de enfermería. **Método:** un estudio cuasi-experimental pre-post incluyó a 60 enfermeras supervisoras y 240 enfermeras clínicas. Solo las enfermeras supervisoras recibieron formación en el programa de liderazgo en seguridad del paciente durante 12 meses. Antes y después del programa de formación, las enfermeras supervisoras completaron la Escala de Autoeficacia General mientras que las enfermeras clínicas completaron la Escala de Autoeficacia General, la Escala de Evaluación del Comportamiento de Liderazgo Hospitalario, la Escala de Comportamiento de Seguridad y el Inventario de *Burnout* de Maslach. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales de los datos utilizando frecuencias absolutas y relativas, medias y desviaciones estándares, así como la prueba t pareada para evaluar el efecto del programa de formación. **Resultados:** la autoeficacia de las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas aumentó significativamente ($p < 0,01$) después del programa de formación. El comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras y el comportamiento de seguridad de las enfermeras clínicas también mejoraron significativamente ($p < 0,05$). Observamos una reducción estadísticamente significativa del "agotamiento emocional" y un aumento de la "realización personal" en las enfermeras clínicas ($P < 0,001$). **Conclusión:** el programa de liderazgo en seguridad del paciente tuvo un impacto positivo en la autoeficacia y el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras, y en la autoeficacia, el comportamiento de seguridad y el desgaste laboral de las enfermeras clínicas.

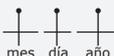
Descriptorios: Seguridad del Paciente; Liderazgo; Investigación en Administración de Enfermería; Enfermeras y Enfermeros; Autoeficacia; Agotamiento Profesional.

* Apoyo financiero del Wisdom Accumulation and Talent Cultivation Project of the Third Xiangya Hospital of Central South University, No. YX202006, China.

¹ Central South University, Third Xiangya Hospital, Changsha, China.

² Central South University, Xiangya Nursing School, Changsha, China.

Cómo citar este artículo

Xie JF, Ding SQ, Zhang XH, Li XL. Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3478. [Access ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4328.3478>

Introducción

Como una prioridad de salud global, la seguridad del paciente consiste en prevenir los errores médicos y eventos adversos que puedan ser evitados, protegiendo a los pacientes de daños o lesiones mientras reciben servicios de asistencia sanitaria⁽¹⁾. Sin embargo, 4 de cada 10 pacientes en todo el mundo sufren daños en la atención primaria y ambulatoria⁽²⁾; 134 millones de eventos adversos ocurren cada año en hospitales de países de ingresos bajos y medianos provocando 2,6 millones de muertes⁽³⁾ y los errores de medicación a nivel mundial cuestan aproximadamente 42 mil millones de dólares estadounidenses al año⁽⁴⁾. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que se necesitan un conjunto de políticas claras, capacidad de liderazgo organizacional, datos para impulsar mejoras de seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de pacientes y familiares en el proceso de atención, para garantizar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la asistencia sanitaria⁽⁵⁾.

El liderazgo efectivo es esencial para el correcto funcionamiento del trabajo, los equipos y la consecución de los objetivos de la tarea⁽⁶⁾. El liderazgo es un proceso en el que las personas utilizan sus conocimientos y habilidades de liderazgo para influir en otros miembros de la organización para lograr objetivos comunes⁽⁷⁾. En 2010, el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) publicó "El futuro de la enfermería: liderando el cambio, promoviendo la salud", incitando a la profesión de enfermería a mejorar su papel de liderazgo en la renovación de la asistencia sanitaria⁽⁸⁾.

El liderazgo de enfermería juega un papel vital en la determinación de los resultados para las organizaciones y el personal de asistencia sanitaria, así como de los pacientes⁽⁹⁾, especialmente en la optimización de su atención y mejorando sus resultados⁽¹⁰⁾. Como principal gestora de los cuidados de enfermería, la enfermera jefe dirige directamente a las enfermeras de primera línea en la realización del trabajo clínico de enfermería, y es responsable de la calidad de la atención y la seguridad del paciente de cada unidad de enfermería⁽¹¹⁾. La capacidad de liderazgo de las enfermeras supervisoras consiste en utilizar sus conocimientos, habilidades y actitudes de liderazgo para influir en las actitudes, sentimientos y creencias de los demás (objetos de servicio, colegas o subordinados) en la organización, e instarles a adoptar determinadas medidas y comportamientos para lograr objetivos comunes⁽⁷⁾. El liderazgo en enfermería está estrechamente relacionado con una mayor satisfacción de los pacientes, así como menor mortalidad, errores de medicación, uso de restricciones e infecciones adquiridas en el hospital⁽¹²⁾. Aunque la mejora de la seguridad de

los pacientes requiere un fuerte liderazgo de enfermería, éste no afecta directamente los resultados de seguridad del paciente, sino que lo hace indirectamente a través del empoderamiento estructural y el liderazgo clínico del personal de enfermería⁽¹³⁾. Además, las prácticas de liderazgo de enfermería contribuyen a resultados positivos para las enfermeras, incluyendo una mejor salud y bienestar, satisfacción laboral y permanencia⁽¹⁴⁾.

Con el entorno siempre cambiante y exigente de la asistencia sanitaria, la identificación y el desarrollo de líderes de enfermería es uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la profesión⁽¹⁵⁾. Sin embargo, las intervenciones educativas dirigidas se han identificado como un método eficaz para mejorar el liderazgo de enfermería⁽⁹⁾. Además, el nuevo rol sugerido por el informe del IOM de 2010 puede ser desarrollado mediante programas de liderazgo centrados en la formación de líderes⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, en la actualidad, la selección y el nombramiento de líderes de enfermería en China se basan principalmente en la experiencia y conocimientos clínicos de los candidatos, y los líderes de enfermería no reciben una formación estructurada en liderazgo sobre recursos humanos, resolución de conflictos, así como de gestión de calidad y seguridad, lo que afecta en gran medida a la naturaleza científica y eficacia de la gestión de los líderes de enfermería⁽¹⁷⁾. Por lo tanto, se diseñó un programa de liderazgo en seguridad del paciente (PLSP) para enfermeras supervisoras que fue realizado en un hospital chino. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del PLSP sobre las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas de la misma unidad de enfermería.

Método

Este estudio cuasi-experimental pre-post se realizó en un hospital terciario de grado A con 1889 camas abiertas y 60 unidades de enfermería en Changsha, Provincia de Hunan, China. Se invitó a participar en el PLSP a la enfermera jefe de cada unidad de enfermería. Si existía más de una enfermera jefe en una unidad de enfermería, la subjefe no era invitada a participar a menos que la enfermera jefe no cumpliera con los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión para las enfermeras supervisoras fueron los siguientes: 1) ejercer actualmente como enfermera jefe; 2) llevar en el puesto actual más de 6 meses; 3) no dejar el puesto actual en un plazo de 12 meses; y 4) no asistir al mismo tiempo a otros programas de formación similares.

Dado que la Escala de Evaluación del Comportamiento de Liderazgo Hospitalario (HLBAS, por sus siglas en inglés) debe ser evaluada por varias enfermeras clínicas directamente dirigidas por enfermeras supervisoras⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, se reclutaron cuatro enfermeras clínicas (de diferentes

niveles de enfermería, de N0 a N3) de la misma unidad de enfermería que cada enfermera jefe mediante una tabla de números aleatorios para rellenar los cuestionarios de forma anónima antes y después del programa de formación. Los criterios de inclusión para las enfermeras clínicas fueron los siguientes: 1) llevar en el cargo actual más de 6 meses; 2) no planea dejar el puesto actual en un plazo de 12 meses; y 3) no cursar otros estudios simultáneamente. Finalmente, se reclutó a una enfermera jefe y cuatro enfermeras clínicas de cada unidad de enfermería y participaron en el estudio un total de 60 enfermeras supervisoras y 240 enfermeras clínicas.

El programa comenzó en mayo de 2017 y finalizó en abril de 2018. El personal del departamento de enfermería comunicó a todos los participantes los detalles del programa mediante el buzón público del hospital. El

contenido del curso fue diseñado de acuerdo con nuestros estudios previos⁽²⁰⁻²¹⁾. El programa de formación de 15 lecciones durante 80 horas se dividió en 5 secciones, cuyos detalles se muestran en la Figura 1 y el modelo de efectos en la Figura 2.

En vista de mejorar la profesionalidad, amplitud y profundidad de sus conocimientos, se invitó a un profesor titular de MBA a impartir las clases para S2. Otras clases teóricas en S1 y S3 fueron impartidas por gestores clínicos con amplia experiencia en la gestión de seguridad, incluidas las directoras y subdirectoras del departamento de enfermería, expertos en gestión de seguridad, y jefes de equipo involucrados en la gestión de seguridad hospitalaria. Los comentarios se realizaron en S5 por QQ y WeChat en línea. El calendario del PLSP se muestra en la Figura 3.

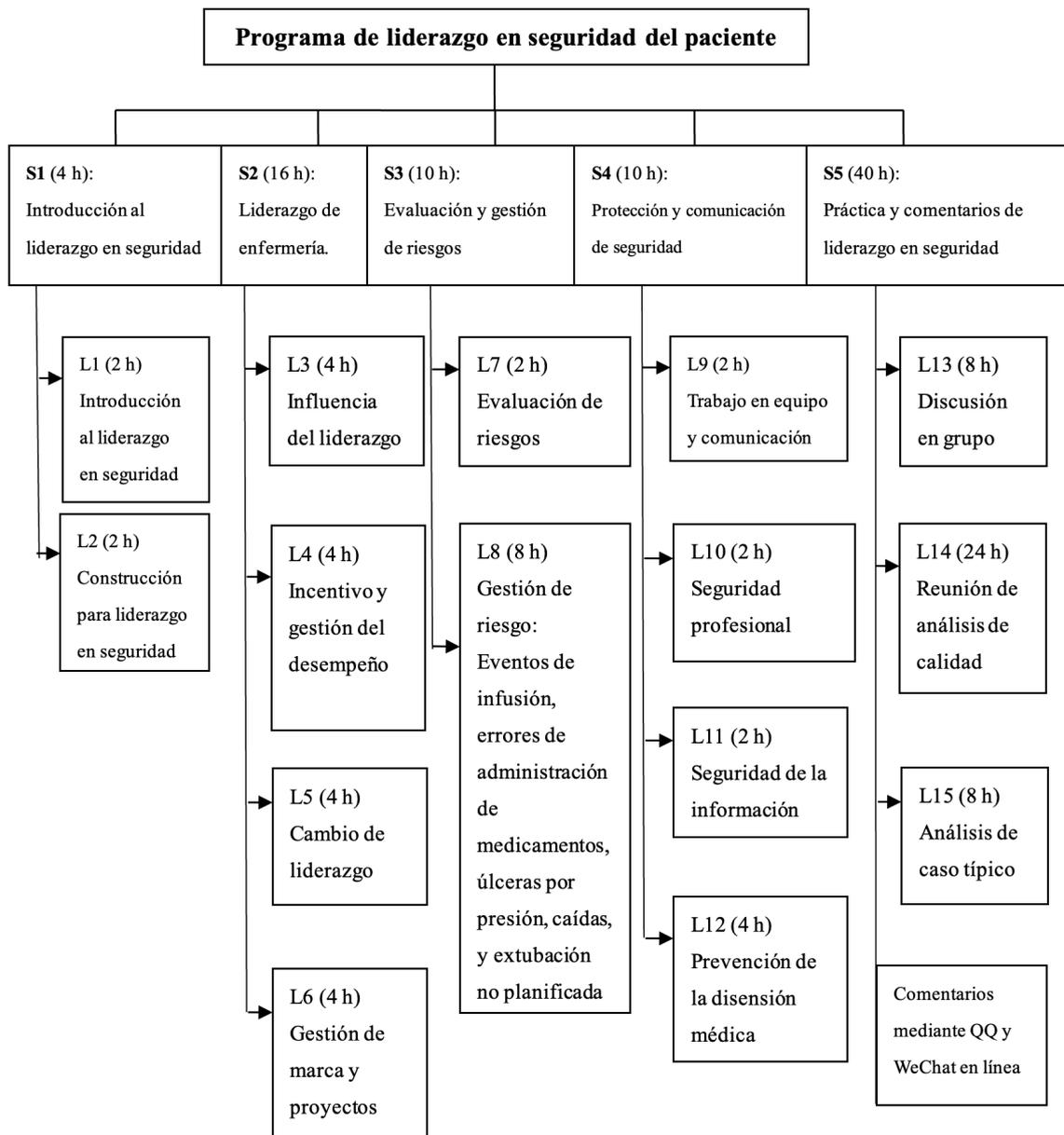


Figura 1 - Programa de PLSP. Changsha, Provincia de Hunan, China, 2017-2018

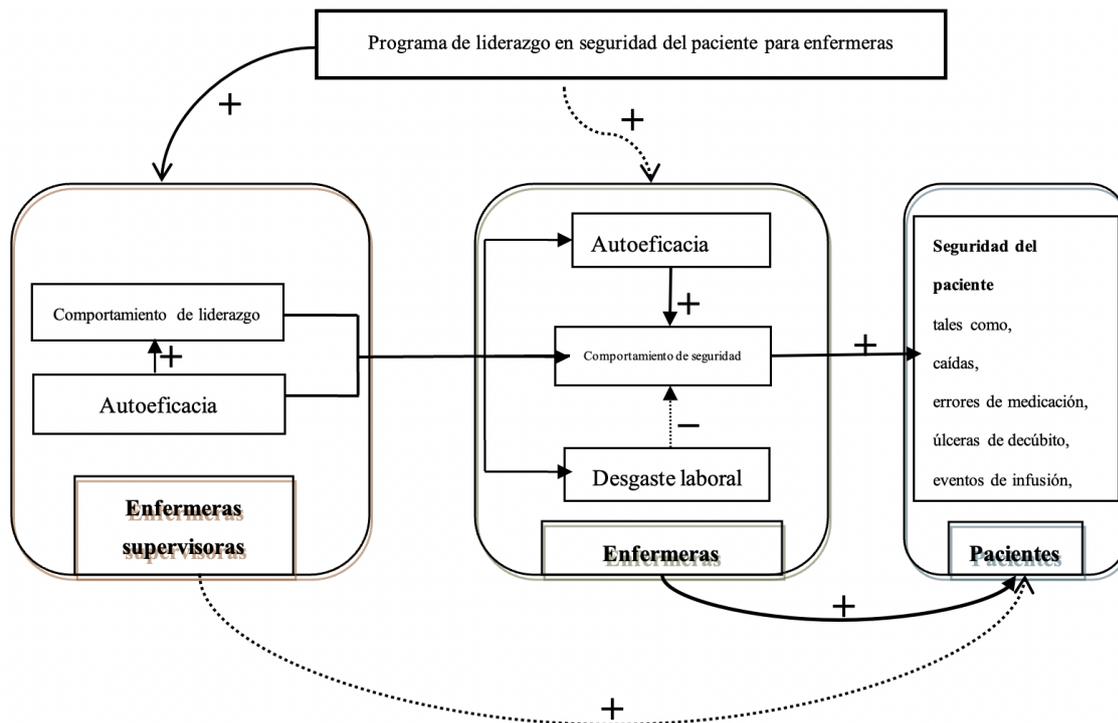


Figura 2 - El modelo de efectos del programa. Changsha, Provincia de Hunan, China, 2017-2018

	1 05-2017	2 06-2017	3 07-2017	4 08-2017	5 09-2017	6 10-2017	7 11-2017	8 12-2017	9 01-2018	10 02-2018	11 03-2018	12 04-2018
S1	√	√										
S2	√	√			√							√
S3	√		√			√			√			√
S4					√		√				√	√
S5	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Figura 3 - Calendario del programa de liderazgo en seguridad del paciente (PLSP). Changsha, Provincia de Hunan, China, 2017-2018

En este estudio se utilizaron cuatro escalas y un cuestionario de información general. Las enfermeras clínicas completaron la Escala de Autoeficacia General (GSES, por sus siglas en inglés), la Escala de Evaluación del Comportamiento de Liderazgo Hospitalario (HLBAS), la Escala de Comportamiento de Seguridad (SBS, por sus siglas en inglés), el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI, por sus siglas en inglés) y el cuestionario de información general, mientras que las enfermeras supervisoras completaron el GSES y el cuestionario de información general. La primera recogida de datos se realizó una semana antes de que comenzara la primera clase como pre-test, y la segunda, una semana después de que finalizara la última clase como post-test.

La versión china del GSES se desarrolló para evaluar la autoeficacia personal con un α de Cronbach de 0,87, fiabilidad de re-test de 0,83 y fiabilidad de división por

mitades de 0,82⁽²²⁻²³⁾. El GSES consta de 10 ítems y cada uno de ellos se responde en una escala Likert de 4 puntos que va de uno a cuatro ("totalmente incorrecto" a "absolutamente correcto"). Una puntuación más alta representa una mayor autoeficacia.

La versión china del MBI se desarrolló con un α de Cronbach de 0,93⁽²⁴⁾. El MBI incluye 3 dimensiones con 22 ítems y cada ítem se responde en una escala Likert de 7 puntos que va de cero a seis ("nunca" a "una vez al día"). Una puntuación más alta indica un desgaste más severo en las dos primeras dimensiones, mientras que en la tercera ocurre lo contrario.

La versión china del SBS se introdujo y revisó con un α de Cronbach de 0,91⁽²⁵⁾. La escala consta de 12 ítems y cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos que va de uno a cinco ("nunca" a "siempre"). La escala

fue completada por las enfermeras clínicas en nuestro estudio para evaluar su comportamiento de seguridad.

El HLBAS se tradujo y revisó con un α de Cronbach de 0,88⁽²⁶⁾. La escala incluye 2 dimensiones con 20 ítems. Los primeros 10 ítems evalúan la función de desempeño (P, por sus siglas en inglés) y miden los esfuerzos de las enfermeras supervisoras para mejorar la eficiencia del trabajo y el desempeño de la organización; los últimos 10 ítems evalúan la función de mantenimiento (M) y miden los esfuerzos de las enfermeras supervisoras para coordinar y mantener las relaciones dentro de la organización⁽¹⁸⁾. Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos que va de uno a cinco ("totalmente inconsistente" a "absolutamente consistente"). La puntuación del comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras es la media de las puntuaciones de la evaluación de las cuatro enfermeras clínicas y una puntuación más alta indica un mejor comportamiento de liderazgo.

Para el análisis de los datos se utilizó la versión 23.0 del software SPSS (Armonk, Nueva York). Se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas, la media

y la desviación estándar para presentar la estadística descriptiva. Se adoptó la prueba t pareada para comparar las puntuaciones de las variables relacionadas de las cuatro escalas completadas por las enfermeras clínicas o enfermeras supervisoras antes y después de la formación. Un valor de $P < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Tercer Hospital Xiangya de la Universidad Central del Sur (número de protocolo 2017-S027).

Resultados

Se reclutaron 60 enfermeras supervisoras para participar en la formación de PLSP y 240 enfermeras clínicas para completar las cuatro escalas como evaluación primaria. Todos los participantes completaron el proceso requerido para el estudio. Las características sociodemográficas y profesionales de los participantes se muestran en la Tabla 1. La mayoría de las enfermeras supervisoras tenían de 36 a 40 años (51,7%, 31) y las enfermeras clínicas de 31 a 35 años (37,9%, 91).

Tabla 1 - Características sociodemográficas y profesionales de las enfermeras clínicas y de las enfermeras supervisoras. Changsha, Provincia de Hunan, China, 2017-2018 (EC^{*}=240, ES[†]=60)

Características	n [‡] (CN)	% [§] (CN)	n (HN)	% (HN)
Departamento				
Medicina interna	60	25,0	15	25,0
Cirugía	80	33,3	20	33,3
Ginecología	12	5,0	3	5,0
Pediatría	20	8,3	5	8,3
UCI	12	5,0	3	5,0
Quirófano	4	1,7	1	1,7
Emergencias	20	8,3	5	8,3
Otros	32	13,3	8	13,3
Sexo				
Hombre	8	3,3	1	1,7
Mujer	232	96,7	59	98,3
Edad				
≤25	34	14,2	-	-
26-30	62	25,8	-	-
31-35	91	37,9	2	3,3
36-40	30	12,5	31	51,7
41-45	20	8,3	20	33,3
>45	3	1,3	7	11,7
Años de experiencia en Enfermería				
≤5	66	27,5	-	-
6-10	72	30,0	-	-
11-15	78	32,5	23	38,3
16-20	24	10,0	34	56,7
>20	-	-	3	5,0

(continúa en la página siguiente...)

Características	n [†] (CN)	% [‡] (CN)	n (HN)	% (HN)
Cualificaciones profesionales				
Enfermera	24	10,0	-	-
Enfermera de cabecera	94	39,2	-	-
Enfermera responsable	117	48,8	42	70,0
Profesor asociado o superior	5	2,1	18	30,0
Primer nivel de educación				
Enseñanza secundaria técnica	55	22,9	52	86,7
Escuela comunitaria	112	46,7	-	-
Estudiante universitario	70	29,2	2	3,3
Máster	3	1,3	5	8,3
Doctor	-	-	1	1,7
Nivel educativo más alto alcanzado				
Enseñanza secundaria técnica	1	0,4	-	-
Escuela comunitaria	15	6,3	2	3,3
Estudiante universitario	194	80,8	10	16,7
Máster	30	12,5	46	76,7
Doctor	-	-	2	3,3
Estado civil				
Casado/a	175	72,9	54	90,0
Divorciado/a	7	2,9	5	8,3
No casados	58	24,2	1	1,7
Número de hijos				
Uno	112	46,7	40	66,7
Dos	52	21,7	19	31,7
Ninguno	76	31,7	1	1,7

[†]EC = Enfermera clínica; [‡]ES = Enfermera supervisora; [†]n = Número (frecuencia absoluta); [‡]% = Porcentaje

Las puntuaciones medias del GSES en las enfermeras supervisoras aumentaron significativamente ($p < 0,01$) de 2,95 (DE = 0,48) a 3,18 (DE = 0,41) en comparación con el estado anterior a la formación. Las puntuaciones medias totales del HLBAS en las enfermeras supervisoras aumentaron significativamente ($p < 0,001$) de 75,38 (DE = 10,24) a 83,87 (DE = 7,66). En concreto, las puntuaciones medias de la dimensión "desempeño" aumentaron significativamente ($p < 0,001$) de 37,57 (DE = 6,73) a 43,68 (DE = 4,79) y las puntuaciones medias de la dimensión "mantenimiento" aumentaron significativamente ($p < 0,05$) de 37,82 (DE = 6,46) a 40,18 (DE = 5,76) después del programa de formación (Tabla 2).

Las puntuaciones medias del GSES en las enfermeras clínicas aumentaron significativamente

($p < 0,001$) en comparación con el estado anterior a la formación de 2,71 (DE = 0,66) a 3,27 (DE = 0,63). Las puntuaciones medias del SBS en las enfermeras clínicas aumentaron significativamente ($p < 0,001$) de 3,66 (DE = 0,32) a 4,13 (DE = 0,36) después de la formación. Las puntuaciones medias de la dimensión "agotamiento emocional" disminuyeron significativamente ($p < 0,001$) de 24,07 (DE = 9,46) a 20,51 (DE = 9,41) después del programa de formación. Por el contrario, las puntuaciones medias de la dimensión "realización personal" aumentaron significativamente ($p < 0,001$) de 32,44 (DE = 7,65) a 39,54 (DE = 6,99) después del programa de formación ($p < 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión "despersonalización" ($p = 0,140$) (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación de las puntuaciones de las variables relacionadas entre las enfermeras clínicas y enfermeras supervisoras antes y después de la formación. Changsha, Provincia de Hunan, China, 2017-2018 (EC* = 240, ES† = 60)

Variables	Antes de la formación M [‡] (DE [§])	Después de la formación M(DE)	T	Valor de P
GSES[¶] (ES)	2,95(0,48)	3,18 (0,41)	-3,03	<0,01
GSES (EC)	2,71 (0,66)	3,27 (0,63)	-9,76	<0,001
HLBAS^{**} (ES)	75,38 (10,24)	83,87 (7,66)	-5,14	<0,001
Desempeño (D)	37,57 (6,73)	43,68 (4,79)	-5,74	<0,001
Mantenimiento (M)	37,82 (6,46)	40,18 (5,76)	-2,12	<0,05
SBS^{††}(EC)	3,66 (0,32)	4,13 (0,36)	-18,84	<0,001
MBI^{‡‡} (EC)				
Agotamiento emocional (AE)	24,07 (9,46)	20,51 (9,41)	4,25	<0,001
Despersonalización (DE)	7,75 (6,47)	6,93 (6,18)	1,48	0,140
Realización personal (RP)	32,44 (7,65)	39,54 (6,99)	-10,24	<0,001

*EC = Enfermera clínica; †ES = Enfermera supervisora; ‡M = Media; §DE = Desviación estándar; ||Valor de P = Prueba t pareada; ¶GSES = Escala de Autoeficacia General; **HLBAS = Escala de Evaluación del Comportamiento de Liderazgo Hospitalario; ††SBS = Escala de Comportamiento de Seguridad; ‡‡MBI = Inventario de *Burnout* de Maslach

Discusión

Actualmente, son pocos los estudios que han explorado cómo mejorar la seguridad de los pacientes mediante la mejora del liderazgo de las enfermeras supervisoras en materia de seguridad del paciente y existen escasos estudios que hayan considerado los índices de evaluación sobre las enfermeras clínicas como los resultados principales para verificar la efectividad de un programa de formación. En este estudio, diseñamos y llevamos a cabo un programa de liderazgo en seguridad del paciente para enfermeras supervisoras y tomamos como resultados primarios la autoeficacia, el comportamiento seguro y el desgaste laboral de las enfermeras clínicas en la misma unidad de enfermería.

En este estudio, observamos que la mayoría de las enfermeras supervisoras que participaron en el programa de liderazgo en seguridad del paciente tenían menos de 40 años, probablemente porque el hospital que elegimos tiene solo aproximadamente 30 años y todo el equipo de enfermería es relativamente joven. Por lo tanto, es necesario fortalecer la formación de liderazgo en seguridad del paciente para las enfermeras supervisoras.

Las prácticas efectivas de liderazgo de enfermería tienen un impacto positivo en las enfermeras, la calidad de la asistencia sanitaria y los resultados de los pacientes^(14,27-28). Los resultados de este estudio mostraron que el programa de liderazgo en seguridad del paciente

para las enfermeras supervisoras mejoró su autoeficacia y comportamiento de liderazgo, promoviendo al mismo tiempo el comportamiento de seguridad y autoeficacia de las enfermeras clínicas y reduciendo su desgaste laboral.

La autoeficacia se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para tener éxito en la realización de tareas o consecución de objetivos, y las cuatro fuentes de autoeficacia incluyen la experiencia directa, la experiencia indirecta, la persuasión verbal y manejo de emociones negativas⁽²⁹⁾. Mediante el programa de formación, la autoeficacia de las enfermeras supervisoras mejoró significativamente. Tal vez el programa de formación cumplió con los requisitos de las enfermeras supervisoras para el cambio de liderazgo, la evaluación o gestión de riesgos, la protección de la seguridad, y el trabajo en equipo o la comunicación en la gestión de la seguridad del paciente, lo que puede proporcionar experiencias de éxito para sus prácticas diarias de gestión de la seguridad en enfermería.

Asimismo, este estudio muestra que el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras mejoró significativamente mediante el programa de formación. Las enfermeras clínicas percibieron la transformación producida en las enfermeras supervisoras a partir de los conocimientos y habilidades obtenidos en la formación que trasladaron a las prácticas de gestión de enfermería, lo que contribuye a una mejora significativa en la evaluación de las

enfermeras clínicas del comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras, lo que incluye tanto la función de "desempeño" como la de "mantenimiento". Además, en términos de puntuación el crecimiento de la función de desempeño es mayor que el de la función de mantenimiento. Esto implica que las enfermeras supervisoras prestaron más atención a la mejora del desempeño laboral en la organización, pero ignoraron preservar las relaciones internas de la misma, debido posiblemente a que el criterio de evaluación del hospital se centraba más en el control de calidad de enfermería y la incidencia de eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería⁽¹⁹⁾.

Estudios previos han confirmado que la autoeficacia es un factor importante que afecta al comportamiento de liderazgo de los líderes de enfermería y que puede mejorarlo cuando se aplica estratégicamente^(18,30). Lamentablemente, nuestro estudio no exploró con mayor profundidad la relación entre la autoeficacia de las enfermeras supervisoras y el comportamiento de liderazgo.

Las enfermeras clínicas son cuidadoras, cuyo comportamiento de seguridad está estrechamente relacionado con la seguridad del paciente⁽³¹⁾. Esto indica que la mejora en el comportamiento de seguridad de las enfermeras clínicas contribuye a mejorar la seguridad del paciente. Un estudio anterior reveló que el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras tiene un efecto positivo en el comportamiento de seguridad de las enfermeras clínicas, y que la percepción de la cultura de seguridad es una variable mediadora en la relación entre el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras y el comportamiento de seguridad de la enfermera clínica⁽³¹⁾. De acuerdo con este hallazgo, el presente estudio muestra que el PLSP para las enfermeras supervisoras mejoró significativamente el comportamiento de seguridad de la enfermera clínica en la misma unidad de enfermería. Por lo tanto, los gerentes del hospital deben promocionar el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras y, a su vez, éstas deben mejorar su propio desarrollo, actualizar el concepto de seguridad de las enfermeras, fortalecer la teoría, las habilidades y otras cualidades profesionales, e instar a las enfermeras a desarrollar un comportamiento de seguridad en los procedimientos de enfermería y favorecer su ulterior mejora.

El desgaste laboral es el resultado de la interacción entre la persona y el entorno de trabajo, afectando de forma importante al desempeño del personal sanitario⁽³²⁾. Según una encuesta transversal realizada a 2.504 enfermeras en el este de China, alrededor del 64,0% de las enfermeras experimentaron desgaste laboral, resultando en una menor eficiencia y calidad del

trabajo⁽³³⁾. Sin embargo, ciertos estudios señalan que existe una correlación negativa significativa entre el liderazgo de las enfermeras supervisoras y el desgaste laboral de la enfermera clínica⁽³⁴⁾. Esto indica que cuanto mayor es el liderazgo de las enfermeras supervisoras, menor es el desgaste de las enfermeras clínicas. Nuestro estudio encontró que el "agotamiento emocional" de las enfermeras clínicas disminuyó significativamente y la "realización personal" de las enfermeras clínicas aumentó significativamente. Las enfermeras supervisoras pueden reducir la presión y carga de trabajo de las enfermeras clínicas, mejorar su identidad organizacional y, finalmente, reducir su desgaste laboral creando un buen ambiente de trabajo y proporcionando un apoyo adecuado⁽³⁵⁾. Sin embargo, la "despersonalización" de las enfermeras clínicas no se promovió significativamente en nuestro estudio. Puede deberse a las características de todo el contenido del curso en este programa de formación, que ofreció principalmente las habilidades de evaluación de riesgos, prevención y control de eventos adversos, trabajo en equipo y comunicación en la gestión de la seguridad del paciente, pero no puso de relieve la importancia del cuidado humano. Como consecuencia, las enfermeras supervisoras no prestaron una mayor atención a la mejora de la atención humana de las enfermeras clínicas.

Además, la autoeficacia, el comportamiento de liderazgo, el comportamiento de seguridad y el desgaste laboral se influyen mutuamente. Para las enfermeras supervisoras, la autoeficacia tiene implicaciones críticas para la mejora del liderazgo^(18,30). Para las enfermeras clínicas, una mayor autoeficacia significa un mejor comportamiento de enfermería y por lo tanto una mayor calidad de los cuidados⁽³⁶⁾. El desgaste laboral de las enfermeras clínicas se asocia con peores resultados en la seguridad del paciente, como los errores médicos⁽³⁷⁾. Sin embargo, la autoeficacia puede ajustar y equilibrar el desgaste laboral de las enfermeras clínicas, siendo por lo tanto un proceso complejo. Los comportamientos de liderazgo de los líderes de enfermería, especialmente los comportamientos de liderazgo transformacional, contribuyen a crear unas condiciones en el lugar de trabajo que promueven mejores resultados de seguridad para el personal de enfermería y los pacientes⁽³⁸⁻³⁹⁾. En el presente estudio, el PLSP para las enfermeras supervisoras no beneficia directamente a las enfermeras clínicas ni a los pacientes, sino que influye positivamente en las enfermeras clínicas de forma indirecta al crear un buen ambiente de cultura de seguridad del paciente y, finalmente, las enfermeras clínicas pueden influir positivamente en los resultados de los pacientes al mostrar buenas habilidades de liderazgo.

Nuestros estudios previos sobre la seguridad del paciente ignoraron los índices psicosociales de las

enfermeras clínicas a pesar de que están estrechamente relacionados con la seguridad del paciente⁽²⁰⁻²¹⁾, por lo que el efecto del PLSP para las enfermeras supervisoras se evaluó principalmente desde la perspectiva de las enfermeras clínicas. Los resultados positivos anteriores indican que el programa funcionó bien en las enfermeras supervisoras, ya que lo que aprendieron se incorporó de forma correcta en sus prácticas de gestión de seguridad. Por lo tanto, los líderes de enfermería deben otorgar importancia a la formación de las enfermeras supervisoras sobre liderazgo en materia de seguridad del paciente, adoptar un método de formación mixto y hacer planes detallados para la formación teniendo en cuenta los objetivos de la misma, la viabilidad del contenido y su dificultad. En el PLSP, adoptamos una variedad de métodos de formación, como la enseñanza teórica, la discusión en grupo, la reunión de análisis de calidad, el análisis de casos típicos y los comentarios en línea. Recientemente, la formación basada en la experiencia (incluida la experiencia, el intercambio, la comunicación, la integración y la aplicación) con buena practicabilidad ha demostrado ser eficaz para mejorar el liderazgo de las enfermeras supervisoras, sus cualidades personales, y mejorar su participación y entusiasmo⁽⁴⁰⁾. Por lo tanto, necesitamos innovación para los métodos de formación utilizados para mejorar el liderazgo de enfermería.

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue pequeño y solo participó un hospital. En segundo lugar, debido a la falta de un grupo de control no fue posible comparar el efecto del PLSP con el del programa de formación tradicional. Finalmente, no se incluyeron los índices de evaluación acerca de los pacientes. Se llevará a cabo un ensayo controlado aleatorio multicéntrico de muestra grande y en el futuro se evaluará el efecto de la intervención desde la perspectiva de los pacientes.

Conclusión

En conclusión, el programa de liderazgo en seguridad del paciente tuvo un impacto positivo en la autoeficacia y el comportamiento de liderazgo de las enfermeras supervisoras, incluyendo sus funciones de desempeño y de mantenimiento. Además, el comportamiento de seguridad, la autoeficacia y el desgaste laboral de las enfermeras clínicas mejoraron después de la formación. En general, el programa de formación para enfermeras supervisoras no solo puede beneficiar a la enfermera jefe, sino también a la enfermera clínica. En última instancia, esto ayudará a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados de seguridad del paciente en cada unidad de enfermería.

Referencias

1. Kim L, Lyder C, McNeese-Smith D, Leach L, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2015;71(11):2490-503. doi: <http://doi.org/10.1111/jan.12715>
2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. [Internet]. Paris: OECD; 2018 [Access 2020 Dec 24]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. [Internet]. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 [Access 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>
4. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. [Internet]. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012. [Access 24 Dec 2020]. Available from: <https://ssrn.com/abstract=2222541>
5. World Health Organization (WHO). Patient safety (Overview). [Internet]. Geneva: WHO; 2020. [Access 2020 Dec 24]. Available from: https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
6. Sadideen H, Weldon SM, Saadeddin M, Loon M, Kneebone R. A Video Analysis of Intra- and Interprofessional Leadership Behaviors Within "The Burns Suite": Identifying Key Leadership Models. *J Surg Educ*. 2016;73(1):31-9. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.09.011>
7. Zhang QE, Li QJ, Hong S. Research status of nursing leadership development. *Chinese Nurs Manag*. 2013;13(12):6-9. doi: <http://doi.org/10.3969/j.issn.1672-1756.2013.012.003>
8. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington (DC): National Academies Press; 2011.
9. Cummings GG, Lee S, Tate K, Penconek T, Micaroni SPM, Paananen T, et al. The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *Int J Nurs Stud*. 2020;115:103842. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>
10. Fealy GM, McNamara MS, Casey M, Geraghty R, Butler M, Halligan P, et al. Barriers to clinical leadership development: findings from a national survey. *J Clin Nurs*.

- 2011;20(13-14):2023-32. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03599.x>
11. Huang CM, Feng ZX, Tong D, Huang Y, Yang JW. The leadership status among the nurse managers of the secondary and tertiary hospitals in Zhejiang Province. *Chinese Nurs Manag.* 2018;18(9):1202-7. doi: <http://doi.org/10.3969/j.issn.1672-1756.2018.09.011>
 12. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag.* 2013;21(5):709-24. doi: <http://doi.org/10.1111/jonm.12116>
 13. Boamah S. Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Can J Nurs Res.* 2018;50(1):9-19. doi: <http://doi.org/10.1177/0844562117732490>
 14. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2018;85:19-60. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
 15. Scully NJ. Leadership in nursing: The importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian.* 2015;22(4):439-44. doi: <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.004>
 16. Fardellone C, Click ER. Self-Perceived Leadership Behaviors of Clinical Ladder Nurses. *Nurse Leader.* 2013;11(6):51-3. doi: <http://doi.org/10.1016/j.mnl.2013.05.016>
 17. Ye ZH, Zhang YN. Construction and implementation of leadership training system for head nurses. *Clin Educ Gen Pract.* 2019;17(7):665-7. doi: <http://doi.org/10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.07.031>
 18. Ning ZH. A study on the relationship among the leadership behavior, self-efficacy and achievement goal orientation of head nurse. [Dissertation]. Taiyuan: Shanxi Medical University; 2008.
 19. Sun XN. Status and influential factors of the leadership behavior of the head nurses in tertiary level hospital of Shijiazhuang City of Hebei Province [Dissertation]. Tangshan: North China University of Science and Technology; 2016.
 20. Wei RR, Xie JF, Zhong ZQ, Yi QF, Qin CX, Ding SQ. Curriculum design and application of nursing safety management course. *Chinese J Nurs.* 2013;48(6):524-7. doi: <http://doi.org/10.3761/j.issn.0254-1769.2013.06.014>
 21. Xie JF, Ding SQ, Zhong ZQ, Zeng SN, Qin C, Yi QF, et al. A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Educ Pract.* 2017;27:128-33. doi: <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.003>
 22. Zhang JX, Schwarzer R. Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *PSYCHOLOGIA.* 1995;38(3):174-81. doi: <http://doi.org/10.1080/09515089508573160>
 23. Wang CK, Hu ZF, Liu Y. Evidences for Reliability and Validity of the Chinese Version of General Self-Efficacy Scale. *Chinese J Appl Psychol.* 2001;7(1):37-40. doi: <http://doi.org/10.3969/j.issn.1006-6020.2001.01.007>
 24. Li XM, Liu YJ. Job Stressors and Burnout among Staff Nurses. *Chinese J Nurs.* 2000;35(11):645-9. doi: CNKI:SUN:ZHHL.0.2000-11-000
 25. Rong YF. Discussion on the relationship between patient safety culture and safety behavior. Taipei: Institute of Public Health, Tzu Chi University; 2009.
 26. Xu LC. Management Psychology and its Application. Beijing: Beijing Medical University; 1993.
 27. Cummings GG, Midodzi WK, Wong CA, Estabrooks CA. The Contribution of Hospital Nursing Leadership Styles to 30-day Patient Mortality. *Nurs Res.* 2010;59(5):331-9. doi: <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ed74d5>
 28. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag.* 2013;21(5):709-24. doi: <http://doi.org/10.1111/jonm.12116>
 29. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215. doi: <http://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
 30. Shirey MR. Self-Efficacy and the Nurse Leader. *Nurse Leader.* 2020;18(4):339-43. doi: <http://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.05.001>
 31. Chu XQ. Research on the mechanism of nurses' safety behavior and related factors [Dissertation]. Hefei: Anhui Medical University; 2018.
 32. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52(1):397-422. doi: <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
 33. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. *Nurs Manag.* 2019;27(8):1835-44. doi: <http://doi.org/10.1111/jonm.12884>
 34. Tong D. The correlation between leadership of head nurses with job satisfaction and job burnout of nurses [Dissertation]. Hangzhou: Zhejiang University; 2018.
 35. Lewis HS, Cunningham CJ. Linking Nurse Leadership and Work Characteristics to Nurse Burnout and Engagement. *Nurs Res.* 2016;65(1):13-23. doi: <http://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000130>
 36. Jiang XL, Xue YH, Liu H. Bandura's self-efficacy theory and its enlightenment to nursing education J Nurses Training. 2004;15(4):352-4. doi: <http://doi.org/10.3969/j.issn.1002-6975.2004.04.033>
 37. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety:

- A Systematic Review. PLoS One. 2016;11(7):e0159015. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
38. Merrill KC. Leadership Style and Patient Safety: Implications for Nurse Managers. J Nurs Admin. 2015;45(6):319-24. doi: <http://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000207>
39. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nurs Outlook. 2018;66(2):180-9. doi: <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
40. Xue T, Jiang WB, Ma MD, Meng DM, Chen Q, Cui MY, et al. Experiential management training aiming at improving leadership skills of new head nurses. J Nurs Sci. 2020;35(16):1-4. doi: <http://doi.org/10.3870/j.issn.1001-4152.2020.16.001>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Jianfei Xie, Siqing Ding. **Obtención de datos:** Xiaohong Zhang, Xiaolian Li. **Análisis e interpretación de los datos:** Xiaohong Zhang, Xiaolian Li. **Análisis estadístico:** Xiaohong Zhang, Xiaolian Li. **Obtención de financiación:** Jianfei Xie. **Redacción del manuscrito:** Jianfei Xie.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 11.04.2020

Aceptado: 12.04.2021

Editora Asociada:
Evelin Capellari Cármió

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Xiaohong Zhang / Xiaolian Li
E-mail: 19942490@qq.com / 2548563237@qq.com
 <https://orcid.org/0000-0002-2103-1119>