UNIVERSIDAD NACIONAL

“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE LIMITAN EN EL LIDERAZGO DE LOS ENFERMEROS (AS) DEL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2016”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Bach. AGUILAR LEON, Cristian

Bach. ROSALES ROSAS, Sergio Cristian

Asesora:

Eufrasia Oriundo Ramos

HUARAZ – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, y a mis padres por permitirme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que día a día me expongo, por darme fortalezas y haberme apoyado en todo momento por sus sabios consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, y por su amor.

Sergio

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, para seguir adelante y no desmayar en los problemas.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo.

Cristian

INDICE

RESÚMEN……..…….v

ABSTRACT……vi

1. INTRODUCCIÓN……..…….7

2. HIPÓTESIS……15

3. BASES TEÓRICAS……...……19

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN…….19

3.2.BASES TEÓRICAS…….……25

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS……...……63

4. MATERIALES Y MÉTODOS……..……64

4.1.TIPO DE ESTUDIO…….64

4.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN……..…….64

4.3.UNIVERSO O POBLACIÓN……..65

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA……..…..…….66

4.5.INSTRUMENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS……..……..66

4.6.TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN……..……67

4.7.ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN……..68

5. RESULTADOS……..……69

6. **DISCUSIÓN**…….……..89

7. CONCLUSIONES……..……92

8. **RECOMENDACIONES**……..……..93

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……94

ANEXO

RESÚMEN

El problema: ¿Qué factores socioculturales limitan en el liderazgo de los enfermeros(as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016?, objetivo general Determinar los factores socioculturales que limitan el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016. Hipótesis: Los factores socioculturales limitan significativamente el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2016. La investigación es de enfoque cuantitativo, y de tipo prospectivo, porque se va a medir los indicadores de los factores sociales y culturales, y se proyecta hacia el futuro; asimismo es correlacional, porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación, con una población constituida por todos los enfermeros(as) nombrados (120) y contratados (11) haciendo un total de 131, que se encuentran adscritos (as) al Departamento de Enfermería, del Hospital "Víctor Ramos Guardia". Resultados: Los factores sociales que limitan el liderazgo de los enfermeros son: la edad, el tiempo de servicio, la condición de trabajo, la estructura laboral, y la comunicación con el equipo de trabajo. Los factores culturales tenemos: Las practicas realizadas durante el pregrado, los cursos, especialidades, pos grados. Se concluyó que los factores sociales y culturales son un factor que limitan el liderazgo de los enfermeros(as) y que se tiene que poner en práctica antes, durante y después de la profesión.

Palabras claves: Factores socioculturales, liderazgo, cultura, comunicación.

ABSTRAC

The problem: What sociocultural factors limit the leadership of the nurses at Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz - 2016, with the general objective of determining the sociocultural factors that limit the leadership of hospital nurses Víctor Ramos Guardia, Huaraz -2016. Hypothesis: Sociocultural factors significantly limit the leadership of nurses at Víctor Ramos Guardia Huaraz - 2016. The research is a quantitative approach, and a prospective one, because it will measure indicators of social and cultural factors, And is projected into the future; It is also correlational, because it has the purpose of knowing the relation or degree of association, with a population consisting of all the named nurses (120) and contracted (11) making a total of 131, who are attached, To the Department of Nursing, of the hospital "Víctor Ramos Guardia". Results: The social factors limiting the leadership of nurses are age, length of service, work condition, work structure, and communication with the work team. The cultural factors we have: the practices made during the undergraduate, the courses, specialties, pos grades. It was concluded that social and cultural factors are a factor limiting the leadership of nurses and that it has to be implemented before, during and after the profession.

Key words: Sociocultural factors, leadership, culture, communication.

1. INTRODUCCIÓN.

El liderazgo es considerado como una de las competencias básicas a desarrollar por el profesional de enfermería, que debe ser capaz de asumir posiciones de liderazgo. En este contexto, el líder está implicado en el compromiso, la responsabilidad, la empatía, la capacidad de tomar decisiones, la comunicación y la gestión eficaz y eficiente, el servicio de calificación y la satisfacción de las expectativas de la organización [(1).]

El (la) enfermera(o) es hoy un pilar importante en el Sistema Nacional de Salud, la labor del médico seria incompleta sin la presencia del profesional de esta rama. La eficiencia de los servicios de salud depende en mucho del papel del líder como administrador de los mismos. [(2,3)]

La Organización Mundial de Salud (OMS) manifiesta que “La falta de capacidad gerencial y de liderazgo en todos los niveles del sistema de salud es citada con mayor frecuencia como una restricción determinante para mejorar la calidad en la atención, la expansión de los servicios de salud, y el logro de las metas de desarrollo del milenio” [(4).]

Al cuestionar las enfermeras sobre el estilo de liderazgo ejercido por ellos en San Paulo - Brasil, se reveló que (88,3%) de los encuestados ejercen tareas orientadas en el liderazgo, dependiendo de la situación. Por estas respuestas, podríamos reconocer que el ejercicio de liderazgo apoyado a los principios de modelo de liderazgo situacional que se centra en la premisa de que no existe un solo estilo de liderazgo adecuado para cualquier situación. En este enfoque, el énfasis está en la conducta del líder en relación con el frente dirigido a una tarea específica, es decir, se basa en la interrelación entre el comportamiento de la relación del líder y la madurez de subordinados [(5).]

En la nueva tendencia, las organizaciones de salud están llamados a anclarse en Liderazgo Transformacional, a ser considerado el paradigma del cambio posmoderno. Este liderazgo se define como un estilo de liderazgo centrado en la calidad de la atención prestada por la enfermería, especialmente en la gestión, la educación y el cuidado [(6).]

En el Hospital del sur de Chile se observa en las(os) enfermeras(os) pocas acciones que reflejen el Liderazgo como una competencia. Se muestra un déficit en la conducción del personal, falta de claridad al entregar información, escasa empatía-carisma, inexistencia de análisis de situaciones y toma de decisiones, lo que conlleva a conflictos con el equipo, sin logros en la planificación del trabajo en los servicios. Lo anterior puede deberse a factores, tales como: presencia de

profesionales jóvenes, inexperiencia, dificultades de tipo relacional, objetivos no claros, ausencia de confianza y de apoyo de la autoridad, lo que repercute claramente en la atención directa de los usuarios. Asimismo, existe la percepción de no ser consideradas(os) y enfrentar factores externos del medio que obstaculizan su desarrollo, como los problemas de relaciones con médicos, sindicatos, autoridades, personal de salud. Se visualiza un ambiente conflictivo donde no se reconoce a Enfermería como disciplina, lo que origina condiciones adversas para desarrollar un efectivo liderazgo. [7]

En Costa Rica al igual que el resto de los países latinoamericanos, continúa el proceso de reforma del sector salud, en el cual se han fijado grandes expectativas para el desarrollo de los servicios de salud que satisfacen las necesidades de la población. El proceso de desconcentración administrativa de los establecimientos de salud comenzó durante la década de 1990, fueron apoyados por el nuevo modelo para la asignación de los recursos de salud, denominado “Compromiso de Gestión”, que constituye un instrumento muy importante para lograr los objetivos en salud y la Ley de desconcentración administrativa de los hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, con lo cual se espera mayor agilidad administrativa, incluido el manejo de los recursos humanos. Es el momento propicio para que la profesión de enfermería realice sus proyectos de cambio y brinde respuestas asertivas y dinámicas en función de los procesos mencionados, para que éstos influyan sobre los profesionales del área de la salud.

Este estudio identificó los puntos críticos que deben ser desarrollados con estrategias pertinentes, requeridas para la contribución significativa y necesaria en el proceso de cambio. En el profesional de enfermería, el liderazgo se concibe en la práctica como el resultado de una base de conocimientos y métodos para encarar el quehacer profesional, en todas las estructuras (servicios, personal y usuarios externos) y en las diferentes fases del proceso gerencial en el área asignada (unidad, servicio, departamento y otros).

En Perú en el año 2014 con una muestra compuesta por 22 licenciados(as) de enfermería, se obtuvo como resultado que el 100% (22) de los licenciados(as) de enfermería encuestados consideran desfavorable el estilo de liderazgo empleado por el jefe de servicio.

Se puede concluir que el personal de enfermería opina que el liderazgo del enfermero jefe de servicio de medicina es medianamente favorable. El (la) enfermero(a) ocupa un espacio en la estructura de los sistemas de salud que le brinda la oportunidad de estar en una posición de liderazgo en el equipo de enfermería, así como en otros equipos de salud, en los procesos de la organización.

Durante las prácticas clínicas hospitalarias e internado, observamos que hay dificultades en el ejercicio del liderazgo que le compete como el de asumir responsabilidades de gestión o cargos aduciendo lo siguiente “tengo que dedicarme a mi familia , mis hijos me necesitan “ “ no tengo experiencia “entre otras excusas .Además se hace evidente la escasa participación de los profesionales de enfermería en los equipos de gestión de la institución , donde se toman decisiones importantes entre otros, de los espacios y trabajo donde los enfermeros (as) están involucrados. Todo lo anterior nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación.

De acuerdo a lo expuesto en los párrafos precedentes se ha formulado el siguiente **problema**: ¿Qué factores socioculturales limitan el liderazgo de los enfermeros(as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016?; teniendo como **objetivo general**: Determinar los factores socioculturales que limitan el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016. Los **objetivos específicos** son: Identificar los factores sociales, que limitan el liderazgo de los enfermeros(as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016, Conocer los factores culturales, que limitan el liderazgo de los enfermeros(as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

La presente investigación consta de seis partes, en la primera se da a conocer la hipótesis, variables y Operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se

exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. En la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y recojo de la información. En la cuarta y quinta parte de recogen y exponen los resultados principales de la investigación de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes.

En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

El liderazgo en enfermería aun no estando en una posición formal, tiene una importancia en las funciones de la organización y en el comportamiento del personal. En enfermería, el líder es responsable de forjar un equipo unido con habilidades, voluntad, esfuerzo, para constantemente aprender cosas nuevas y producir una nueva información para apoyar y desarrollar la práctica de enfermería y mejorar la calidad de atención que se le brinda a la persona, familia y comunidad.

La investigación es importante porque el liderazgo juega un papel trascendental dentro de las actividades para cumplir las misiones de enfermería, es que se decide abordar los factores socioculturales que influyen el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016, para

profundizar sobre los conceptos relacionados al mismo porque la eficiencia de los servicios de salud depende mucho del papel del líder.

Así mismo es importante porque permitirá conocer los factores socioculturales que limitan el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz; las cualidades que ejercen según el estilo predominante, las fuerzas socioculturales que limitan el liderazgo enfermero, así como los desafíos para enfermería en este ámbito, sirve para recopilar información con el propósito de que aporte mayores conocimientos para quienes administran los servicios; además, para los personales de enfermería de los diferentes servicios, considerándose que las funciones y quehaceres de enfermería se redefinen constantemente en el contexto de los cambios del sector salud, brindar conocimientos actualizados, aportará una visión ampliada del liderazgo enfermero.

Los conceptos importantes que se relacionan con el liderazgo y los factores socioculturales que influyen en ello, en medio de estudios que se han realizado al respecto, se fundamentan en el significado del liderazgo.

El estudio servirá de referencia para el departamento de enfermería, de tal manera que se busquen las estrategias para mejorar el liderazgo de los enfermeros (as),

en los diferentes servicios de la institución, también enfatizar qué factores socioculturales están limitando un buen desarrollo de liderazgo de enfermería.

Es de relevancia social, por cuanto los resultados podrán ser utilizados para diseñar planes y estrategias en el campo asistencial del Hospital, el cumplimiento del liderazgo generará gran impacto social, concretamente en el cuidado integral a los pacientes.

El trabajo es factible por tener los recursos necesarios para su realización, que será el Hospital, así como la colaboración de las enfermeras(os).

La viabilidad del Estudio radica, porque se dispone de los recursos necesarios: Recursos Humanos: Los investigadores, la asesora como guía en el desarrollo de la investigación, las enfermeras. Recursos Financieros: Serán asumidos en su totalidad por los investigadores. Recursos Documentales: Se cuento con libros de texto, Publicaciones, Trabajos de investigación. Recursos Tecnológicos: Computadora internet, consultas en red. Recursos Temporales: El tiempo necesario para el estudio, tal como se indicó en el cronograma de actividades.

2. HIPÓTESIS

Los factores socioculturales limitan significativamente el liderazgo de los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz – 2016.

2.1. VARIABLES.

- **Variables independientes**

- Factores socioculturales

- **Variable dependiente**

- Liderazgo en enfermería.

a. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE -FACTORES SOCIAL	Los factores sociales llegan a estar compuestos de aspectos específicos de la sociedad como la política, religión, trabajo, comunicación, educación, medio ambiente, economía y el derecho.[30]	Aspecto demográfico	Edad	1) 25 – 35 años 2) 36 – 45 años 3) > 45 años	Nominal
			Sexo	1) Masculino 2) Femenino	Nominal
			Estado civil	1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Conviviente. 4) Separado (a) 5) Viudo (a)	Nominal
			Número de hijos	1) 0-1 2) 2-3 3) >3	Razón
		Lugar de trabajo	Servicio donde trabaja	1) UCI 2) Trauma shock 3) Pediatría 4) Ginecología 5) Emergencia 6) Sala 7) Cirugía 8) Medicina 9) Neonatología 10) Consultorio externo	Nominal

		Condición de trabajo	Tiempo de servicio	1) 1-5 2) 6-10 3) >10	
			Condición Laboral	1) Nombrado 2) Contratado, CAS, terceros	Nominal
		Solvento económico	Dependiente	1) < 1500 2) 1500-2000 3) 2000-2500 4) 2500 a más	Ordinal
		Desarrollo, perfeccionamiento y preparación	Títulos y grados	1) Maestría 2) Doctorado 3) Especialidad	Nominal
		Interrelación	Tipo de comunicación	1) Horizontal 2) Vertical	Nominal
		Desempeño de liderazgo	Obstaculizadores de liderazgo	1) La sobrecarga laboral 2) La familia 3) Condición de trabajo	nominal
			Ejercicio de liderazgo	1) Si 2) No	Nominal
-FACTORES CULTURALES	Conjunto de actitudes, creencias, valores, expresiones, gestos, hábitos, destrezas, bienes materiales, servicios y modos de	Servicios	Cargo función	1) Enfermera asistencial 2) Enfermera jefa de departamento o servicio	Nominal
		Creencia religiosa	Religión	1) Católico 2) Evangélico 3) Otro	Nominal

	producción que caracterizan a un conjunto de una sociedad, es todo aquello en que se cree. (29	Valores	los valores de las profesiones de enfermería son las adecuadas	1) Malo 2) Regular 3) Bueno	Nominal
		Capacitaciones	Promoción en capacitación de liderazgo de enfermería	1) La institución 2) El departamento de Enfermería 3) El Sindicato de Enfermeros	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE -LIDERAZGO EN ENFERMERIA	"El liderazgo es levantar la visión de una persona de mayor lugares de interés, la elevación del rendimiento de una persona a un nivel superior, la construcción de una personalidad más allá de sus limitaciones normales".(50)	Tipos de liderazgo	Liderazgo que practica	a) Liderazgo transformacional b) Liderazgo transaccional c) no liderazgo laissez faire	Nominal
		Estilos de liderazgo	Conducta orientada a tareas	1) Malo 2) Regular 3) Bueno	Nominal
			Conducta orientada a las relaciones	1) Malo 2) Regular 3) Bueno	Nominal
		Niveles de liderazgo	Capacidad individual	1) Malo 2) Regular 3) Bueno	Nominal
			Aporte con los miembros de un equipo de la salud	1) Malo 2) Regular 3) Bueno	Nominal

3. BASES TEÓRICAS

3.1. ANTESCEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MIRANDA Angélica (2012) **Factores que influyen en la situación Actual de la Supervisión de Enfermería en el Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2012.**

Cuyo objetivo fue: Identificar las funciones de la enfermera supervisora en el factor liderazgo, según las Enfermeras asistenciales y Supervisoras. Llego a la siguiente conclusión entre otros. :

En el factor liderazgo no existe concordancia entre lo manifestado por ambos grupos de estudio, ya que las enfermeras supervisoras refieren aplicar diversos estilos de liderazgo en el proceso de supervisión, mientras que las enfermeras asistenciales perciben un liderazgo autocrático y controlador que no favorecen las buenas relaciones interpersonales.

CAMONA, Calena. (2011). **Nivel de participación y liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo desde la perspectiva de Diane Huber en una institución de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de indias en el primer periodo del año 2011**. Colombia. Tesis de licenciatura. Objetivo: Establecer el nivel de participación y liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo de un grupo de profesionales en enfermería en una institución de tercer nivel de la ciudad Cartagena de Indias en el periodo 201. Material y métodos: El estudio se desarrolló mediante el análisis de una muestra

por conveniencia de 8 enfermeras jefes y 8 auxiliares, la recolección de la información se efectuó por razón de encuestas, mediante abordaje cuali-cuantitativo**.** Resultados: Las enfermeras estudiadas mantienen liderazgo continuo en el desempeño de sus intervenciones, soportado por la percepción del equipo de trabajo que lo acompaña. Adicionalmente, Las enfermeras cuentan con una actitud de solidaridad y disponibilidad para lograr los objetivos o para resolver una situación y también movilizan sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuidan. Por otra parte, con respecto a la respuesta del interrogante de si las enfermeras establecen metas y persuaden a su equipo para alcanzarlas la correlación indicó que la mitad de la muestra opina que sí y la otra mitad opina que no. Además, no fomentan una cultura de disciplina y no son pioneras en la aplicación de tecnologías, lo cual se evidencia desde la perspectiva de su grupo de trabajo y de las mismas profesionales. Conclusión: Los resultados del estudio demuestran que las enfermeras se encuentran dentro de los niveles de liderazgo según Diane Huber en: gran capacidad individual y contribuyendo como miembro del equipo. Sin embargo se recomienda estudios posteriores para evaluar el nivel liderazgo en poblaciones más amplias y/o estudios multicentricos.

PARDO, Claudia. (2011). **Liderazgo personal e interpersonal en los coordinadores y profesionales en enfermería que laboran en las IPS de 3er. nivel de atención de Cartagena.** Colombia. Tesis de maestría. Objetivo: Describir las características del liderazgo personal e interpersonal en los

coordinadores y profesionales en enfermería que laboran en las IPS de 3er. nivel de atención en la ciudad de Cartagena. Estudio descriptivo donde se trabajó con la totalidad de los sujetos (21 coordinadores y 117 profesionales en enfermería). El instrumento utilizado fue la escala de Evaluación de Liderazgo Personal e Interpersonal, propuesta por David Fischman. Llegando a las siguientes conclusiones. Los enfermeros a pesar de ser críticos y reflexivos, son pasivos y poco abiertos al mundo, por lo que se hace necesario implementar a nivel educativo u organizacional estrategias que analicen y aumenten la autoestima de cada una de los profesionales. Como resultado de obtuvo que la relación profesional de enfermería con otros profesionales, hay ciertos sentimientos contrarios como el de inferioridad ante profesiones como la medicina. A su vez, la comunidad en general no reconoció el aporte profesional de enfermería, como sí el aporte de la práctica médica en la sociedad.

PEREZ, Carolina. (2011). **Estilos de liderazgo de enfermeras jefes de piso en una de seguridad social.** México. Tesis para maestra en administración en enfermería. Objetivo: identificar estilos de liderazgo de enfermeras jefes de piso en relación a sus características socio-demográficas y laborales en una institución de seguridad social. Tipo de estudio: cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra de 89 enfermeras jefas de piso de cuatro Hospitales del IMSS en San Luis Potosí, México. Se aplicó el cuestionario Leader Effectiveness and

Adaptability Description de Hersey y Blanchard (1973), adaptado al español por Baquero y Cols, (2000).

Resultados: El estilo de liderazgo predominante fue persuadir, posteriormente ordenar y no se identificó delegar. Las enfermeras emplean persuadir, los hombres persuadir y ordenar; la jefes de piso de los servicios de quirófano/toco cirugía/CEYE, así como las que tenían grado de maestría, su estilo de liderazgo fue persuadir seguido de ordenar. Conclusión: el estilo de liderazgo que predomino está orientado a equilibrar a la tarea y la relación, dado que el líder se desarrolla en cuanto a como es y actúa el grupo, y a las demandas de la situación. Este modelo de liderazgo es útil, porque diagnostica como las enfermeras fejes de piso dirigen los grupos que impactan la calidad de atención.

TORRES, Claudia (2013) **Liderazgo situacional en enfermeras de una institución de salud de Bucaramanga.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Describir los estilos de liderazgo situacional presentes en las enfermeras de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos según la teoría de Hersey y Blanchard y determinar la relación entre los estilos de liderazgo y las variables laborales. Estudio descriptivo de corte transversal, cuya población y muestra fueron 107 enfermeras que laboran en área clínica de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos de 2 instituciones de salud. Se utilizó el instrumento de liderazgo situacional Dr. Herman Bachenheimer aplicado al personal de enfermería. Resultados: Las enfermeras de hospitalización (61) y

cuidados intensivos (46) presentan principalmente un estilo de liderazgo guiar (35,4%), seguido del estilo participativo (33,9%) y directivo (27,9%). El estilo delegativo (2,8%) no está presente en las enfermeras clínicas. No existe relación significativa entre los estilos de liderazgo y el tiempo de estar laborando en la institución. Se encontró relación estadísticamente significativa entre los estilos de liderazgo directivo y el tiempo de experiencia en el área clínica, evidenciado por una p de 0,011. Conclusiones: El estilo de liderazgo predominante en las enfermeras de hospitalización es guiar y en las enfermeras de cuidados intensivos es participativo.

QUEZADA, Cyntia. (2014). **Percepción del liderazgo en las (os) enfermeras de un hospital del sur de Chile.** Chile. Tesis de maestría. Objetivo: Conocer la percepción del Liderazgo en las(os) Enfermeras(os) de un Hospital del Sur de Chile. Método. Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria e interpretativa a través de un estudio de caso único. Los informantes claves fueron seis Enfermeras(os) que se desempeñan en puestos de responsabilidad. Conclusión: El Liderazgo es percibido por la mayoría como un conjunto de características y no como un proceso de influencia; no existe un concepto claro del mismo, sin embargo se reconoce como un elemento fundamental para las distintas funciones en el ámbito de la práctica profesional, primando en el asistencial, donde se identifican en general más factores facilitadores que son obstaculizados y asociados a la “Calidad de atención del paciente”.

PAZZETO, Alexandre. (2014). **Liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral.** Brasil. Tesis de doctorado. 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. 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.

QUISPE, Jhosep. (2014). **Opinión del Enfermero sobre los Estilos de Liderazgo del Enfermero Jefe en el Servicio de Medicina, 2014**. Perú. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar la opinión que tienen los enfermeros sobre los estilos de liderazgo que desarrollan los jefes de los servicios de Medicina en una institución de salud. Material y Método: Estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de un solo diseño. Resultados: El 100% (22) de licenciados de Enfermería encuestados consideran desfavorable el estilo de liderazgo empleado por el jefe de servicio. Conclusiones: El personal de enfermería opina que el estilo de liderazgo del enfermero jefe del servicio de

medicina es medianamente favorable, lo cual fue demostrado a través de la prueba Alfa de CronBach que arrogo un nivel de significancia de $\alpha = 0.6$.

3.2.**BASES TEÓRICAS**

3.2.1. Líder:

Es la persona que tiene influencia sobre los demás y que los guía hacia el logro de los objetivos, o metas del grupo. La conducta del líder ha de ser una respuesta a la mayoría del grupo, esto varía en función de las veces en que tenga el sistema para solucionar un problema concreto. El líder influye en las actividades de un individuo o grupo para conseguir un objetivo utilizando un proceso de comunicación en una situación concreta.

Los líderes son figuras que ocupan una posición de estimación y gozan en la conducción del grupo para el logro de los objetivos. El líder tiene la capacidad de inferir sobre otra persona para hacer algo en grupo.(1)

Aquella persona capaz de inspirar y generar a individuos o grupos. El líder es el modelo para todo el grupo, es sencillo, capaz de expresar libremente sus ideas, capaz de luchar por sus principios, tiene buenas relaciones humanas, piensa con estrategia. (2)

3.2.2. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA:

La gerencia de procesos no es otra cosa distinta que establecer metas y llevar al equipo humano bajo el liderazgo de un gerente a que las logre, mediante la ejecución de un plan de acción enfocado en el mejoramiento de los procesos bajo su autoridad y responsabilidad. [8]

En una función única, que puede ser parte de una postura formal de gestión de una organización, o puede surgir espontáneamente en cualquier grupo. Algunas características, como ser motivados por el reto, compromiso y autonomía, se cree que están asociadas con el liderazgo. [9]

Drucker también precisa: "El liderazgo es levantar la visión de una persona de mayor lugares de interés, la elevación del rendimiento de una persona a un nivel superior, la construcción de una personalidad más allá de sus limitaciones normales" [10]

Rallph M. Stogdill. El liderazgo se entiende como la iniciativa y el mantenimiento de estructura en expectativa e interacción. El líder desempeña parte activa en el desarrollo y el mantenimiento de la estructura de papeles y de la dirección de objetivos, necesarios para el desempeño efectivo del grupo. [12]

Ann Marriner Tomey puntualiza: El liderazgo es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen el trabajo. Los líderes se centran en los objetivos y en el hacer lo correcto. Están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias y aprovechar el potencial humano. Los líderes necesitan una buena gestión de estrés y de tiempo para alcanzar los retos de liderazgo. Necesitan tener buenas capacidades de comunicación y de toma de decisiones. Necesitan utilizar sus conocimientos de poder y de la política para motivar a las personas y conseguir que actúen y resuelvan los conflictos. Los líderes se centran en hacer lo que debe hacerse, pero también pueden ser gestores que ayuden a hacer las cosas como deben hacerse". (13)

El liderazgo envuelve compromiso, responsabilidad, empatía, habilidad para la toma de decisiones, comunicación y administración de forma efectiva y eficaz (14).

En el profesional en enfermería, el liderazgo se concibe como el resultado de una base de conocimientos y métodos para encarar el quehacer profesional, en todas las estructuras (servicios, personal y usuarios externos) y en las diferentes fases del proceso gerencial en el área asignada (unidad, servicio, departamento y otros) (15)

Huber Diane, quien concibe al liderazgo como: “una función única, que puede ser parte de una postura formal de gestión de una organización, o puede surgir espontáneamente en cualquier grupo. Algunas características, como ser motivados por el reto, compromiso y autonomía, se cree que están asociadas con el liderazgo. La eficacia es un resultado clave de los esfuerzos de liderazgo en el cuidado de la salud. Se indica que hay escasez de líderes y una crisis de liderazgo en la enfermería. Esto cual es crucial, porque en tiempos de caos, complejidad y cambio, el liderazgo es absolutamente esencial para la orientación útil prevista, la dirección y sentido de la estabilidad necesaria para garantizar la eficacia y la satisfacción de los seguidores”. El liderazgo es un elemento natural de la práctica de enfermería, para la mayoría de los profesionales, en el grupo de trabajo o unidad. El liderazgo puede verse como la capacidad para inspirar confianza y el apoyo entre los seguidores, especialmente en las organizaciones donde el liderazgo se enfoca hacia aquellos que poseen competencias y compromiso de producir un desempeño. El liderazgo es una cuestión importante relacionada con la forma de integrar los diversos elementos de la práctica de enfermería para garantizar la máxima calidad de atención; e incluye dos habilidades críticas que cada enfermera debe poseer para mejorar la práctica profesional. Uno de ellos es la habilidad en las relaciones interpersonales, esto es fundamental para el liderazgo y el trabajo de enfermería. La segunda es la habilidad de aplicar el problema - proceso de resolución. [26]

3.2.3. TIPOS DE LIDERAZGO.

a) Liderazgo transformacional.

El liderazgo transformacional es como un proceso que se da en la relación líder-seguidor, que se caracteriza por ser carismático, de tal forma que los seguidores se identifican y desean emular al líder. Es intelectualmente estimulante, expandiendo las habilidades de los seguidores; los inspira a través de desafíos y persuasión, proveyéndoles significado y entendimiento. Finalmente, considera a los subordinados individualmente, proporcionándoles apoyo, guía y entendimiento. [17]

- **Carisma o Influencia idealizada:**

En cuanto a las características de los líderes carismáticos transformacionales, Bass menciona las siguientes: Tienen alta autoestima, despliegan completa confianza en sus capacidades y convicciones, y hacen de esto un claro aspecto de su imagen pública, proyectando una presencia poderosa, confiable y dinámica. En cuanto a la expresión verbal, hacen uso de verbos que indican acción, mensajes simples, pausas cortas entre frases y reiteración en sus discursos. Su tono de voz es comprometido y cautivante, mantienen contacto visual directo, se muestran relajados y utilizan expresión emocional no verbal, a través de contacto físico y expresiones faciales animadas. Tienen un fuerte sentido del deber y de la responsabilidad, siendo capaces de dirigirse internamente. Conocen y

entienden las necesidades, valores y esperanzas de sus seguidores, y son hábiles para – a través de palabras y acciones dramáticas y persuasivas – articular metas compartidas sobre la base de este conocimiento. Entregan estructura a los problemas para que sean más fácilmente comprendidos [18].

- **Motivación por inspiración:**

  Los líderes transformacionales se comportan de forma que motivan e inspiran a quienes lo rodean a través de darle un significado y una nueva perspectiva a sus trabajos. Son capaces de excitar espíritu de equipo. Transmiten entusiasmo y optimismo. El líder crea una visión de un futuro atractivo para sus seguidores [19].

- **Estimulación intelectual:**

  La Estimulación Intelectual puede verse cuando los líderes transformacionales estimulan a sus seguidores para ser innovadores y creativos, mediante el cuestionamiento de suposiciones y el re encuadre de problemas, solicitándoles nuevas ideas y soluciones, sin enjuiciar sus aportes por ser distintos a los del líder, ni criticar sus errores en público [19]

La Estimulación Intelectual del líder transformacional es vista en el discreto salto en la conceptualización, comprensión y discernimiento de los seguidores de la naturaleza y los problemas que enfrentan y sus soluciones,

contribuyendo a su independencia y autonomía. Lo que se diferencia de la mera posesión de competencia en la tarea, el conocimiento, la habilidad y la destreza de un líder [19].

- **Consideración individual:**

  Pone especial atención en las necesidades y diferencias de cada individuo. Escucha efectivamente, desarrolla el potencial e interactúa de forma personalizada con sus seguidores. Por Consideración Individualizada, se entiende, que el líder trata a cada subordinado diferencialmente, de acuerdo con sus necesidades y capacidades. El líder transformacional individualmente considerado actúa como entrenador o mentor de los seguidores, prestando atención especial a cada una de sus necesidades para su logro y desarrollo; haciendo que cada individuo sienta una valoración única [19]

b) Liderazgo transaccional

El liderazgo transaccional está basado en los modelos tradicionales, se fundamenta en el intercambio o transacción, el líder utiliza el poder, recompensando o sancionando a los trabajadores en función de su rendimiento; no va más allá de las tareas y se limita a mantener el flujo normal de las operaciones en la organización, sin tendencia a desarrollo estratégico (Contreras y Barbosa, 2013). El líder transaccional reconoce las

necesidades y los deseos de los seguidores y explica cómo podrán satisfacer dichas necesidades y deseos por medio de recompensas, siempre que los seguidores cumplan los objetivos o tareas que especifique el líder.

- **Recompensa contingente:**

  La Recompensa Contingente se refiere a la recompensa (material o no material), entregada por un líder a un subordinado por haber alcanzado las metas o estándares de desempeño previamente acordados. Las metas deben representar pasos pequeños, aumentando poco a poco su progreso, y la retroalimentación positiva debe entregarse tan cerca del tiempo en que las metas son alcanzadas como sea posible, sin esperar el logro total de las metas a largo plazo [(19).]

- **Dirección por excepción (activo o pasivo):**

  En la dimensión de liderazgo por excepción activa, el líder actúa activamente controlando desviaciones de los estándares y errores de los seguidores. Por el contrario, el liderazgo por excepción pasivo implica que el líder espera pacientemente por errores o desviaciones de la norma y ahí toma una acción correctiva [(20)]

c) No liderazgo o dejar hacer (laissez-faire):

El estilo de dejar hacer es evadir la toma de decisiones, en otras palabras, la ausencia de liderazgo. Es por definición la más inactiva. Es opuesta al liderazgo transaccional y por ende no representa una transacción [19]

3.2.4. ESTILOS DE LIDERAZGO:

Un estilo de liderazgo más eficaz varía de acuerdo con la "disposición" de los empleados, por lo tanto éste enfoque se orienta a los seguidores. De acuerdo a estos autores, para que el liderazgo sea eficaz, hay que escoger el estilo correcto, que depende de los seguidores, dado que ellos son quienes aceptan o rechazan al líder; independientemente de lo que él haga; su eficacia depende de las acciones de sus seguidores, siendo el punto que ha sido ignorado ó desestimado en otras teorías [14.]

a) La conducta orientada a tareas:

Es el grado en que el líder organiza y define las funciones de los miembros del grupo, explicando que actividades desempeñará cada uno, cuándo, dónde y cómo debe de llevarse a cabo. Se caracteriza por el grado en como el líder define los modelos de organización, formaliza los canales de comunicación y especifica la forma en que tienen que ejecutarse las tareas. [15]

b) La conducta orientada a las relaciones:

Es el grado en que un líder establece relaciones personales con los individuos, la cantidad de apoyo socioemocional y respaldo psicológico que brinda el líder, así como la medida en que éste propicia las comunicaciones interpersonales y los comportamientos de colaboración.[15]

Las representaron en una gráfica de altas y bajas, dividida en tarea alta-relación baja; tarea alta-relación alta; relación alta-tarea baja y relación baja-tarea baja. Pero para elegir un estilo apropiado, el líder necesita del conocimiento sobre la disponibilidad de los seguidores, que es lo que condujo a la tercera dimensión de la efectividad del líder.

La efectividad se define como qué tan apropiadamente un determinado líderes interrelaciona con cierta situación [11,15]

La habilidad y disposición en cuatro niveles de disponibilidad. El nivel 1 es incapaz y no dispuesto o inseguro, el nivel 2 es incapaz pero dispuesto y confiable, el nivel 3 es capaz pero no dispuesto e inseguro y el nivel 4 es capaz y dispuesto o digno de confianza. Estos autores consideran que la relación entre el seguidor y el gerente atraviesa por cuatro fases, conforme los subordinados se superan los gerentes deben de cambiar de estilo de liderazgo. De tal forma que, en la fase inicial de disposición, lo más adecuado es que el administrador observe muchas conductas referentes a las tareas, los

empleados deben recibir instrucción en cuanto a sus tareas y familiarizarse con reglas y procedimientos de la organización. En éste caso un gerente que no dirija originaria angustia y confusión entre los nuevos seguidores; y tampoco una conducta de mucha relación ó consideración sería adecuada, ya que el seguidor en éste momento requiere de estructura [11,15].

Conforme los seguidores se desarrollan y aprenden de sus responsabilidades, la conducta del líder orientada hacia la tarea sigue siendo esencial porque los seguidores todavía no pueden funcionar sin estructura, pero se va incrementando la confianza y el apoyo del líder conforme éste los va conociendo y estimulando a que realicen su mayor esfuerzo. [22]

Posteriormente, la tercera fase se caracteriza porque los empleados tienen más capacidad y su motivación para superarse empieza a aparecer, de la misma forma empiezan a buscar de forma activa más responsabilidades; el líder ya no tiene que dirigir tan estrechamente, ya que incluso puede originar molestia, más debe de seguir siendo considerado y ofrecer apoyo, con objeto de fortalecer la resolución de los seguidores que desean obtener más responsabilidad. En la cuarta fase, los seguidores ya no necesitan ni esperan dirección de su administración, son cada vez más autónomos [11,15].

En conclusión, los niveles de madurez de los seguidores se pueden cruzar con estilos adecuados de liderazgo: el nivel 1 con ordenar, el nivel 2 con entrenar o persuadir, el nivel 3 con apoyar o participar y el nivel 4 con delegar. [11,15]

3.2.5. NIVELES DE LIDERAZGO

a) Niveles de liderazgo según Diane Huber.

Se encontró que los comportamientos y competencias de los líderes se acomodaron en uno de los cinco niveles jerárquicos. Los individuos pueden moverse entre los niveles, pero los resultados mundiales parecían diferir en función del nivel de liderazgo. [21]

- **Gran capacidad individual**.

Es aquel que posee un conjunto de recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea. En este sentido, esta noción se vincula con la de educación, siendo esta última un proceso de incorporación de nuevas herramientas para desenvolverse en el mundo. El término capacidad también puede hacer referencia a posibilidades positivas de cualquier elemento individual. [21].

- **Contribuyendo como miembro del equipo.**

Es el que hace eficaz y efectivo el trabajo en equipo, gestión, mantiene comunicación permanente con los miembros del equipo, administra el

desempeño, aumenta el bienestar y la productividad, individual y organizacional, mantiene la homogeneidad del equipo, posee una actitud de solidaridad y la disponibilidad para participar en el logro de los objetivos o para resolver

- **Líder competente de gestión**.

  Moviliza los recursos internos y externos, sabe movilizar sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuida, coordina y mantiene los modelos de cuidado, de tal forma que cumpla con todos los estándares que define la empresa, en cuanto a los recursos internos; en lo que se refiere a los recursos externos, conoce y sabe usar las redes sociales dentro de la empresa, sabe manejarse con el médico jefe de servicio, con las enfermeras jefe, con los sistemas administrativos, con las redes internas. [21]

- **Líder eficaz**.

  Es capaz de establecer una meta, persuadir a otros para que le ayuden a alcanzar esa meta, y llevar a su equipo al logro de esta, es la cabeza visible de un grupo, equipo u organización, es una persona carismática, capaz de tomar una decisión acertada, comunica de manera positiva, tiene la capacidad de influir sobre los demás, el conocimiento, confianza, integridad y conducta en la realización de sus intervenciones [21].

- **Competencias de liderazgo:**

Las competencias son descritas en términos de actividades profesionales, del saber hacer profesional de acuerdo con un determinado perfil" [22]

Además se basan en una teoría de la acción humana y en los fundamentos, que esta genera para la dirección de empresas, ofreciendo unas competencias específicas para el liderazgo. Siguiendo concretamente este modelo, se nos indica que existen unos criterios que determinan la calidad de una organización: [23]

- EFICACIA: Como capacidad para lograr los objetivos propuestos. Sin ella no se sobrevive.
- ATRACTIVIDAD: Grado de satisfacción que experimentan los miembros de la organización por el trabajo que realizan y por el desarrollo que alcanzan.
- UNIDAD: Grado de confianza e identificación de las personas con la misión de la organización. Confianza entre directivo y colaborador en cada nivel. Los anteriores parámetros de calidad exigen el desarrollo de tres talentos en el directivo. Para la "eficacia", el talento estratégico, que busca lograr buenos resultados económicos. Para la "atractividad", el talento ejecutivo, que busca desarrollar a los colaboradores y adaptar las tareas a las aptitudes de cada uno. Y para la "unidad", el talento de liderazgo personal, que busca crear confianza e identificación de los colaboradores con la misión de la organización. [24]

La competencia como el conjunto de capacidades de concepción y de acción que han de adquirir las personas formadas para poder tratar de manera adecuada las situaciones que ellas mismas han de resolver en su profesión. Las competencias reflejan las habilidades para tomar decisiones oportunas en la actuación profesional [25]

"Posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos. Estos conocimientos y habilidades son necesarios para realizar las pareas propias de la profesión". [26]

La competencia se refiere a las funciones, tareas y roles de un profesional -incumbencia- para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo -suficiencia- que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación.[27]

3.2.6. FACTORES SOCIALES:

Los factores sociales como condiciones sociales o medios sociales que provocan cambios o inciden en el sistema educativo. En su investigación, señala como factores sociales los propiamente sociales, los familiares, comunitarios y los individuales. [29]

Los factores sociales, en este sentido, tienen un contenido tan abigarrado que expresa todos los ámbitos y dimensiones de la sociedad, incluyendo tanto portadores individuales como colectivos dados en individuos en forma de líderes, masa y pueblo, y en grupos sociales como familias, clases sociales, naciones, estados. Llegan a estar compuestos de aspectos específicos de la sociedad como la política, la religión, el trabajo, la comunicación la educación, el medioambiente, la economía, el derecho, etcétera. Así hablan de índices de pobreza, volumen de la población, características del sistema educativo, el crecimiento económico negativo, el descenso de las oportunidades reales, situaciones de guerra y violencia, desigualdad de los recursos materiales, las características de las culturales tradicionales, los impactos de la globalización, etcétera.[30]

Detrás de la palabra factores se incluye no solo la palabra social, sino también otras, construyendo términos compuestos como factores orgánicos, psicológicos, biológicos, políticos, culturales, económicos, etcétera que se presentan de una u otra manera en la realidad social.[31]

Factores sociales e incluso, en su opinión implícita, ante la falta de necesidad de dar tal definición, recurren a enumerar los aspectos o condiciones concretas que ellos tienen en cuenta como factores sociales. Así hablan de índices de pobreza, volumen de la población, características del sistema educativo, el crecimiento económico negativo, el descenso de las oportunidades reales, situaciones de guerra

y violencia, desigualdad de los recursos materiales, las características de las culturales tradicionales, los impactos de la globalización, etcétera.[32]

Hawa Bouaré que vincula la definición de factores sociales con el estudio concreto que realiza, que en su caso era la crisis de la educación superior en su país. En este sentido dice que "por factores sociales pueden entenderse todos aquellos aspectos, fenómenos, situaciones, condiciones sociales, que son causas de una crisis o que provocan una situación de crisis en la educación superior de Mali". Nótese, sin embargo, que la naturaleza causal de los factores sociales resulta evidente, pudiéndose ver casi hasta como sinónimos en algún sentido extremo. [33]

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos.

3.2.6.1. Aspecto Demográfico.

a) Edad.-

Se trata de una variable cuantitativa, continua. Definición: es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. Definición operativa: número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.

b) Estado civil.-

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

- **Tipos de estado civil:**

A) Soltero/a: El concepto menciona al individuo que **no contrajo matrimonio ni tiene un vínculo sentimental estable.** El soltero, por lo tanto, es aquel que **no está en pareja.**

B) Comprometido/a: En ocasiones, un compromiso es una **promesa** o una **declaración de principios,** como cuando un hombre con cargo político afirma.

C) Casado/a: El término casado se utiliza para designar a aquella persona que ha contraído matrimonio, es decir, es el estado civil que pasa a tener un individuo a partir del momento que contrae matrimonio.

D) Divorciado/a: Divorcio es la **acción y efecto de divorciar o divorciarse** (disolver un matrimonio por vía legal, separar o apartar personas o cosas que estaban juntas).

E) Viudo/a: Se denomina viuda/o a aquella persona cuyo cónyuge ha fallecido y que aún a pesar de haber transcurrido mucho tiempo de la mencionada pérdida no se ha vuelto a casar, conservando esa condición ante la ley civil de cualquier país del mundo.

3.2.6.2. Aspecto Social

a) Nivel económico.

El ”nivel” o ”estatus” socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.[35]

b) Ocupación.

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.[35]

c) Familia.

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.[104]

En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio.

d) Maltrato Y Conductas Inapropiadas Por Parte De Los Médicos

Las investigaciones parecen demostrar que el maltrato de los médicos es la principal causa del burnout de las enfermeras, de su poca satisfacción en el trabajo y de la decisión de un cierto porcentaje de ellas de abandonar la profesión. Este tipo de conducta sería más prevalente en médicos mayores que en los jóvenes, que han crecido dentro de un clima social más igualitario (37).

e) Falta de reconocimiento y subestimación del trabajo de enfermería.

Las enfermeras también reportan que los médicos no las valoran, no comprenden lo que hacen, no escuchan lo que tienen para decir acerca de los pacientes, no toman sus evaluaciones en serio ni las tienen en cuenta para planificar los cuidados, o bien que son difíciles de contactar. Estos problemas tendrían menos que ver con las características personales de los médicos que con su ignorancia acerca de las responsabilidades y tareas de enfermería. Otra consideración es la diferente forma que tienen los médicos y las enfermeras de abordar la atención de los pacientes.[37]

f) Diferencias de género, de clase y de formación.

- **Genero:**

La variable género es uno de los elementos que influye en la profesión. Género significa la manera en que cada sociedad concibe ser mujer, ser hombre y las formas de relación entre ambos. El estereotipo femenino en enfermería funciona y es reforzado por la ideología que rodea la profesión. Es un factor más, que contribuye en las escasas cuotas de presencia en altos cargos o en puestos de alta responsabilidad conseguidas por el colectivo, dentro del sistema sanitario. El control y poder médicos se resisten a la participación de las enfermeras/os en las labores de planificación sanitaria. Aunque parece que a pesar de las diferencias de estatus profesional, las

médicas comparten más la responsabilidad con las enfermeras/os, y rivalizan menos con ellas.

Para algunas enfermeras, la diferencia de clase social también jugaría un rol en el esquema tradicional, donde la mayoría de las enfermeras provenía de clases sociales más humildes que la mayoría de los médicos. Actualmente, sin embargo, los orígenes de clase social de quienes ingresan a las escuelas de enfermería y a las de medicina son similares y desaparecerán progresivamente estas barreras. Por otra parte, la diferencia de capacitación académica entre la mayoría de las enfermeras y los médicos con los cuales trabajan también impactan sobre el equilibrio de poder buscado. Los críticos de esta visión afirman que estas enfermeras confunden las diferencias en niveles educativos con diferencias en la filosofía, conocimiento específico, foco clínico y experiencia entre ambas profesiones. [38]

g) Problemas de comunicación.

La pobre comunicación persistirá mientras los médicos consideren que su papel y función es superior al de las enfermeras. Asimismo, cuando las enfermeras se sienten maltratadas, incomprendidas o devaluadas por los médicos, tienden a evitar la comunicación directa. Esto lleva a errores, malos entendidos conflictivos permanentes. [39].

3.2.7. FACTORES CULTURALES:

Es el conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico.

La cultura es un conjunto de actitudes, creencias, valores, expresiones, gestos, hábitos, destrezas, bienes materiales, servicios y modos de producción que caracterizan a un conjunto de una sociedad, es todo aquello en que se cree. [29]

La cultura es como un iceberg, ya que la cultura interna engloba a la contacta, creencias y valores de nuestra propia cultura, en si la cultura interna determina o motiva nuestra contacta cultural por enfocarse más a los sentimientos y a las ideas y la cultura externas la que interactúa tiene conflictos con nuestra propia cultura y puede ser adquirida a través de la observación, educación o de la instrucción, esta es fácil de aprender y de cambias por ejemplo las costumbres, comida y lenguaje.[30]

3.2.7.1. Formación Cultural

a) Nivel educativo.

La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje en todas partes Conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas las cuales también son transferidos a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la

investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de los educadores, pero los estudiantes también pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. [34]

Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente o actúa puede considerarse educativo.

La educación formal es comúnmente dividida en etapas, como preescolar, escuela primaria, escuela secundaria y luego el colegio, universidad o magistrado. El estudio de la educación se denomina pedagogía. Ahora se habla de la necesidad de continuar con los procesos educativos más allá de la educación formal. [34].

b) Religión:

La religión es una fe; la devoción por todo lo que se considera sagrado**.** Se trata de un culto del ser humano hacia entidades a las que se atribuyen poderes sobrenaturales. Como tal, la religión es la creencia a través de la cual las personas buscan una conexión con lo divino y lo sobrenatural, así como cierto grado de satisfacción espiritual mediante la fe para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad: Cristianismo, Catolicismo, Protestantismo , Judaísmo, Islamismo, Budismo[102].

c) La cultura

La cultura de una persona está formada por los valores, las actitudes, las percepciones, la necesidad de establecer relaciones interpersonales, los roles o funciones y los estilos cognitivos. A la hora de planificar el cambio, los directivos y gestores deben tener en cuenta todos estos factores. También es importante tener en cuenta la cultura colectiva y la cultura de los expertos. Para llegar a ser un experto, hay que competir con otros para conseguir la mejor cualificación (académica y profesional), así como para obtener una plaza en las mejores universidades y el mejor empleo posible. El éxito no se obtiene trabajando en equipo sino haciendo las cosas mejor que los demás. El trabajo en equipo, el consenso, la interdependencia y seguir órdenes o instrucciones son elementos que no forman parte de la cultura de los expertos. Si comprendemos la cultura de los expertos, podremos comprender mejor a los médicos y a otros profesionales que trabajan en el campo de la asistencia sanitaria. Actualmente, existe una tendencia hacia la formación interdisciplinaria y el trabajo en equipo de los profesionales. [40]

d) Valores:

Los valores son convicciones básicas que todos tenemos sobre los que es correcto, bueno o deseable. Los sistemas de valores expresan el conjunto de valores que posee un individuo, ordenados en función de su importancia relativa. El sistema de valores, a su vez, es la base sobre la que se sustentan

las actitudes, las percepciones y la personalidad de un individuo, así como las funciones que desempeña. Los valores son relativamente estables y duraderos y, generalmente, influyen en las decisiones y en el comportamiento [41]

e) Actitudes:

Las actitudes son estados mentales que predisponen a actuar de una determinada manera. Tienen su origen en las experiencias que ha tenido el individuo, y ejercen una influencia específica sobre la respuesta que damos a los demás, a los objetos y a las situaciones.

A finales de la década de 1950, se propuso la teoría de la disonancia cognitiva para explicar el nexo que existe entre las actitudes y la conducta. El término disonancia cognitiva se refiere a la incoherencia o incompatibilidad percibida por el sujeto entre sus actitudes y su conducta y sostenía que la incoherencia es incómoda, por lo que la gente intenta resolver o por lo menos reducir al máximo la disonancia y, por tanto, acabar con el malestar que provoca dicha disonancia[42]

La tolerancia hacia la complejidades la tolerancia hacia las situaciones en las que hay muchas cosas implicadas y relacionadas entre sí. La tolerancia hacia lo irresoluble es la tolerancia hacia las situaciones que son difíciles de resolver debido a que no hay suficiente información disponible o a que no se puede identificar ninguna solución alternativa que sea satisfactoria. La

posición percibida de control puede ser interna o externa. Percibir una posición interna de control significa que el sujeto se percibe a sí mismo como responsable del éxito o del fracaso de su acción en una situación determinada. Por el contrario, percibir una posición de control externa significa que el sujeto percibe que otra persona u otra cosa es la responsable de lo que sucede [42]

f) Percepciones:

La percepción consiste en recibir, organizar e interpretar los estímulos. La percepción que tenemos de las cosas influye, a su vez, en las actitudes y en la conducta. La percepción selectiva se produce cuando seleccionamos sólo la información que está de acuerdo con nuestros puntos de vista. Conocerse a sí mismo nos ayuda a percibir a los demás de forma menos sesgada. La gente tiende a percibir sus propias características en los demás. Un estereotipo es un juicio realizado sobre los demás tomando en consideración el sexo, la raza o cualquier otra característica grupal. [42]

Los estereotipos contribuyen a una percepción selectiva. Se habla de profecía auto cumplida cuando esperamos que una persona se comporte de determinada manera; a continuación, utilizamos la percepción selectiva para percibir únicamente el comportamiento que esperamos, y tratamos a esta persona como si se comportase únicamente de esta manera. Por ejemplo, si

un directivo de los servicios de enfermería piensa que las personas pertenecientes a una raza determinada son perezosas e irresponsables, probablemente no asignará a las enfermeras de esta raza tareas importantes, lo cual puede hacer que estas personas se aburran de hacer siempre las mismas cosas de forma mecánica y sin tener que esforzarse mucho. El aburrimiento, a su vez, podría desmotivarlas, y, al estar desmotivadas, se comportarían como personas perezosas e irresponsables, lo cual confirmaría el estereotipo y daría lugar a una profecía auto cumplida [42]

g) Necesidades interpersonales:

La necesidad de establecer relaciones interpersonales no es realmente un comportamiento, sino más bien una tendencia a comportarse de determinada manera. En esta necesidad influyen las necesidades básicas que todos tenemos con respecto a la interacción con los demás.

La inclusión tiene que ver con la extroversión, la introversión, la afiliación, la tendencia a incorporar a otras personas a nuestro grupo de referencia y el deseo de ser incluidos por otros en su grupo de referencia. El control tiene que ver con la necesidad de equilibrar las influencias y el poder que los demás ejercen sobre nosotros y nosotros sobre los demás.[43].

- **Teoría de Rol:**

El rol que desempeñamos en cada momento determina un tipo de relación. Si soy enfermera y madre e hija, no me relaciono de la misma manera con los pacientes, con mis hijos o con mis padres. En cada relación juego un rol. El rol profesional determinara un tipo de relación diferente.

En la vida social, los roles van asociados a unos "guiones" que organizan de alguna manera la vida social. Esos guiones nos dan unas pautas de actuación como actores y nos permiten saber que se puede esperar de cada uno como espectadores [45]

Las personas que ocupan una misma posición comparten los mismos comportamientos. Las conductas (comportamientos) específicas asociadas con las posiciones constituyen los roles. Las posiciones y los roles correspondientes tiene sus posiciones y roles correlativos (p. ej., enfermera-paciente, profesor-alumno, líder-seguidor). [43]

La estructura de roles está formada por individuos, conductas y posiciones. El individuo (actor, yo, referente o self) posee una serie de atributos que pueden describirse desde diferentes puntos de vista. Un interaccionista prestaría atención a la interacción que tiene lugar entre los roles; un psiquiatra se fijaría fundamentalmente en la personalidad, y el estructuralista estaría interesado especialmente en las funciones adscritas a cada posición. Las

conductas son las acciones realizadas en el desempeño del rol. En muchas ocasiones, se trata de conductas voluntarias y dirigidas a la consecución de un objetivo. El término prescripción se refiere a lo que una persona debe hacer en función de la posición que ocupa en la estructura de roles. [43]

Los roles y las conductas asociadas con cada rol, es decir, los comportamientos que cabe esperar de cada persona en función del rol que desempeña, se adquieren a través del proceso de socialización de los roles. Las expectativas del rol son las creencias que los demás tienen sobre qué debe hacer una persona teniendo en cuenta la posición que ocupa. Estas expectativas pueden ser específicas o generales, formales o informales y extensas o restringidas. Las expectativas generales dan más libertad a las personas sobre las cuales proyectamos las expectativas asociadas con el desempeño del rol que las expectativas específicas. Algunas expectativas formales constan por escrito, como los códigos éticos y deontológicos, mientras que, por el contrario, las expectativas informales se comunican de forma indirecta relacionadas con la edad y el sexo son expectativas de carácter extenso debido a que transcienden a otros roles. Las expectativas que se aplican sólo a unas cuantas posiciones son expectativas restringidas. El aprendizaje del rol consiste en localizarse a sí mismo correctamente en la estructura social. Empieza durante el primer año de vida, continúa en la primera infancia y termina cuando, ya en la vida adulta, aceptamos la

posición que nos corresponde y asumimos las responsabilidades asociadas con esta posición. El aprendizaje del rol implica el desarrollo de una serie de habilidades básicas, como el lenguaje, la capacidad para establecer relaciones interpersonales y la habilidad para ponernos en el lugar del otro. Ponerse en el lugar del otro consiste en poder imaginarse cómo se perciben, piensan y se sienten los demás y cómo actuaríamos nosotros si ocupásemos la posición que ellos ocupan. «Jugar a las enfermeras» es un ejemplo de ponerse en el lugar del otro. El desempeño del rol se refiere a las conductas, y está relacionado con las posiciones que cada persona tiene en la estructura social, así como con el grado de implicación que una persona tiene en cada una de estas posiciones y con el grado de dedicación.[43]

Una enfermera profesional que se inscribe en un curso de formación continuada tendrá menos tiempo para cuidar de sus hijos. El grado de implicación es la intensidad del esfuerzo que cada persona hace para desempeñar un determinado rol. Puede variar desde la falta absoluta o casi absoluta de implicación hasta una implicación de máxima intensidad. Así, por ejemplo, una enfermera puede limitarse a pagar la cuota mensual de la organización profesional a la que pertenece o, por el contrario, puede ocupar un cargo directivo en esta organización y participar en varios comités. El grado de dedicación es el tiempo que una persona invierte en desempeñar un

determinado rol, en comparación con el que invierte en el desempeño de otros roles. [43]

La disonancia del rol o estrés asociado con el desempeño del rol es la diferencia existente entre las expectativas asociadas al rol y el desempeño del mismo. Cuanto mayor sea esta diferencia mayor será el estrés asociado al desempeño del rol. La ambigüedad del rol es la falta de claridad en las expectativas asociadas al mismo. La sorpresa del rol se produce cuando surgen discrepancias entre el rol que uno prevé que va a desempeñar una persona y el rol que realmente desempeña. El conflicto de roles surge como consecuencia de la existencia de roles contradictorios o mutuamente excluyentes. [43]

h) Formación En Liderazgo

Conocimiento

El conocimiento es el conjunto de informaciones, experiencias, valores, actitudes y capacidades de realización, que otorga sabiduría a las organizaciones y a los individuos. En términos de utilidad, el conocimiento es la materia prima que utilizan los gestores de organizaciones para obtener resultados a través de terceras personas; es, en suma, algo que se puede crear, difundir y medir.[45]

Educación

Liderazgo en educación En toda iniciativa compartida por seres humanos, la existencia de verdaderos líderes y el ejercicio de un auténtico liderazgo constituye un componente fundamental de la efectividad y calidad de tal iniciativa. Aunque el liderazgo debe ser contemplado dentro de diferentes campos de intervención y ejercido por personas o grupos de personas adecuadas a tales campos de intervención, su potencial liberador de energía aparece cada vez más evidente. Pont, B., Nusche, D. & Moorman, H. afirman lo siguiente: "El liderazgo en instituciones educativas se ha convertido en prioridad en las políticas educativas de la OECD y en los países encuadrados en la misma, dado que juega un papel fundamental en la mejora de la práctica educativa, en las políticas educativas y en el mundo exterior a las mismas[(46)]

Capacitaciones y eventos

En términos generales, capacitación refiere a la disposición y aptitud que alguien observará en orden a la consecución de un objetivo determinado. Básicamente la Capacitación está considerada como un proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual el personal administrativo de una empresa u organización, por ejemplo, adquirirá los conocimientos y las habilidades

técnicas necesarias para acrecentar su eficacia en el logro de las metas que se haya propuesto la organización en la cual se desempeña.[49,50]

Programas de capacitación

La capacitación brinda la oportunidad de que todos en la organización sean informados y formados acerca de los aspectos clave de la cultura. La capacitación enseña a los empleados la forma de incorporar la ética en el comportamiento cotidiano. En pocas palabras, la capacitación ayuda alinear el comportamiento de los miembros con los valores de la organización.

Diversos estudiosos y practicantes ahora creen que las escuelas de negocios necesitan desempeñar un rol mayor al difundir valores éticos en sus estudiantes, quienes son, después de todo, los futuros profesionales de los negocios [47, 48]

Los estudiantes deben de llegar a adoptar un punto de vista holístico del desempeño de negocios que incluye no solo la imperativa económico de generación de utilidades sino también la imperativa económico de generación de utilidades sino también la imperativa fiduciaria de un comportamiento éticamente firme y socialmente responsable ([49, 50]

Capacitación profesional:

Diversos estudios han demostrado la importancia de la educación continua y la capacitación en el personal de enfermería, reflejados en un aumento en la productividad, menor número de accidentes y errores en el trabajo, mejor clima organizacional y mejores resultados en el paciente.

Durante muchos años el proceso educativo en enfermería se ha basado en el conductismo, con un aprendizaje por repetición y de esencia autoritaria. El riesgo de una educación conductual, es que se sigan las normas al pie de la letra y no se analice la situación específica a resolver, sin embargo, la tendencia actual responde a una teoría constructivista, donde las enfermeras sean críticas y analíticas en el ejercicio profesional. [49]

Cargos administrativos y gerenciales:

El rol, según Robbins y Coulter se refiere a una serie de patrones de comportamiento que se espera de alguien que ocupa una posición determinada en una unidad social. Estos patrones de comportamiento son ejercidos por un líder, un gerente, siendo este una persona responsable de dirigir las actividades que ayuden a las organizaciones para alcanzar sus metas. [24]

Siendo el rol gerencial, una de las funciones de Enfermería, esta se ejecuta en el hacer diario del cuidado, que va desde la planificación hasta la

valoración del cuidado en el área asistencial y desde la planificación hasta la valoración objetiva (metas, logros, cumplimiento de estándares, indicadores de calidad, relaciones interpersonales etc.) en el rol gestor.[47]

Por otro lado, la enfermera que gerencia un servicio tiene valores, actitudes y comportamientos, que traducen una visión distinta y especifica de la gestión, con el fin, de brindar cuidados holísticos a los usuarios de su unidad asistencial y aumentar la productividad del equipo profesional a su cargo, quienes a su vez, manejan de forma individual y personaliza la gestión del cuidado humano. Es así que el rol gestor de la enfermera, consiste en apoyar al personal cuidador, comprometido en los procesos de cambio y de cuidados centrados en las experiencias de salud de los usuarios, recurriendo para ello a la creatividad y la búsqueda de la transformación.[48]

Al mismo tiempo, el rol de la enfermera gestora es inculcar y mostrar liderazgo, permitiéndole así influir en la acción de las personas cuidadoras en relación a su compromiso personal y el respeto hacia los usuarios , persuadiéndolos en cada una de sus actividades, pues, es la enfermera gestora la que está destinada a representar y transmitir los valores del cuidado con su ejemplo e imagen que manifieste, presentando para ello comportamientos de apoyo con el personal a su cargo, y reducir los

obstáculos con el fin de fomentar y mantener relaciones intra-laborales de confianza y respeto; ciertamente, la enfermera jefe, es la persona idónea a ejercer dicho rol [47]

Entonces, la enfermera jefe es la responsable de planear, brindar, supervisar y valorar el cuidado de enfermería, coordinar los recursos del hospital y de la comunidad en beneficio de cada paciente; tomar decisiones, haciendo uso de su buen juicio, cuando la necesidad se presente, trabajar en armonía y saber comunicarse con todas las personas y con la mayor eficacia posible. Cabe destacar que la enfermera jefe debe conocer y aplicar los principios básicos de la administración, dirección, supervisión y enseñanza en su trabajo individual y de grupo para poder lograr una constante superación de su práctica profesional.

La enfermera jefe, también debe realizar una gestión eficaz de los recursos humanos, financieros y técnicos, enfocados en su conocimiento y capacidad de gestión, resaltando su rol innovador por la apertura a los cambios, el compromiso frente a su servicio con el único objetivo de favorecer la salud de las personas, de su familia y de la institución en general. Legalmente, según la reglamentación de la Ley del Trabajo del Enfermero Peruano DS N° 004- 2002-SA 18, en el Capítulo I, Artículo 5 indica que para dar un cuidado integral, la enferma se desempeña en 4 áreas: área asistencial, administrativa, docente e investigadora;

especificando que esta se realiza en el área asistencial, como se estipula en el inciso a) Mediante la interacción enfermera (o) – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en todos los servicios intra-extra hospitalarios y en los que sean necesarios; esta responsabilidad es de todos los enfermeros que laboran en dicha área, bajo la dirección de la enfermera gestora.[47]

Por lo tanto: las enfermeras asistenciales y las gestoras están llamadas a compartir un lenguaje, unos símbolos y unos conceptos comunes, para la buena realización del proceso administrativos, igualmente deben de utilizar las concepciones de la disciplina enfermera, para promover la comunicación y colaboración de la prestación de los cuidados, como una manifestación del rol gestor eficiente. [49]

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Factores socioculturales.-** Los factores como condiciones sociales o medios sociales que provocan cambios o inciden en el sistema educativo. En su investigación señala como factores sociales los propiamente sociales, los familiares, comunitarios y los individuales. [29]
- **Liderazgo.-** "El liderazgo es levantar la visión de una persona de mayor lugares de interés, la elevación del rendimiento de una persona a un nivel superior, la construcción de una personalidad más allá de sus limitaciones normales".[50]
- **Liderazgo en enfermera(o).-** El liderazgo se entiende como la iniciativa y el mantenimiento de estructura en expectativa e interacción. El líder desempeña parte activa en el desarrollo y el mantenimiento de la estructura de papeles y de la dirección de objetivos, necesarios para el desempeño efectivo del grupo. [51]
- **Cultura.-** Siguiendo a Harris, algunas definiciones entienden la cultura básicamente como ideas y símbolos, y otras, como comportamientos. Dentro del conjunto de las primeras, [51], Leininger, plantea que "se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación". También en la línea de la enfermería transcultural, [52]

- **La familia.-** Las familias son diversas e influidas por una gama de factores, incluyendo los factores culturales, tradicionales y las prácticas religiosas. Las familias se pueden clasificar como: familias nucleares, familias extendidas, familias de una madre o padre solos, familias donde una niña o un niño es el jefe, familias de acogida o adoptivas. [29]

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio, la investigación es:

- Cuantitativo:
- Correlacional, porque permitió conocer la relación o grado de asociación, que existen entre los factores socioculturales y el liderazgo en enfermería.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental, porque no se manipularan deliberadamente las variables de estudio; transversal por el período y secuencia del estudio, es decir se estudiaran las variables en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

4.3.UNIVERSO O POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital de Apoyo "Víctor Ramos Guardia" de nivel II-2 ubicado en prolongación Luzuriaga, distrito de Huaraz, provincia de Huaraz, Región Ancash.

La población estuvo constituida por todos los enfermeros(as) nombrados (120) y contratados (11) haciendo un total de 131, que se encuentran adscritos (as) al Departamento de Enfermería, del Hospital "Víctor Ramos Guardia" [12]

a. Criterios de inclusión

- Enfermeros de ambos sexos, de cualquier edad, que laboran en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.
- Enfermeros (as) que aceptan participar voluntariamente en el estudio, mediante firma del consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

- Enfermeros (as) que no cumplan con los requisitos de inclusión antes señalados.
- Enfermeros (as) que no se encuentren en el hospital Víctor Ramos Guardia durante la fecha de aplicación del instrumento de investigación, por licencia u otros motivos.

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Para la presente investigación la unidad de análisis fue cada enfermero (a) que labora en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz.

4.4.2. MUESTRA

Para fines de esta investigación no se consideró la muestra ya que la población total es finito; es decir se trabajó con la población total.

4.5.INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se obtuvo mediante la técnica de encuesta usando como instrumento un cuestionario (Anexo N° 01) que se aplicará a los enfermeros (as) del Hospital Víctor Ramos Guardia. Para la recolección de datos se realizaran los trámites administrativos de autorización para el ingreso al Hospital, en el cual se realizará la investigación. Se solicitará la firma de la declaración de consentimiento informado (Anexo N° 02), a cada enfermero antes de la aplicación del cuestionario.

El cuestionario consta de 23 ítems, y se ha redactado de acuerdo de acuerdo al problema, los objetivos, hipótesis de investigación, y Operacionalización de variables, y comprende los siguientes aspectos:

1) Titulo
2) Presentación

3) Primera parte: factores socioculturales (16) ítems.
4) Segunda parte: Liderazgo en enfermería (7) ítems
5) Agradecimiento

El instrumento de recolección de datos será sometido a la prueba de juicio de expertos, para determinar su validez de contenido, para lo cual se aplicará un cuestionario de validación (Anexo Nº 03). Asimismo se realizará una prueba piloto al 10 % de la población total y se determinará la confiabilidad del instrumento, mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se planteó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, luego se interpretó la información para inferir las conclusiones del estudio.

a) Análisis descriptivo

La información obtenida mediante el cuestionario, se realizó una base de datos haciendo el uso del software estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las ciencias sociales) versión 23.0, para lo cual una vez confeccionado la base de datos, se realizó el análisis estadístico en tablas unidimensionales y bidimensionales.

b) **Análisis inferencial:**

Se aplicó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5 % ($p<0,05$).

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se consideró la normatividad nacional e internacional vigente, específicamente se considerara la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO así como también de la declaración de HELSINKI de la Asociación Médica Mundial., en la que se especifica lo siguiente: en la investigación médica, es de saber que se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. Por ello deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de investigación sobre su integridad física, mental y social. Asimismo se tendrá en cuenta la privacidad de las personas interesadas y confidencialidad de la información, que debe respetarse. La información que se obtendrá no se utilizará o revelará para fines distintos de los que determinaron su acopio. Finalmente en este estudio se solicitará la firma del consentimiento informado, previo a la aplicación del instrumento. [57]

5. RESULTADOS:

5.1. FACTORES SOCIALES.

Tabla N 1. El liderazgo de los enfermeros(as) según su edad, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Edad	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25-35 años	4	7.0	14	24.6	2	3.5	20	35.1
36-45 años	4	7.0	16	28.1	0	0.0	20	35.1
> 45 años	0	0.0	7	12.3	10	17.5	17	29.8
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0
X^2=22.548			gl=4		P=0.000			

Se aprecia en la tabla que el liderazgo alto de los enfermeros prevalece en mayores de 45 años en un 17.5% además el 28.1 de liderazgo medio pertenecen a la edad de 36-45 y los que tienen una edad de 25 a 35 años que corresponden a un 7.0 % de liderazgo bajo.

Realizando la contratación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada se encontró un valor de 22.548 con 4 grados de libertad y un p valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación significativa entre el liderazgo de los enfermeros (as) y las edades a una confianza de 95%, es decir que la edad es un factor social que limita el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N° 2. El liderazgo de enfermeros (as) según sexo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Sexo	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Masculino	1	1.8	6	10.5	2	3.5	9	15.8
Femenino	7	12.3	31	54.4	10	17.5	48	84.2
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

4. X^2=0.077 gl=2 P-valor=0.962

La tabla muestra que el 17.5 % del total de enfermeros (as) tiene un liderazgo alto de igual manera el 54.4 % tienen un liderazgo media y son mujeres

Realizando la contratación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 0.077 con 2 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y el sexo, a una confianza de 95%, es decir que el sexo no es un factor social que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 3. El liderazgo de enfermeros (as) según estado civil, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Estado civil	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Soltero (a)	4	7.0	12	21.1	4	7.0	20	35.1
Casado (a)	1	1.8	15	26.3	6	10.5	22	38.6
Conviviente	2	3.5	7	12.3	1	1.8	10	17.5
Separado (a)	1	1.8	3	5.3	1	1.8	5	8.8
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0
	X^2=3.466			gl=6		P-valor=0.749		

En la tabla se aprecia que el 10.5 % del total de enfermeros (as) entrevistados tiene un liderazgo alto y son casados, de igual manera el 26.3 % que tiene un liderazgo medio y son casados y el 3.5 % tienen un liderazgo bajo y son convivientes.

Realizando la contratación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 3.466 con 6 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y el estado civil, a una confianza de 95%, es decir que el estado civil no es un factor social que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 4. El liderazgo de enfermeros (as) según número de hijos, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Número de hijos	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	N	%	n	%
0-1	3	5.3	23	40.4	4	7.0	30	52.6
2-3	3	5.3	13	22.8	8	14.0	24	42.1
>3	2	3.5	1	1.8	0	0.0	3	5.3
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0
	X^2=11.036		gl=4		P-valor=0.26			

En la tabla se muestra que los que tienen un liderazgo alto 14.0 % son los que tienen 2-3 hijos, y los que prevalecen con un liderazgo medio de 40.4 % son los que tienen 0-1 hijo.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 11.036 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que el número de hijos no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 5. El liderazgo de enfermeros (as) según lugar de servicio, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Servicio	Liderazgo de los enfermeros (as) del HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Cirugía	1	1.8	4	7.0	0	0.0	5	8.8
CCEE	1	1.8	7	12.3	1	1.8	9	15.8
Emergencia	1	1.8	6	10.5	5	8.8	12	21.1
Gineco-Obstetricia	0	0.0	3	5.3	1	1.8	4	7.0
Medicina	2	3.5	6	10.5	1	1.8	9	15.8
Neonatología	1	1.8	2	3.5	0	0.0	3	5.3
Pediatría	1	1.8	2	3.5	3	5.3	6	10.5
SOP	0	0.0	5	8.8	1	1.8	6	10.5
UCI	1	1.8	2	3.5	0	0.0	3	5.3
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=14.091 gl=16 P-valor=0.592

En la tabla se aprecia los que tienen un liderazgo alto de 8.8 % son del servicio de emergencia, además con un liderazgo medio de 12.3 son de consultorios externos y los que tienen un liderazgo bajo de 3.5 % son del servicio de medicina.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 14.091 con 16 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que el servicio no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 6. El liderazgo de enfermeros (as) según tiempo de servicio, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Tiempo de servicio	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%
1-5 años	7	12.3	18	31.6	2	3.5	27	47.4
6-10 años	0	0.0	7	12.3	5	8.8	12	21.1
> 10 años	1	1.8	12	21.1	5	8.8	18	31.6
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=10.624 gl=4 P-valor=0.031

El presente resultado muestra que 12.3% de enfermeros que tienen de 1-5 años de servicio tienen un liderazgo bajo y solo el 8,8% de enfermeros que tienen un tiempo de servicio mayor a 10 años tienen liderazgo alto.

Realizando la contratación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 10.624 con 4 grados de libertad y un P valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y el tiempo de servicio a una confianza de 95%, es decir que el tiempo de servicio es un factor social que limita el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 7. El liderazgo de enfermeros (as) según condición de laboral, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Condición laboral	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Nombrado	0	0.0	20	35.1	10	17.5	30	52.6
Contratado, cas y terceros	8	14.0	17	29.8	2	3.5	27	47.4
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=13.456 gl=2 P-valor=0.001

Se aprecia en la tabla que solo el 17.5 % de liderazgo alto pertenece a los enfermeros nombrados y el 35.1 % de los enfermeros nombrados tienen liderazgo medio y el 14% de liderazgo bajo pertenece a los enfermeros contratados.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada se encontró un valor de 13.456 con 2 grados de libertad y un p valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la condición de trabajo a una confianza de 95%, es decir que la condición de trabajo es un factor social que limita el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 8. El liderazgo de enfermeros (as) según ingreso económico mensual, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Ingreso económico mensual	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%
1500-2000 Soles	1	1.8	2	3.5	2	3.5	5	8.8
2000-2500 Soles	2	3.5	12	21.1	0	0.0	14	24.6
>= 2500 Soles	5	8.8	23	40.4	10	17.5	38	66.7
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=5.972 gl=4 P-valor=0.201

Se aprecia en la tabla que el 17.5 % de liderazgo alto son de los que tienen un ingreso económico mensual de > de 2500 soles y los que prevalecen con un 40.4% de liderazgo medio son que tienen un ingreso económico mensual de >2500 soles, seguido de 21.1% de liderazgo medio con ingreso económico de 2000-2500 soles.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 5.972 con 4grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que el ingreso económico no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 9. El liderazgo de enfermeros (as) según grados y títulos de post grado, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Grados y títulos de post grado	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maestría	0	0.0	11	19.3	4	7.2	15	26.3
Doctorado	0	0.0	1	1.8	0	0.0	1	1.8
Especialidad	1	1.8	13	22.8	6	10.5	20	35.1
Ninguno	7	12.3	12	21.1	2	3.5	21	36.8
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=12.052 gl=6 P-valor=0.61

Según la tabla de aprecia que el 10.5 % de liderazgo alto pertenece a los que tienen especialidad, de igual manera el 22.8 % de liderazgo medio también tienen especialidad y el 12.3 % de liderazgo bajo pertenece a los que no tienen ningún grado. Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 12.052 con 6 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que grados y títulos de post grado no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 10. El liderazgo de enfermeros (as) según comunicación con el equipo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

La comunicación con el equipo	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Horizontal	2	3.5	26	45.6	11	19.3	39	68.4
Vertical	6	10.5	11	19.3	1	1.8	18	31.6
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=10.040 gl=2 P-valor=0.007

La tabla muestra que el liderazgo alto de los enfermeros corresponde a un 19.3 % además en un 45.6 % de liderazgo medio cuando la comunicación es horizontal, en comparación con los enfermeros que manejan una comunicación vertical corresponden a un 10.5 % y tienen un liderazgo bajo.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 10.040 con 2 grados de libertad y un P valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la comunicación con los demás miembros del equipo a una confianza de 95%, es decir que la el tipo de comunicación es un factor cultural que limita el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 11. El liderazgo de enfermeros (as) según limitaciones para ejercer liderazgo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Limitación para ejercer liderazgo	Liderazgo de enfermeros (as) del HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia	7	12.3	12	21.1	1	1.8	20	35.1
Condición de trabajo	0	0.0	7	12.3	5	8.8	12	21.1
Sobrecarga laboral	1	1.8	18	31.6	6	10.5	25	43.9
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=15.062 gl=4 P-valor=0.5

Se aprecia en la tabla que el 10.5 % de liderazgo alto pertenece a los que consideran que la sobrecarga laboral es un factor limitante para ejercer liderazgo y prevaleciendo el 31.6% de liderazgo medio y los que tienen un liderazgo bajo de 12.3% consideran que la familia es un factor limitante para ejercer liderazgo.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 15.062 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que la familia, condición de trabajo y la sobrecarga laboral no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 12. El liderazgo de enfermeros (as) según cargo que desempeña hace que ejerza liderazgo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016, según estado civil.

El cargo que desempeña hace que ejerza liderazgo	Liderazgo de los enfermeros (as) del HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Malo	5	8.8	21	36.8	1	1.8	27	47.4
Regular	2	3.5	6	10.5	1	1.8	9	15.8
Bueno	1	1.8	10	15.5	10	17.5	21	36.8
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=15.086 gl=4 P-valor=0.005

La tabla muestra que el 17.5% de liderazgo alto son de los que consideran que el cargo que desempeña hace que ejerza liderazgo son buenos, prevaleciendo el 36.8% de liderazgo medio que consideran que el cargo que desempeña hace que ejerza liderazgo es malo.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 15.086 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que el cargo que desempeña no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

5.2. FACTORES CULTURALES:

Tabla N 13. El liderazgo de enfermeros (as) según cargo/función, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016,

Cargo / función	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Enfermera asistencial	0	0.0	1	1.8	4	7.0	5	8.8
Enfermera jefa de departamento o servicio	8	14.0	36	63.2	8	14.0	52	91.2
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0
X^2=11.519			gl=2		P-valor=0.003			

El 63.2% de jefas de departamento tienen un liderazgo medio y solo el 14.0 % de jefas de departamento tienen liderazgo alto.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 11.519 con 2 grados de libertad y un P valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y estructura laboral a una confianza de 95%, es decir que el cargo/función un factor cultural que limita el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 14. El liderazgo de enfermeros (as) religión, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Religión	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Católico	7	12.3	37	64.9	11	19.3	55	96.5
Evangélico	1	1.8	0	0.0	1	1.8	2	3.5
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=4.081 gl=2 P-valor=0.130

La tabla muestra que el 19.3 % del total de enfermeros (as) entrevistados tiene un liderazgo alto y son de religión católico, el 64.9 % del total de los enfermeros (as) tiene un liderazgo medio y que también son católicos.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 4.081 con 2 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que la religión no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 15. El liderazgo de enfermeros (as) según valores, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Valores	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Malo	3	5.3	9	15.8	0	0.0	12	21.1
Regular	2	3.5	7	12.3	4	7.0	13	22.8
Bueno	3	5.3	21	36.8	8	14.0	32	56.1
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=5.322 gl=4 P-valor=0.256

La tabla muestra que el 36.8% de liderazgo medio son de los que consideran que los valores de los enfermeros son buenos, el 15.8 % de liderazgo medio son de los que consideran que los valores son malos.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 5.322 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que los valores no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 16. El liderazgo de enfermeros (as) según promoción de capacitaciones en liderazgo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Promoción de capacitaciones en liderazgo	Liderazgo de los enfermeros (as) del HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Institución	5	8.8	19	33.3	1	1.8	25	43.9
Departamento de enfermería	1	1.8	13	22.8	8	14.0	22	38.6
Sindicato de enfermeros	2	3.5	5	8.8	3	5.3	10	17.5
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=9.513 gl=4 P-valor=0.49

Se aprecia en la tabla que el 22.8 % de liderazgo medio son del departamento de enfermería que promueven capacitación en liderazgo, el 14 % de liderazgo alto son del departamento de enfermería que promueven capacitación en liderazgo, 8.8 % de liderazgo bajo son de la institución que promueven capacitación en liderazgo.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 9.513 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que la promoción de capacitación en liderazgo no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 17. El liderazgo de enfermeros (as), según liderazgo que practica, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Liderazgo que practica	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transformacional	6	10.5	17	29.8	3	5.3	26	45.6
Transaccional	2	3.5	13	22.8	3	5.3	18	31.6
Otros	0	0.0	7	12.3	6	10.5	13	22.8
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=9.016 gl=4 P-valor=0.061

En la tabla se aprecia que el 10.5% de liderazgo alto pertenece a los que tiene otros tipos de liderazgo, y el 29.8% de liderazgo medio son de los que tienen un liderazgo transformacional, seguido de 22.8% de liderazgo medio que tiene un liderazgo transaccional.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 9.016 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que los tipos de liderazgo no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 18. El liderazgo de enfermeros (as) según conducta orientada a las tareas Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Conducta orientada a las tareas	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	1	1.8	7	12.3	2	3,5	10	17.5
Regular	4	7.0	13	22.8	2	3.5	19	33.3
Bueno	3	5.3	17	29.8	8	14.0	28	49.1
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=2.912 gl=4 P-valor=0.573

En la tabla se muestra que el 29.8% de liderazgo medio pertenece a los que consideran que la conducta orientada a las tareas en bueno, seguido del 22.8% de liderazgo medio que pertenece a los que consideran que la conducta orientada a las tareas es regular. Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 2.912 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que la conducta orientada a las tareas no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 19. El liderazgo de enfermeros (as) según conducta orientada a las relaciones, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016.

Conducta orientada a las relaciones	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Malo	4	7.0	18	31.6	0	0.0	22	38.6
Regular	1	1.8	10	17.5	5	8.8	16	28.1
Bueno	3	5.3	9	15.8	7	12.3	19	33.3
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0

X^2=10.588 gl=4 P-valor=0.32

En la tabla se muestra que el 31.6 % de liderazgo medio pertenece a los que consideran que la conducta orientada a las relaciones en malo, seguido de 17.5 % de liderazgo medio que pertenece a los que consideran que la conducta orientada a las relaciones es regular y 12.3 % de liderazgo alto pertenece a los que consideran que la conducta orientada a las relaciones en bueno.

Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 4.081 con 2 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que la religión no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

Tabla N 20. El liderazgo de enfermeros (as) según aporte con el equipo de salud del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016, según estado civil.

Aporte con el equipo de salud	Liderazgo de enfermeros (as) HVRG, Huaraz -2016							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Malo	4	7.0	16	28.1	4	7.0	24	42.1
Regular	4	7.0	7	12.3	3	5.3	14	24.6
Bueno	0	0.0	17	24.6	5	8.8	19	33.3
Total	8	14.0	37	64.9	12	21.1	57	100.0
	X^2=6.079		gl=4		P-valor=0.193			

En la tabla se muestra que el 28.1% de liderazgo medio pertenece a los que consideran que el aporte con el equipo de salud es malo, seguido del 24.6% de liderazgo medio que pertenece a los que consideran que el aporte con el equipo de salud es regular. Realizando la contrastación de hipótesis de dependencia de la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada se encontró un valor de 6.079 con 4 grados de libertad y un P valor > 5%, por lo que se concluye que no existe una relación entre el liderazgo de los enfermeros (as) y la religión, a una confianza de 95%, es decir que el aporte con el equipo de salud no es un factor cultural que limita en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

5. DISCUSION.

Los resultados de la presente tesis, con respecto al primer objetivo específico orientado a Identificar los factores sociales, que limitan con el liderazgo de los enfermeros(as) del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2016, el liderazgo alto de los enfermeros prevalece en mayores de 45 años en un 17.5%, puesto que los de mayor edad refieren tener más experiencia, haber tenido más oportunidades en observar diferentes situaciones y/o problemas, sobre el tiempo de servicio y el liderazgo se aprecia lo siguiente, el resultado muestra que el 12.3% de enfermeros que tienen de 1-5 años de servicio tienen un liderazgo, en este caso los que tienen mayor tiempo de servicio tienen un liderazgo alto en este caso refieren que la falta de presupuesto institucional hace que se despida a profesionales por lo tanto se maneja un periodo corto de trabajo, por los años de experiencia, conocer el ámbito laboral, tienen mayor capacidad de enfrentar las situaciones problemáticas que se presentan, generan mayor confianza con el equipo de salud por lo tanto tienen mayores alternativas de solución y en la siguiente tabla se muestra la condición de trabajo del cual se obtiene que solo el 17.5 % de liderazgo alto pertenece a los enfermeros nombrados y el 35.1 % de los enfermeros nombrados tienen liderazgo medio y el 14% de liderazgo bajo pertenece a los enfermeros contratados, en este caso se tiene que los enfermeros nombrados por la seguridad y confianza de su situación laboral, conocimiento de más leyes gerenciales y laborales que lo ampara, los enfermeros, y según la comunicación con los miembros del equipo se obtiene lo siguiente, el liderazgo alto de los enfermeros corresponde a

un 19.3 %, en comparación con los enfermeros que manejan una comunicación vertical corresponden a un 10.5 % y tienen un liderazgo bajo, en este caso los enfermeros refieren que tener una comunicación horizontal tienen un liderazgo alto porque existe un mayor desenvolvimiento con el equipo de salud ya que se genera confianza, según liderazgo y el cargo que desempeñan los enfermeros. Resultados similares a la investigación de Camona, Calena en el año 2011 donde llega a la conclusión del liderazgo continúo en el desempeño de sus intervenciones, soportado por la percepción del equipo de trabajo que lo acompaña.[60]

Con respecto a los factores culturales en función de los enfermeros y el liderazgo se obtiene que el 63.2% de jefas de departamento tienen un liderazgo medio y solo el 14.0 % de jefas de departamento tienen liderazgo alto, se aprecia que los jefes de departamento o servicio tienen liderazgo alto por lo que tienen un cargo a favor y que tienen un mayor conocimiento leyes, protocolos y normas laborales, seguido del liderazgo de los enfermeros que tienen un post grado o especialidad que representa lo siguiente, así mismo los enfermeros que tienen un post grado – especialidad tienen un liderazgo alto en un 17.5 %, además el 43.9 % pertenecen a un liderazgo medio y los que no tienen un post grado – especialidad tienen un liderazgo bajo que corresponde a un 12.3 %, en este caso tienen mayor liderazgo los enfermeros que tienen post grado o especialidad ya que tienen la mayor capacidad de dirigir o enfrentar ante una situación laboral y ante el equipo. Resultados similares o difieren de Pardo Claudia 2011 en el año 2011 llega a la conclusión de que los enfermeros a pesar de que son

críticos y reflexivos, son pasivos y poco abiertos al mundo, por lo que se hace necesario implementar estrategias que analicen y aumenten el autoestima de cada uno de los profesionales.[42]

Por otro lado, es importante mencionar que luego de realizado el análisis estadístico, se demostró una relación significativa con la proporción de ocurrencia P valor < 5%, por lo que se concluye que existe una relación entre los factores sociales, culturales y el liderazgo de los enfermeros (as) a una confianza de 95%, es decir que los factores socioculturales son factores que limitan en el liderazgo de los enfermeros (as) en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo 2016.

6. CONCLUSIONES:

- Dentro de los factores sociales los limitantes para el liderazgo fueron: la edad, tiempo de servicio, condición laboral, la comunicación y el cargo que desempeña.
- En los factores culturales los limitantes de liderazgo son: el cargo/función que desempeñan.
- Los factores sociales y culturales son factores que limitan el liderazgo de los enfermeros(as) y que se tiene que poner en práctica antes, durante y después de la profesión.

7. RECOMENDACIONES:

- Al Director de la Escuela de Enfermería impulsar el ejercicio y la preparación en liderazgo en los estudiantes, a través de las diferentes asignaturas creando nuevos métodos para su enseñanza, para el ejercicio de la profesión con mayor liderazgo.
- A la Jefa del Departamento de Enfermería fomentar el liderazgo en todos los profesionales de enfermería.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vargas G. Solís, M. Práctica de liderazgo en enfermería. Costa Rica 2003.
2. Márquez, S. Aucces, N. liderazgo una visión generalizada. Disponible en http://www.enfermeriaperu.com/gesenfer/liderazgo/liderindice.htm.
3. Ponce, A. liderazgo Bogotá, universidad del rosario.2003(citada el 10 de mayo del 2007) disponible: http//www.monografias.com/trabajos15/liderazgo/liderazgo.shtml
4. Diuyer, J. Paskavitz, M. Vriesendor S, Johnson S. Un llamado urgente para profesionalizar el liderazgo y la gerencia en los servicios de salud a nivel mundial. managemet sciencies for healt(revista en internet) 2006
5. Puchen J. Liderazgo transformacional como relación de ayuda en enfermería (tesis doctoral) Santiago universidad de chile, 2009 internet cibertesis
6. Palomo, M. El liderazgo y motivación de equipos de trabajo 6ta edición media editorial esic 2010 pg. 17 – 87
7. Biblioteca del consejo nacional (bcn) ley 19937, revisión 2008.(internet) citado 30 mayo 2011. Disponible en http:/www.leychile.cl
8. Marino, N. Gerencia de procesos. Editorial Alfomega, México, 2001. Op. cit. pg. 42.
9. Huber, D. Liderazgo y Administración en Enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1996.
10. Drucker, P. The Practice of Management. Heinemann Publishing. 1989. Citado por: HUBER, Diane. Leadership and Nursing Care Management. Pennsylvania. 2006. pg .04

11. Marriner A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. Barcelona: España. 2009. pg. 01.
12. Ralph M. Stogdill, *Handbook of Leadership* (Nueva York: The Free Press, 1974), p. 411.
13. MARRINER A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. Barcelona: España.2009. p.01

14. Burns J. Leadership. New York: Harper and Row; 1978.
15. MARRINER, A. Liderazgo. En: Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. 8ªEd. España, 2009. p. 4.
16. ZAMBRANO, M. Técnicas básicas de Enfermería artículo de investigación 1ra. edición. Editorial AKAL. Madrid. . (2003). Pág. 114, pág. 117.Disponible en: http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral
17. Bass, B. Avolio, B.Transformational Leadership and organizational culture. Obtenido de Public Administration Quarterly, 17, p. 22
18. Vega, C. Zavala, G. Adaptación del cuestionario multifactorial de liderazgo Barcelona. (2004).
19. Bass, B. Avolio, B. Transformational Leadership and organizational culture. Obtenido de Public Administration Quarterly, 17, p. 22
20. Thieme, C. *LIDERAZGO Y EFICIENCIA EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA:* Barcelona. (2005).

21. Lifshitz, A.Unidad de Investigación, Educación y Políticas de Salud IMSS. Vol. 33 Supl. México 2011. Pagina 140
22. Martínez F. Formación Basada en Competencia Laboral. Situación Actual y Perspectivas para los países del Mercosur. La experiencia de la Unión Europea II. (OIE) Madrid, España 1997.
23. Cardona, P. García, P. Cómo desarrollar las competencias de liderazgo. Pamplona, Eunsa(2005).
24. Robbins S. Comportamiento organizacional. México: Prentice Hall, 2003.
25. Balderas, M. Administración de los servicios de enfermería 6º edición. edición por, McGraw-Hill interamericana editores, s.a. De C.V. Derechos reservados 2012, 2009, 2005,1995, 1990, 1984,
26. Balderas, M. Administración de los servicio de enfermería. Editorial Mc Graw-Hill. 5ºedición derechos reservados 2009.
27. ACAMI. Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas. XIV Congreso Argentino de Salud, Mar del Plata. 15 de septiembre de 2011.
28. Ledesma, M Fundamentos de enfermería. Edit: Noriega Editores.: Limusa, México 2004.
29. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* [Traducción del título: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad]. United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/ convention/conventionfull.shtml, consultado el 16 de junio del 2010).

30. Stein LI, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. The New England Journal of Medicine, Feb 22, 1990.
31. Mirta Latanzzi: *Enfermedades sociales, Drogadicción y alcoholismo*.www.monografias.com. Consultada 15 enero del 2009,pág. 2.*idem*
32. Kwame Akyeampong, Jerome Djangmah, Abena Oduro, Alhasssan Seidu, Frances Hunt, El Acceso a la educación básica en Ghana, Consorcio para el Acceso Educativo, las Transiciones y la Equidad (CREE).Accra, 2007.
33. C Hawa Bouaré: Educación superior y la crisis en la educación superior en Malí. Tesis doctoral en Ciencias Sociológicas, Universidad de Oriente, 2009, pág. 34.
34. Dewey, J. *Democracy and Education*. The Free Press. pp. 1-4. ISBN 0-684-83631-9.
35. National Center for Educational Statistics. 31 March 2008. http://nces.ed.gov/programs/coe/glossary/s.asp
36. HUBER, Diane. Leadership and Nursing Care Management. Pennsylvania. 2006. p. 4
37. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: Medicine. Impact on nurse satisfaction and retention. Pg. 26-34, 2002.
38. Porter S. A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. Journal of Advanced Nursing pg. 728-735, 1991
39. Joint Commission on Accreditation of N°2. May 2008. Healthcare Organizations Sentinel events Statistics (2004) www.jcaho.org

40. Atchinson TA, Bujak JS: Leading transformational change: The physician-executive partnership,Chicago, 2001, Health Administration Press.
41. Sullivan EJ, Decker PJ: Effective leadership and management in nursing, Upper Saddle River, NJ, 2005, Prentice Hall.
42. Pardo Claudia (2011). Tesis de enfermeria. Colombia
43. Festinger L: A theory of cognitive dissonance, Stanford, Calif, 1957, Stanford University Press
44. Marriner A. Gestion y dirección en enfermería ELSEVIER octava edición Pg 305 – 309
45. Barr L, Barr N: The leadership equation: Leadership, management and the Myers-Briggs, Austin, Tex,1989, Eakin Press. Briggs-Myers I: Gifts differing: Understanding personality type, Palo Alto, CA, 1995, Holt, Rinehartand Winston.
46. La gestión del conocimiento y el liderazgo Por: Gustavo Mutis

Bass, B., & Avolio, B. (de 1993). *Transformational Leadership and organizational culture.* Obtenido de Public Administration Quarterly, 17, p. 112-121.

47. PONT, B., NUSCHE, D. & MOORMAN, H. (2008a). Improving School Leadership, Volume 1: Practice and Policy. París: OECD (publicado en español, en 2009, como Mejorar el Liderazgo Escolar, Volumen 1: Política y Práctica). PONT, B., NUSCHE, D. & MOORMAN, H. (2008b). Improving School Leadership, Volume 2: Case Studies on System Leadership. París: OECD
48. Marriner Tomey A. Gestión y Dirección de Enfermería. 6° Ed. Edit. Elsevier. España.
49. Pinto A. N, Sánchez Herrera B. Dimensiones del cuidado. Bogotá. 1998.

50. Kérouac. El pensamiento enfermero. Madrid : Masson, 2002

51. Diario “El Peruano”. Reglamentación de Ley del trabajo del Enfermero Peruano. Perú. 2002. Disponible en: http://www.cep.org.pe/beta/download/Reglamento27669.pdf

52. Harris M. ¿Qué es (son) la(s) cultura(s)? En: Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Crítica; 2000. p. 17-27.

53. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey, editor. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby Doyma; 1994.

54. Lipson JG, Dibble SL, editors. Culture & clinical care. San Francisco: UCSF Nursing Press; 2005.

55. . Hernández, F. metodología de la investigación

56. hospital de apoyo Víctor Ramos guardia, oficina de jefatura, Huaraz 2015.

57. Blanchard K. Liderazgo al más alto nivel. Colombia: Grupo editorial Norma.

58. Organización de las naciones unidas para la educación , la ciencia y la cultura-la ética de la ciencia y la cultura de la Unesco

59. «Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). «La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.» http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf

60. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 7. • Año. 7 • No. 4 • Octubre-Diciembre 2010 https://www.google.com.pe/?ion=1&espv=2#q=espiritu+de+servicio.pdf

61. CAMONA, Calena. (2011) tesis de titulación. Colombia.

62. Siegel l. (1976) psicología industrial 5ta edición secsa México d.f.pp468.

63. Lerna Kirchner Alejandro e. Liderazgo emprendedor editorial Thompson México 2007.

64. http://www.definicionabc.com/general/honestidad.php

65. Puntunet BM y col. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2008;16 (3): 115-117 http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf.

ANEXO Nº 01

UNIVERSIDAD NACIONAL

"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENCUESTA

I. PRESENTACIÓN.

Sr. (a) o Srta.: Reciba nuestro saludo cordial, somos bachilleres de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la UNASAM - Huaraz, y estamos realizando una investigación titulada: "Factores socioculturales que limitan el liderazgo de los enfermeros(as) del hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz – 2016", por tal motivo solicitamos a usted responder con la mayor veracidad posible, y desde ya le agradecemos su colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de ítems con alternativas de respuesta. Se recomienda leer cuidadosamente y en el recuadro correspondiente marcar con un aspa (x) sólo una alternativa de acuerdo a su criterio u opinión.

III. DATOS DEL PROBLEMA.

En relación a los factores sociales:

1. ¿Su edad es?

   a) 25 – 35

   b) 36 – 45

   c) >45

2. ¿Su sexo es?

a) Masculino ( )

b) Femenino ( )

3. ¿Su estado civil es?

a) Soltero (a) ( )

b) Casado (a) ( )

c) Conviviente ( )

d) Separado (a) ( )

e) Viudo (a) ( )

4. ¿El Número de hijos que tiene Ud. es?

   a) 0 – 1

   b) 2 – 3

   c) >3

5. Servicio en el que trabaja actualmente:

   a) UCI

   b) Trauma shock

   c) Pediatría

   d) Ginecología

e) Emergencia

f) Sala

g) Cirugía

h) Medicina

i) Neonatología

j) Consultorio externo.

6. ¿Su tiempo de servicio es:

a) 1 – 5

b) 6 – 10

c) >10

7. ¿Su condición de trabajo es?

a) Nombrado ( )

b) Contratado, CAS y terceros ( )

8. ¿Su solvento económico mensual es?

a) <1500

b) 1500-2000 ( )

c) 2000-2500 ( )

d) 2500 a más

9. ¿Cuál es el grado y títulos de post grado que posee?

a. Maestría

b. Doctorado

c. Especialidad

d. Ninguna

10. La comunicación con los demás miembros del equipo es:

a) Horizontal ( )

b) Vertical ( )

LEYENDA:

1. Malo 2. Regular 3. Bueno

FACTORES SOCIALES	**1**	**2**	**3**
11. ¿Para Ud cual es una limitación para ejercer el liderazgo? a) La sobrecarga laboral b) La condición de trabajo c) La familia			
12. ¿El cargo que desempeña en el hospital hace que ejerza el liderazgo?			
FACTORES CULTURALES			
13. ¿Cargo/función que desempeña en el hospital es? a) Enfermera asistencial b) Enfermera jefa de departamento o servicio 14. Cuál es la religión al cual pertenece. a. Católico b. Evangélico c. Otros			

		1	2	3
15.	¿Ud. considera que los valores de las profesiones de enfermería son las adecuadas?			
	16. ¿Para Ud quien promueve el liderazgo en enfermería? a. La institución b. El departamento de Enfermería c. Sindicato de Enfermero			
17.	¿El departamento de Enfermería promueve la capacitación en liderazgo en enfermería?			
18.	¿El Sindicato de Enfermeros promueve la capacitación de liderazgo en enfermería?			
19.	Cuál es el tipo de liderazgo que usted practica a. Liderazgo transformacional b. Liderazgo transaccional c. No liderazgo o laissez faire			
		1	2	3
20.	¿Cómo es su conducta en relación a las tareas delegadas?			
21.	¿Cómo es su conducta orientada a la relación con los demás?			
22.	¿Según el nivel de liderazgo como considera su capacidad individual?			
23.	¿Cómo considera su aporte con los miembros con un equipo de salud?			

GRACIAS

ANEXO Nº 02

"FACTORES SOCIOCULTURALES QUE LIMITAN EN EL LIDERAZGO DE LOS ENFERMEROS(AS) DEL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ - 2016"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO

Quien suscribe el presente, Sr(a):……..

…….. de ……. años de edad, identificado con DNI N° ……

Por medio de la presente acepto participar voluntariamente en el trabajo de investigación titulado: "Factores socioculturales que limitan en el liderazgo de los enfermeros(as) del hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz - 2016"

Los investigadores me han informado sobre: Objetivos del estudio, justificación de la investigación.

También declaro que se me ha explicado minuciosamente todo referente a la investigación en estudio, y me han sido absueltas todas las dudas que he tenido así como también mi persona puede retirarse en cualquier momento de la investigación sin ninguna represalia por parte de las investigadoras.

Huaraz - julio - 2016

Firma

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEL INSTRUMENTO

Coeficiente de confiabilidad ALFA de Crombach:

Dónde:

α: Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach. k: Número de ítems.

Vi: Varianza de cada ítem. Vt: Varianza total.

Obteniéndose los siguientes resueltos:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
,882	20

Fuente: Salida del Programa Spss.V.23

La validez y la confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad y validez cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.50. Por lo tanto, el valor obtenido fue de 0. 882, el instrumento del presente estudio es altamente confiable y valido.