

## Liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral<sup>1</sup>

Alexandre Pazetto Balsanelli<sup>2</sup>

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha<sup>3</sup>

Objetivo: Establecer si existe alguna relación entre el entorno laboral y el liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en el sur de São Paulo (SP), Brasil. Método: Estudio correlacional llevado a cabo en cuatro UCI en el sur de São Paulo (SP), Brasil. La población estudiada estuvo compuesta de 66 parejas (enfermeros y técnicos de enfermería) seleccionadas por sorteo. Los enfermeros respondieron a tres instrumentos: 1) caracterización; 2) una versión certificada en portugués del Nursing Work Index Revised (B-NWI-R); y 3) Grid y Liderazgo en Enfermería: comportamiento ideal. Los técnicos en enfermería respondieron a 1) caracterización y 2) Grid y Liderazgo en Enfermería: comportamiento real, relativo al correspondiente enfermero escogido al azar. Los datos fueron analizados usando pruebas de ANOVA con un valor  $p \leq 0,05$ . Resultados: El entorno laboral no se asoció con el liderazgo en enfermería real ( $p = 0,852$ ). El carácter público o privado de los institutos donde se encontraban las UCI investigadas no tuvo efecto significativo sobre el liderazgo ( $p = 0,437$ ). El único dominio que sobresalió fue la relación entre enfermero y doctor ( $p = 0,001$ ). Conclusión: La selección de estilo de liderazgo por los enfermeros debería encajar con las propiedades de la UCI. Las aptitudes de liderazgo se podrían desarrollar y el entorno laboral no influyó sobre la población estudiada.

Descriptores: Enfermería; Liderazgo; Unidades de Cuidados Intensivos; Ambiente de Instituciones de Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "El liderazgo de las enfermeras en la UCI y su relación con el entorno de trabajo", presentada en la Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, proceso nº 008898340001-08.

<sup>2</sup> Estudiante de doctorado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermero, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## Introducción

El mercado laboral exige cada vez más un liderazgo activo por parte de los enfermeros. Con el propósito de satisfacer esta demanda, es crucial entender la relación entre el liderazgo y otras variables para poder formular planes de acción que promuevan el desarrollo de dicha aptitud.

El interés en el liderazgo en enfermería es esencial dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI) debido a su carácter dinámico, que resulta de las condiciones graves de los pacientes que son admitidos y el cual requiere que los enfermeros proporcionen atención de carácter complejo. Dentro de este ámbito, los enfermeros deben liderar a su personal para obtener los mejores resultados posibles, y para esto son necesarias las habilidades de liderazgo. De este modo, la relación entre esta dinámica, el entorno interactivo y el liderazgo en enfermería representa un tema apropiado para estudiar.

La correlación entre el liderazgo y el entorno laboral ha sido estudiada por varios autores al nivel institucional pero no específicamente en el contexto de las UCI. En una revisión sistemática<sup>(1)</sup> que incluyó 24 estudios, se mostró que los estilos de liderazgo enfocados en las personas y las relaciones contribuyeron a una mejora en el rendimiento de la fuerza laboral enfermera, el entorno laboral y la productividad y efectividad de las organizaciones de salud. En contraste, la satisfacción del personal fue más baja en 10 estudios donde el liderazgo se concentraba en los deberes laborales.

El liderazgo transformacional aumentó la satisfacción de los enfermeros en todas las áreas institucionales, disminuyó el agotamiento, y proporcionó un entorno laboral favorable<sup>(2)</sup>.

Otro estudio<sup>(3)</sup> diseñó un modelo de prueba en el cual el liderazgo auténtico de los administradores fue combinado con la percepción de los enfermeros en relación al empoderamiento estructural, el rendimiento, y la satisfacción personal. El grupo de muestra constaba de 280 enfermeros que respondieron a instrumentos de colecta de datos para cada una de las variables estudiadas. El liderazgo tuvo influencia significativa y positiva sobre todos los atributos estudiados.

Un estudio que investigó el rol de la fuerza organizativa y la influencia personal de los líderes sobre el establecimiento de un entorno de práctica profesional de alta calidad para enfermeros<sup>(4)</sup> encontró una relación directa y positiva.

En resumen, el liderazgo influye sobre el entorno laboral. Sin embargo, en qué medida puede el entorno interferir con el desarrollo del liderazgo sigue siendo un interrogante que merece más investigación, especialmente en las unidades de cuidados intensivos porque no se logró encontrar ningún estudio que evaluara estas relaciones dentro de este ámbito particular.

Dado esto, el presente estudio plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Hay alguna relación entre el entorno laboral de las UCI y el liderazgo en enfermería? La respuesta a este interrogante ayudará a avanzar nuestros conocimientos sobre este tema y respaldará la administración de enfermería, modificando el desarrollo de esta aptitud con base en los resultados. Además, el carácter crítico del ámbito de las UCI, el uso de altas tecnologías y la presencia de personal interdisciplinario estimulan más este tipo de investigación. Por tanto, el objetivo de este estudio es investigar si existe alguna relación entre el entorno laboral de las UCI y el liderazgo en enfermería.

## Método

El presente estudio correlacional involucró una investigación sistemática del carácter de la relación o asociación entre variables<sup>(5)</sup>. El estudio se llevó a cabo en cuatro UCI en el área sur del condado de São Paulo, SP, Brasil. Las UCI se encontraban dentro de hospitales terciarios y proveían cuidados intensivos generales a adultos con problemas clínicos o quirúrgicos. Dos de las UCI pertenecían a institutos privados (A y B) y dos pertenecían a hospitales públicos universitarios (C y D). La razón tras esta decisión fue el deseo de comparar entornos públicos con privados, además de ser conveniente para los investigadores.

Las UCI en institutos públicos y privados fueron elegidas suponiendo que éstos tenían diferencias bajo una perspectiva de administración a nivel macro. Es decir, la administración de los recursos físicos, materiales y humanos, la calidad, y la prevención de riesgos eran diferentes. Esta suposición se basó en la experiencia laboral de los investigadores en los dos diferentes ámbitos.

La población estudiada consistió en enfermeros certificados y técnicos en enfermería con un mínimo de seis meses de experiencia laboral en una UCI. Este criterio fue establecido para asegurar que los participantes tuvieran el mínimo nivel de experiencia en cuidados intensivos requerido para hacer una buena evaluación.

El método para recolecta de datos comenzó con el investigador principal contactando a los enfermeros para informarles sobre los objetivos del estudio. Luego, los enfermeros eligieron al azar a uno de los técnicos en enfermería en personal por sorteo, quien también fue consultado. Tras acceder su participación, todos los voluntarios firmaron un formulario de consentimiento informado.

Los enfermeros fueron ciegos con respecto a los técnicos en enfermería elegidos, ya que los segundos estaban identificados por números conocidos sólo por el investigador principal. En contraste, los técnicos en enfermería conocían la identidad del líder que debían evaluar, ya que su nombre estaba incluido en el instrumento de recolecta de datos. El anonimato fue garantizado con el propósito de evitar cualquier influencia que pudiera interferir con las respuestas de los sujetos.

Un sobre con los tres siguientes instrumentos para recolecta de datos fue distribuido a los enfermeros: 1) caracterización: compuesto de datos de edad, sexo, tiempo transcurrido desde su graduación, cargo en el instituto y la UCI, participación en cursos de posgrado y familiaridad con el tema de liderazgo. Estas variables fueron elegidas con base en la experiencia de los investigadores y con la intención de evaluar la relación entre dichas variables y el liderazgo; 2) una versión certificada en portugués del *Nursing Work Index Revised* (B-NWI-R)<sup>(6)</sup>; y 3) Grid y Liderazgo en Enfermería: comportamiento ideal<sup>(7)</sup>.

Los técnicos en enfermería seleccionados recibieron un sobre que contenía lo siguiente: 1) el instrumento de caracterización mencionado anteriormente; y 2) Grid y Liderazgo en Enfermería: comportamiento real<sup>(7)</sup> para completar en referencia al correspondiente enfermero asignado al azar.

Como resultado, se formaron pares entre enfermeros y técnicos en enfermería escogidos al azar por el enfermero. Esto permitió evaluar la percepción del enfermero con respecto al comportamiento ideal de liderazgo y la valoración hecha por el técnico con respecto al desempeño real del enfermero bajo su cargo de líder inmediato.

Los participantes respondieron a los instrumentos fuera de su entorno laboral y una fecha fue programada para retornar el cuestionario directamente al investigador principal. El investigador principal no estaba afiliado como líder en ninguna de las UCI evaluadas.

Las propiedades de cada instrumento se describen a continuación. El B-NWI-R<sup>(6)</sup> se basa en el Nursing

Work Index (NWI), redactado en 1989. Éste contiene 65 ítems. El *Nursing Work Index Revised* (NWI-R)<sup>(8)</sup> fue formulado para acortar el NWI y para medir características particulares del entorno laboral que promueven la práctica profesional de la enfermería.

El NWI-R contiene 57 ítems, de los cuales 15 fueron distribuidos conceptualmente entre tres subescalas: autonomía, control sobre el ámbito de práctica, y la relación entre enfermero y doctor. Un total de 10 dentro de estos 15 ítems fueron agrupados para generar una cuarta subescala: apoyo organizacional<sup>(8)</sup>.

Conceptualmente, las subescalas se definen así<sup>(8)</sup>: autonomía (cinco ítems) y control (siete ítems) representan la libertad de los enfermeros de resolver problemas que afectan la calidad de los cuidados de enfermería; la relación entre enfermero y doctor (tres ítems) corresponde al respeto profesional necesario para la comunicación efectiva de objetivos compartidos en el cuidado de pacientes; apoyo organizacional (10 ítems derivados de las tres subescalas ya mencionadas) corresponde a las situaciones donde la organización proporciona el apoyo necesario para la práctica profesional de enfermería.

Las escalas de medición son escalas de tipo Likert de 4 puntos; entre más bajo sea el puntaje, mayor presencia hay de atributos favorables para la práctica profesional de enfermería. El puntaje de cada subescala es calculado con base en los puntajes promedio de las respuestas dadas por los sujetos, y su rango es entre uno y cuatro<sup>(8)</sup>.

Ya que el NWI-R había sido traducido y adaptado para la población brasileña<sup>(9)</sup> y las subescalas habían sido certificadas (B-NWI-R)<sup>(6)</sup>, éstas fueron usadas para el presente estudio.

*Grid y Liderazgo en Enfermería: comportamiento ideal y real*<sup>(7)</sup> incluye dos instrumentos basados en la teoría de rejilla para evaluar el comportamiento de liderazgo ideal en enfermeros y los puntos de vista reales de miembros del personal en este respecto. De este modo, un instrumento recibe respuestas de parte del líder de personal, y el otro recibe respuestas de parte de un miembro del personal. Ya que los dos instrumentos son apropiados para el ámbito brasileño y fueron sujetos a la validación aparente y de contenido<sup>(7)</sup>, fueron usados en este estudio.

El instrumento consta de 25 declaraciones, cada una con cuatro opciones de respuesta, asignadas diferentes puntajes y categorizadas así: completamente deseable (cuatro puntos), deseable (tres puntos), indeseable (dos puntos), y completamente indeseable (un punto)<sup>(7)</sup>.

Cada declaración se refiere a un estilo de liderazgo (1,1; 1,9; 5,5; 9,1; and 9,9)<sup>(7)</sup>. El estilo de liderazgo con mayor puntaje representa cómo un enfermero ejerce liderazgo como función de su impresión del comportamiento ideal y el punto de vista de un miembro de su personal con respecto a la situación real<sup>(7)</sup>.

Los datos fueron recolectados entre Octubre 2012 y Marzo 2013. El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación (Comitê de Ética em Pesquisa - CEP) de la Universidad Federal de São Paulo (Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP) bajo el número de protocolo 0839/10.

Después de obtener la aprobación del CEP pero antes de comenzar la recolecta de datos, se llevó a cabo una prueba preliminar con una muestra aleatoria de 13 enfermeros y 13 técnicos en enfermería, quienes no participaron en el estudio real. No se reportaron dificultades en la interpretación de los cuestionarios.

Los datos sobre caracterización fueron analizados usando estadísticas descriptivas. Pruebas de ANOVA con un valor p igual o menor a 0,05 fueron usadas para investigar la correlación entre el entorno laboral y el liderazgo en enfermería real, que fueron las variables de interés en el presente estudio.

## Resultados

La tasa de respuesta fue de 54,5%. Es decir, 121 enfermeros y técnicos en enfermería retornaron los cuestionarios. Sin embargo, la muestra incluyó 66 pares de enfermero con técnico en enfermería, distribuidos así: UCI A = 34, UCI B = 34, UCI C = 16, UCI D = 13.

De los 66 enfermeros entrevistados, 48 (72,7%) eran mujeres; su distribución de turnos era la siguiente: mañana, 15 (22,7%); mañana y tarde, 5 (7,6%); tarde, 11 (16,7%); y noche, 35 (53%). El turno de mañana y

tarde fue incluido ya que el horario laboral en uno de los institutos era 12x36 h durante el día.

Todos los enfermeros (100%) habían sido introducidos al tema de liderazgo durante sus estudios universitarios; 29 (43,99%) habían atendido a clases y 28 (42,4%) habían recibido instrucción especial en el tema. Un total de 60 enfermeros (90,9%) habían tomado cursos especializados, en su mayoría sobre el tema de cuidados intensivos, 28 (46%); 10 de estos habían tomado cursos especializados en otros campos.

Del grupo de técnicos en enfermería, 41 (62,1%) eran mujeres, trabajaban en los mismos turnos que sus superiores y habían sido expuestos menos al tema de liderazgo: 42 (63,6%) en un curso técnico, 18 (27,3%) en clases, 16 (24,3%) en sesiones de entrenamiento y 7 (10,6%) en otros contextos, además de trabajo de curso para 11 (16,7%) que estaban estudiando enfermería.

Los técnicos eran un poco mayores (edad promedio: 34,7 años) que los enfermeros (edad promedio: 32,9 años) y el tiempo transcurrido desde su graduación también era mayor (en promedio 10 años). La duración de contrato con el instituto y las UCI era mayor para los enfermeros (en promedio 6 y 5,2 años, respectivamente) comparado con los técnicos en enfermería (en promedio, 5,1 y 4,8 años, respectivamente). Merece resaltar que 35 de los pares (53%) trabajaban en el turno de noche.

Los puntajes promedio en el B-NWI-R fueron similares dentro de las cuatro UCI evaluadas (media = 1,95; IC 95%: 1,85-2,05): UCI A, 1,88 (IC 95%: 1,74-2,02); UCI B, 2,29 (IC 95%: 1,87-2,71); UCI C, 1,90 (IC 95%: 1,69-2,10); y UCI D, 2,10 (IC 95%: 1,83-2,37).

La consistencia interna de los dominios del B-NWI-R fue evaluada usando al alfa de Cronbach, cuyos valores fueron: B-NWI-R total = 0,819; autonomía del B-NWI-R = 0,645; control sobre el ámbito de práctica del B-NWI-R = 0,732; relación entre enfermero y doctor del B-NWI-R = 0,702; y apoyo organizacional del B-NWI-R = 0,748.

Tabla 1 – Estadísticas descriptivas correspondientes al puntaje total en el B-NWI-R por estilo de liderazgo real. São Paulo, SP, Brasil, 2013.

Estilos de liderazgo reales	Brazilian Nursing Work Index Revised (B-NWI-R)						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	IC 95%*	
						Límite inferior	Límite superior
	66	1,00	3,00	1,95	0,40	1,85	2,05
1,1	1	2,07	2,07	2,07	-	-	-
1,9	6	1,60	2,53	2,12	0,34	1,76	2,48
5,5	9	1,33	2,60	1,93	0,45	1,59	2,28
9,1	8	1,47	2,20	1,90	0,29	1,66	2,14
9,9	42	1,00	3,00	1,93	0,43	1,80	2,06

\*intervalo de confianza del 95%

Tabla 2 – Estadísticas descriptivas correspondientes a los dominios del B-NWI-R por estilo de liderazgo real. São Paulo, SP, Brasil, 2013.

Dominio del <i>Brazilian Nursing Work Index Revised</i> (B-NWI-R)	Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	IC 95%*		P
							Límite inferior	Límite superior	
Autonomía	Todos	66	1	3,4	1,92	0,49	1,79	2,04	0,977
	1,1	1	2	2	2	-	-	-	
	1,9	6	1,6	2,4	2,03	0,32	1,7	2,37	
	5,5	9	1	3,2	1,87	0,7	1,33	2,41	
	9,1	8	1,2	2,4	1,9	0,41	1,55	2,25	
	9,9	42	1	3,4	1,91	0,49	1,76	2,06	
Control sobre el ámbito de práctica	Todos	66	1	3,57	2,01	0,51	1,88	2,13	0,847
	1,1	1	2	2	2	-	-	-	
	1,9	6	1,71	2,86	2,24	0,55	1,66	2,81	
	5,5	9	1,57	2,71	1,97	0,36	1,69	2,25	
	9,1	8	1,43	2,57	1,95	0,41	1,6	2,29	
	9,9	42	1	3,57	2	0,55	1,82	2,17	
Relación entre enfermero y doctor	Todos	66	1	3	1,85	0,47	1,74	1,97	0,632
	1,1	1	2,33	2,33	2,33	-	-	-	
	1,9	6	1	3	2	0,76	1,2	2,8	
	5,5	9	1	2,67	1,96	0,51	1,57	2,36	
	9,1	8	1	2,67	1,79	0,56	1,32	2,26	
	9,9	42	1	2,67	1,81	0,4	1,69	1,93	
Apoyo organizacional	Todos	66	1	3,1	1,96	0,43	1,86	2,07	0,539
	1,1	1	2,2	2,2	2,2	-	-	-	
	1,9	6	1,8	2,6	2,22	0,37	1,83	2,61	
	5,5	9	1,4	2,7	1,97	0,45	1,62	2,31	
	9,1	8	1,4	2,1	1,84	0,28	1,61	2,07	
	9,9	42	1	3,1	1,95	0,46	1,8	2,09	

\*intervalo de confianza del 95%

Dentro de la población de 66 enfermeros que respondieron, 65 (98,5%) calificaron al estilo de liderazgo 9,9 como el estilo de liderazgo ideal. Sin embargo, cuando su estilo de liderazgo real fue evaluado por los técnicos en enfermería, los resultados fueron los siguientes: 9,9 fue atribuido a 42 enfermeros (63,6%); 9,1 a ocho (12,1%); 5,5 a 9 (13,6%); 1,9 a seis (9,1%); y 1,1 a uno (1,5%). Esto quiere decir que 42 (63,6%) líderes fueron evaluados satisfactoriamente (IC 95% [50,8%; 74,8%]).

La Tabla 1 muestra la intersección entre los puntajes promedio en el B-NWI-R y los estilos de liderazgo reales de los enfermeros, independientemente de las UCI particulares.

Los datos presentados anteriormente muestran que no hubo diferencia entre el entorno laboral y el liderazgo en enfermería real ( $p = 0,852$ ). Los estilos 9,9 y 9,1 se asociaron con los más bajos puntajes promedio en el B-NWI-R. En cambio, los promedios para los estilos 1,1 y 1,9 tendieron a ser más altos pero no significativamente.

El estilo de liderazgo real no se relacionó significativamente con los diferentes dominios del B-NWI-R, como muestra la Tabla 2.

Ya que el número de pares fue heterogéneo entre las UCI investigadas y con el propósito de detectar diferencias en los puntajes del B-NWI-R y los estilos de liderazgo reales entre enfermeros de hospitales privados (UCI A y B) en comparación con los públicos (UCI C y D), las UCI correspondientes fueron agrupadas para hacer comparaciones.

El puntaje total promedio en el B-NWI-R fue 1,91 (IC 95%: 1,83-2,15) en las UCI de hospitales privados y 1,99 (IC 95%: 1,78-2,05) en las UCI de hospitales públicos,  $p = 0,459$ . La correlación de esos puntajes con el liderazgo en enfermería real presentó un valor  $p = 0,437$ .

El puntaje promedio para cada dominio del B-NWI-R fue analizado con respecto al estilo de liderazgo real de los enfermeros en hospitales públicos y privados. Los resultados fueron: autonomía,  $p = 0,629$ ; control sobre el ámbito de práctica,  $p = 0,676$ ; relación entre enfermero y doctor,  $p = 0,001$ ; y apoyo organizacional,  $p = 0,254$ .

La prueba ANOVA demostró que el efecto de interacción entre el tipo de hospital y el estilo de

liderazgo en enfermería real fue significativo sólo en el dominio de relación entre enfermero y doctor ( $p = 0,001$ ), como muestra la Figura 1.

Los puntajes en el dominio del B-NWI-R 'relación entre enfermero y doctor' relativos al estilo de liderazgo 9,1 fueron menores en las UCI de hospitales públicos. Los

puntajes en el B-NWI-R relativos al estilo de liderazgo 1,9 fueron menores en las UCI de hospitales privados. Por consiguiente, la correlación más favorable<sup>(6)</sup> entre el estilo de liderazgo en el cual el profesional está más involucrado (9,1)<sup>(7)</sup> y el respeto mutuo entre enfermeros y doctores correspondió a las UCI de hospitales públicos.

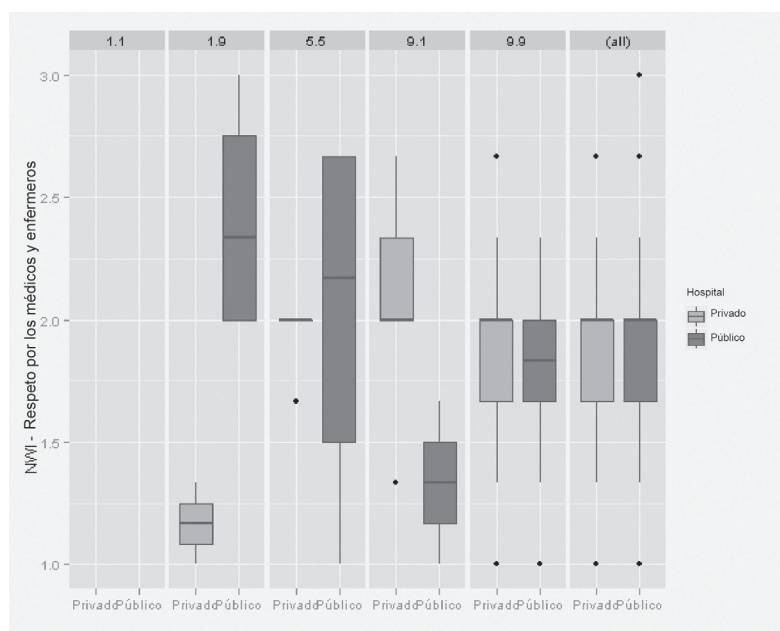


Figura 1 – Diagrama de caja que representa el dominio de relación entre enfermero y doctor por estilo de liderazgo real y tipo de hospital. São Paulo (SP), Brasil, 2013.

## Discusión

El interés en estudios que evaluaran el impacto del entorno laboral en los resultados de cuidado y tratamiento surgió en la década de 1980 cuando la Academia Americana de Enfermería llevó a cabo un estudio a nivel nacional para establecer cuáles eran las características del entorno laboral que favorecían la práctica profesional de la enfermería. Los institutos conocidos como hospitales *imán* compartían los siguientes rasgos: administración, práctica profesional y desarrollo profesional<sup>(8)</sup>.

Estos atributos son evaluados por el NWI-R<sup>(8)</sup>, que es la base del B-NWI-R<sup>(6)</sup> y está ceñido al Nursing Professional Practice Model<sup>(10)</sup>. Éste último está definido como un sistema (estructura, proceso y valores) que provee apoyo a los enfermeros para controlar el cuidado otorgado a los pacientes y el ámbito bajo el cual el cuidado es otorgado.

Con base en esto, los resultados del presente estudio muestran que el entorno laboral en las UCI

evaluadas es favorable para la práctica de enfermería diaria (media = 1,95; IC 95%: 1,85-2,05), sin importar cuál hospital fue analizado.

Uno podría entonces inferir que el entorno laboral de las UCI es atractivo para los profesionales de enfermería. Esta afirmación es corroborada por un estudio llevado a cabo en Corea del Sur<sup>(11)</sup> el cual investigó las percepciones de los enfermeros con respecto a las condiciones laborales en el hospital y en la UCI simultáneamente usando subescalas del NWI-R. La muestra incluyó 817 enfermeros de 39 UCI en 15 hospitales. Con base en los resultados de un análisis de regresión múltiple, el entorno laboral en los hospitales evaluados fue clasificado como bueno, aceptable o malo de la siguiente forma: bueno, dos (13,4%); aceptable, 10 (66,6%); y malo, tres (20%). La evaluación correspondiente de las UCI fue la siguiente: buena, nueve (23,1%); aceptable, 24 (61,5%); y mala, seis (15,4%).

El puntaje promedio de 17 UCI rurales en el estado de São Paulo (SP), Brasil, en el B-NWI-R fue 2,13, lo cual

es más alto que el puntaje encontrado en el presente estudio. Esto quiere decir que se halló que el entorno laboral en las cuatro UCI investigadas era saludable.

Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el puntaje promedio en el B-NWI-R y los estilos de liderazgo en enfermería reales ( $p = 0,852$ ). Lo mismo se observó con los puntajes de las subescalas del B-NWI-R.

Dado esto, se encontró que el entorno laboral no influenció los estilos de liderazgo en enfermería en el presente estudio. Sin embargo, sólo cuatro de los dominios del B-NWI-R estaban certificados para ser usados en Brasil<sup>(6)</sup>. Cuando sean certificados, los demás dominios podrían permitir una evaluación más amplia de las características del entorno laboral en comparación con los dominios disponibles actualmente.

Cuando las UCI en hospitales públicos y privados fueron analizadas por separado, no se encontró una diferencia en la relación entre el puntaje promedio del B-NWI-R y los estilos de liderazgo reales de los enfermeros ( $p = 0,437$ ). Sólo el dominio de relación entre enfermero y doctor mostró un valor  $p = 0,001$ . Debe mencionarse que las UCI en hospitales públicos mostraron la correlación más favorable entre los estilos de liderazgo en los cuales el profesional está más involucrado, 9,1<sup>(7)</sup>, y el dominio de relación entre enfermero y doctor. Este hallazgo nos lleva a reflexionar sobre cómo se llevan a cabo las relaciones profesionales, teniendo en cuenta que siendo hospitales universitarios, los hospitales públicos pueden haber sido más favorecidos. Sin embargo, la experiencia en las UCI permite concluir que las interacciones interdisciplinarias sí ocurren y que son en general saludables, dada la severidad de los pacientes bajo atención del personal.

El liderazgo ha sido vinculado a múltiples variables, incluyendo la satisfacción del paciente. Hay prueba sólida<sup>(12)</sup> de una relación entre comportamientos de liderazgo positivos y mayor satisfacción del paciente y menores eventos adversos<sup>(12)</sup>.

En un estudio<sup>(13)</sup>, 29% de la satisfacción laboral, 22% del compromiso organizativo y 9% de la productividad se explicaron por el uso de comportamientos de liderazgo. Estos hallazgos concuerdan con los resultados de tres estudios<sup>(14-16)</sup> en los que las variables de interés eran satisfacción laboral, clima organizativo<sup>(14-15)</sup>, y agotamiento<sup>(16)</sup>. Se halló que el liderazgo ejerció una influencia positiva y directa sobre aquellos indicadores<sup>(14-16)</sup>.

Con base en esos resultados y en el hecho de que el entorno laboral podría atraer y retener profesionales de

excelente calidad, de acuerdo con el Nursing Professional Practice Model<sup>(10)</sup>, se estableció la hipótesis de que dichas características tan fuertes podrían influenciar los estilos del liderazgo en enfermería, dada la carencia de estudios en la literatura que buscan resolver este interrogante.

Los resultados del presente estudio muestran que el entorno laboral es similar en las cuatro UCI investigadas. No se encuentra ninguna relación entre el entorno laboral y el liderazgo en enfermería en la población evaluada. Estos hallazgos dan lugar a varias preguntas que podrían ser respondidas en estudios posteriores: ¿Son las UCI distintas a otras áreas hospitalarias? ¿Permitiría el uso del NWI-R entero, tras ser certificado para el contexto brasileiro, una mejor evaluación de los entornos laborales y una subsiguiente replicación del método utilizado en el presente estudio? ¿Permitiría la introducción de UCI adicionales un análisis más comprensivo de este problema dentro del ámbito de cuidados intensivos?

## Conclusión

El entorno laboral no estuvo relacionado con el liderazgo en enfermería real ( $p = 0,825$ ), y lo mismo se vio con las subescalas del B-NWI-R. El carácter público o privado de los hospitales donde estaban localizadas las UCI evaluadas no se relacionó directamente con el liderazgo ( $p = 0,437$ ). Solamente el dominio de relación entre enfermero y doctor sobresalió,  $p = 0,001$ .

El presente estudio presentó las siguientes limitaciones: el tamaño de la muestra y la facilidad de muestreo; aplicación de sólo cuatro de los dominios del B-NWI-R; pocos estudios que han usado el NWI-R en el ámbito de cuidados intensivos; y el hecho de que la infraestructura de liderazgo usó fechas de la década de 1990.

Con base en estos resultados, los administradores de enfermería podrían concluir que los enfermeros deben desarrollar aptitudes de liderazgo y que el entorno laboral no ejerce una influencia sobre la población estudiada. Dado esto, los enfermeros requieren planes de desarrollo individuales que incorporen los tipos de conocimiento, aptitudes, actitudes, valores y productos finales necesarios para ejercer liderazgo. Dentro de este contexto el rol de los Centros de Enseñanza de Enfermería también sobresale ya que éstos están encargados del entrenamiento y desarrollo de líderes aptos para trabajar en el ámbito de cuidados intensivos, usando los hallazgos del presente estudio.



Ya que el entorno laboral no se asoció con el liderazgo en enfermería en las UCI evaluadas, nuevos estudios científicos con muestras de mayor tamaño podrían llevarse a cabo para confirmar este resultado y para identificar otras variables que puedan interferir con el liderazgo en enfermería dentro del ámbito de cuidados intensivos.

## Referencias

- 1- Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo Eliza, Muise M, Stafford E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47:363-85.
- 2-Weberg D. Transformational leadership and staff retention. *Nurs Adm Q.* 2010 julho-setembro;34(3):246-58.
- 3-Wong CA, Laschinger HKS. Authentic leadership, performance and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *J Adv Nurs.* 2012;69(4):947-59.
- 4- Lankshear S, Kerr MS, Laschinger HKS, Wong CA. Professional practice leadership roles: the role of organizational power and personal influence in creating a professional practice environment for nurses. *Health Care Manage Rev.* 2013;38(4):349-60.
- 5-Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(3):502-7.
- 6-Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs.* 2011;20:3494-501.
- 7-Higa EFR, Trevisan MA. The style of leadership idealized by nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(1):59-64.
- 8- Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res.* 2000;49(3):146-53.
- 9- Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "Nursing Work Index-Revised". *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):281-7.
- 10- Hoffart N, Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs.* 1996;12(6):354-64.
- 11- Cho SH, Mark BA, Yun SC, June KJ. Differences in intensive care unit work environments among and within hospitals using subscales and a composite measure of the Revised Nursing Work Index. *J Adv Nurs.* 2011;67(12):2637-48.
- 12- Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013;21(3):765-72.
- 13- Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manage.* 2007;15:508-21.
- 14-Loke JCF. Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *J Nurs Manage.* 2001;9:191-204.
- 15-Sellgren SF, Ekvall G, Tomson G. Leadership behavior of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *J Nurs Manage.* 2008;16:578-87.
- 16- Kanste O, Kyngas H, Nikkila J. The relationship between multidimensional leadership and Burnout among nursing staff. *J Nurs Manage.* 2007;15:731-9.

Recibido: 15.5.2014  
Aceptado: 24.11.2014