



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Postgrado  
Programa de Doctorado en Psicología

# LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL COMO RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA EVIDENCIA DE DOS HOSPITALES

Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología

JUAN ANDRÉS PUCHEU

PROFESOR GUÍA: DR. CARLOS DESCOUVIERES C.

*Santiago, 2009*

# Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

## I. Introducción

Pese a la importancia y gran cantidad de publicaciones sobre el tema, la teoría sobre liderazgo ha evolucionado con relativamente poco contacto con el resto de la teoría psicológica y aún no se han logrado establecer modelos que den cuenta integradamente de las relaciones con el contexto o la naturaleza del vínculo de influencia asociado a la idea de liderazgo. Lo anterior se ha traducido en que en el caso de la teoría del liderazgo transformacional, una de las más difundidas y populares tanto en el ámbito académico como de la práctica profesional (Bass y Riggio, 2006; Kark y Shamir, 2002), hoy sólo se cuente con modelos de características generales del líder, las cuales no han sido operacionalizadas u ordenadas en términos de proceso o secuencia.

Esta tesis pretende aportar en la comprensión de los procesos de liderazgo y su relación con los procesos de ayuda, para lo cual se basa en dos supuestos. El primero es que, ya que la literatura sobre liderazgo transformacional define al concepto en términos de la influencia de un sujeto sobre la motivación y capacidades de otros más allá del ámbito y límites de la relación formal, es posible suponer que existirá un grado de similitud entre el liderazgo y otros tipos de relación que son descritos en términos similares, tales como *coaching*, *mentoring* o el concepto más general de "relación de ayuda". En segundo lugar se asume que, en la medida que el concepto *burnout* se utiliza para describir estados de malestar asociados a la dificultad de los sujetos para ajustarse psíquicamente a las condiciones de trabajo, sería posible utilizar la observación de la influencia de las prácticas de liderazgo de los supervisores sobre los niveles de *burnout* de los subalternos para explorar la adecuación del uso de de las categorías conceptuales utilizadas en liderazgo en relación al fenómeno de la ayuda.

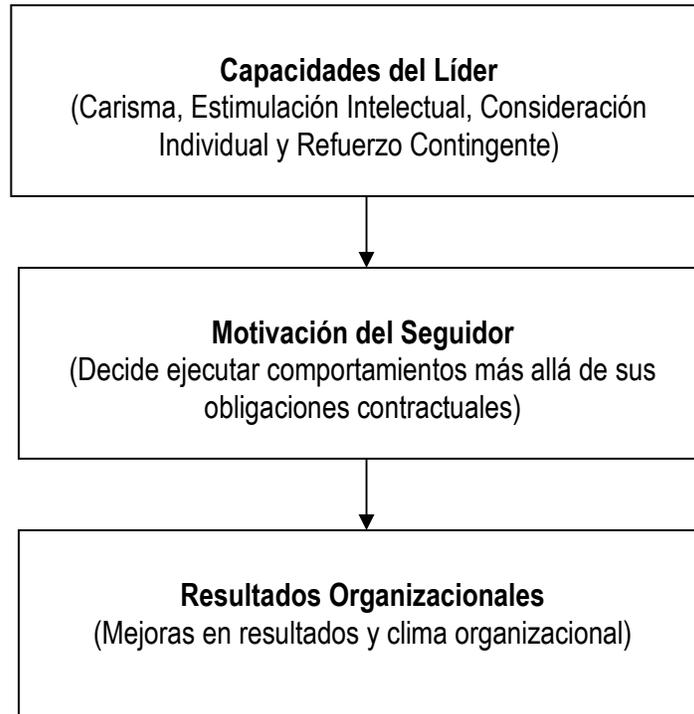
En términos de los objetivos específicos, esta tesis pretende exponer relaciones teóricas entre liderazgo y relaciones de ayuda, para, a continuación, aportar evidencia empírica en el contexto de las relaciones entre enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas pertenecientes a dos hospitales. En los puntos siguientes se describen estos objetivos con mayor detalle.

# Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

## 1.1. El problema

La teoría actual sobre liderazgo carismático o transformacional señala que éste implica la influencia de un sujeto, el líder, sobre otro u otros, los seguidores o miembros del grupo. Esta influencia sería mayor que la simple aplicación del poder o capacidad de control de recompensas, ya que llevaría a los seguidores a realizar esfuerzos extraordinarios o, en cualquier caso, superiores a sus obligaciones formales (Burns, 1978). El modelo de liderazgo transformacional de Bass (Bass y Riggio, 2006) propone que la influencia sobre el seguidor se originaría fundamentalmente en algunas características del líder asociadas a su capacidad para servir de modelo o inspirar la búsqueda de objetivos deseables y, al mismo tiempo, fomentar el aprendizaje. Ahora bien, pese a que se ha obtenido numerosa evidencia respecto al hecho de que, en conjunto, estos factores o características percibidas en el líder estarían efectivamente asociados al logro de mejores desempeños (Ejemplos: Shin y Zhou, 2003; Lim y Ployhart, 2004; Hoffman y Jones, 2005), no se ha establecido si existe algún orden secuencial o cuál es la naturaleza específica de su relación con los procesos experimentados por los seguidores. La figura 1 muestra las relaciones establecidas entre liderazgo, motivación y resultados organizacionales.

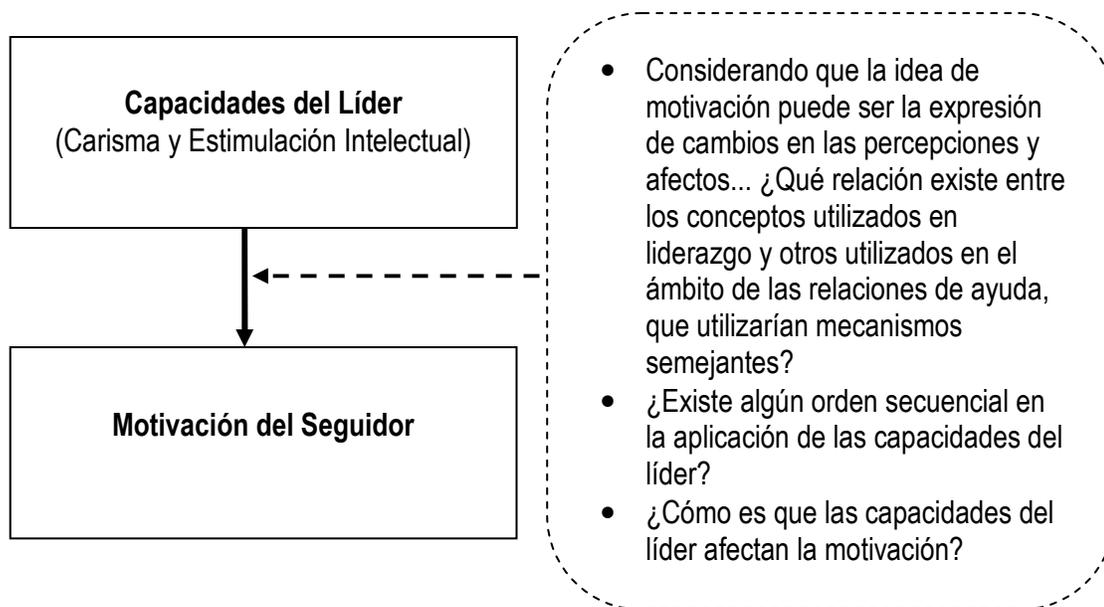
**Figura 1: Relaciones establecidas entre Liderazgo Transformacional y Motivación**



## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En el análisis de las relaciones entre factores del líder, motivación y desempeño se mantienen interrogantes y respuestas parciales. Por ejemplo, en la vinculación entre las capacidades del líder y la motivación del seguidor todavía no está establecido si existe alguna secuencia temporal o cuál es el papel que juega el contexto de la relación. Es más, la literatura sólo presenta hipótesis en relación a la naturaleza del cambio del seguidor que se expresa como motivación y, en la revisión bibliográfica realizada para la construcción del marco teórico de esta tesis, no se encontró evidencia empírica que respaldara estas hipótesis. Lo mismo ocurre respecto a la relación entre las prácticas de liderazgo y el manejo de estados de malestar psíquico, lo que ya ha sido planteado como una hipótesis por Howell y Shamir (2005) y que resulta clave para proponer una secuencia en las acciones de liderazgo, las que en los casos en que se aplican con subalternos o seguidores en proceso de duelo deberían considerar como éste afecta su capacidad. La figura 2 presenta un esquema con las preguntas abordadas por esta tesis sobre la teoría del liderazgo, las cuales son desarrolladas en los párrafos siguientes.

**Figura 2: Preguntas abordadas en esta tesis**



La primera pregunta tiene que ver con si es posible vincular el constructo liderazgo a la idea de relación de ayuda. Howell y Shamir (2005) proponen que los líderes que se relacionan con seguidores que perciban que su identidad no se puede expresar en un autoconcepto claro, deberán dedicar esfuerzos a restablecer la coherencia e independencia del seguidor, aumentando el grado de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

personalización de la relación. Esto establece un vínculo teórico entre liderazgo y relación de ayuda, lo que ya estaba presente en la práctica profesional de conceptos como *coaching* o *mentoring*, que se refieren a relaciones de apoyo y orientación en el contexto laboral. En esta tesis se explora la posibilidad teórica de integrar ambos campos de pensamiento, presentando evidencia empírica que permite apoyar la proposición.

La pregunta por la secuencia en la aplicación de las capacidades del líder no ha sido abordada todavía por la literatura y el estado del arte en la teoría del liderazgo transformacional sólo asume que existiría una serie de factores que, en conjunto, influirían en la motivación de los subalternos (Bass y Steidlmeier, 1999; Bass y Riggio, 2006). Estos factores incluirían la capacidad de proyectar una visión de futuro atractiva, estimular la capacidad de análisis de los seguidores y ser percibido como éticamente coherente y preocupado por el bienestar de los seguidores (Bass, 1996). Si bien todavía no hay acuerdo sobre la manera de agrupar estos factores y se han generado nuevas factorizaciones (Ej. Turner et al., 2002), parece ser que elementos tales como la capacidad de facilitar la construcción de un discurso ética y funcionalmente atractivo, así como la capacidad de estimular el aprendizaje serían elementos centrales en el proceso de liderazgo (Antonakis et al., 2004; Bass y Riggio, 2006). Por otro lado, en el análisis y evaluación de estos factores todavía no hay una clara distinción entre factores motivacionales, acciones y resultados. Un ejemplo de esta confusión se aprecia en el Cuestionario de Estilos de Liderazgo (Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ), estandarizado en Chile por Vega y Zabala (2004), donde se mezclan apreciaciones sobre acciones, como en el caso del ítem “*Expreso mis valores y creencias más relevantes*”, con percepciones sobre resultados, como se observa en el ítem “*Hago que los demás se sientan orgullosos de trabajar conmigo*” e incluso creencias, como “*Considero importante tener un objetivo claro en lo que se hace.*” En el mismo sentido, no se ha ofrecido una distinción entre el uso de los factores de liderazgo como condiciones o contexto de la relación de influencia, como podría serlo el considerar la consideración personal como un factor a la base de la confianza requerida para el análisis conjunto de las situaciones, versus el uso de los conceptos para referirse a acciones específicas, tales como sería el manifestar verbalmente la preocupación por la necesidades y puntos de vista del seguidor.

En relación a la pregunta por la manera en que los factores del líder afectan la motivación de los subalternos, Shamir et al. (1993) plantearon que el liderazgo transformacional operaría a través de un

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

cambio en la identidad del seguidor. De manera específica, los líderes deberían generar discursos que asocien los valores claves del seguidor con las metas del grupo. Esta asociación aumentaría entonces la propensión del seguidor a desplegar esfuerzos en pos de las metas, las que ahora serían una forma de autoexpresión y una fuente de autoestima. Shamir et al. (1993) plantean además que el proceso experimentado por el seguidor implicaría tanto un aumento en el nivel de funcionamiento ético cognitivo, expresado en una preocupación por las implicancias morales y los beneficios colectivos de su actividad, como una mejora en sus expectativas personales de control y autoeficacia. Por su parte, Lord et al. (1999) propusieron un modelo que identifica diversos componentes de la identidad, asociados a creencias sobre la deseabilidad y factibilidad de objetivos de corto, mediano y largo plazo que a su vez podrían estar relacionados a aspectos individuales, relacionales o colectivos de la identidad. Cada uno de estos elementos sería afectado a través de diferentes discursos y acciones del líder. Ahora bien, estos modelos no presentan una propuesta que permita integrar las nociones de identidad, valores y creencias, lo que afecta la coherencia en las relaciones establecidas entre las capacidades del líder y el impacto motivacional. Debido a esto, en esta tesis se planea que este problema podría ser solucionado al observar que los valores, desde el punto de vista de su aprendizaje e impacto sobre la motivación, pueden ser conceptualizados como historias emocionalmente relevantes y que los sujetos sienten como verdaderas o portadoras de un esquema sobre la realidad que sería verdadero. En estas historias se encontrarían las claves que los sujetos utilizan para identificar los objetivos plausibles y deseables, así como los patrones para realizar atribuciones sobre el carácter y motivaciones de si mismos, las demás personas y los objetos. Por ejemplo, una persona puede aprender el valor del cuidado al observar cómo otra persona que cuida recibe recompensas deseables y logra codificar las acciones requeridas para implementar el proceso adecuado, aprendiendo en el proceso las claves necesarias para identificar a los sujetos “responsables” y “compasivos”, diferenciándolos de aquellos que no cumplen los estándares del valor. Naturalmente, las actividades de mayor nivel de abstracción y complejidad pueden requerir procesos más complejos en el traspaso de los discursos, así como control de la ansiedad. Existen abundantes modelos teóricos sobre los procesos de aprendizaje y socialización que pueden ser utilizados para pensar sobre estas relaciones y en el marco teórico de esta tesis se revisarán algunos que permiten apoyar la definición de valor y su relación con identidad.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 1.2. Relevancia

Desde el punto de vista de los beneficios esperados de esta tesis, se puede señalar que el primero sería la mayor integración entre las teorías sobre liderazgo y relación de ayuda. En segundo lugar, se espera que el estudio del proceso de construcción de significados en el ambiente laboral no sólo debiera contribuir al mejoramiento de las prácticas en el ámbito de la salud organizacional, si no que también a mejorar las prácticas educativas y de capacitación que hoy utilizamos para optimizar el desempeño y facilitar el cambio de personas y organizaciones. Considerando que sólo en el sector público de salud se encuentran empleadas más de 90.000 personas y que es posible que algunos de los elementos presentados sean generalizables a ámbitos como educación o defensa, donde las cifras conjuntas sobrepasan los cientos de miles de individuos, éste es un esfuerzo necesario.

La preocupación por el tema de la construcción de significados en el trabajo se justifica porque, si bien el cambio en las políticas y estructura del Estado y las organizaciones económicas nacionales ha sido una constante histórica, en la actualidad el discurso político y de gestión contiene la peculiaridad de presentar el cambio como un acto deliberado y necesario que afecta las bases de la identidad (Sennett, 2001). La complejidad de este nuevo cambio institucional radica en que no sólo se refiere a las creencias y valores, si no que implica el paso desde una regulación organizacional basada fundamentalmente en valores a una regulación basada en mecanismos y procedimientos de evaluación financiera, lo que evidencia el carácter relativo y subordinado de las prioridades y vocaciones. Este cambio obligaría a las personas a adaptar la organización de su identidad y actuar de acuerdo a discursos que muchas veces no sólo son incoherentes, si no que incluso incompatibles con el logro de integridad de sus autoconceptos (Hoggett, 2006; Kreiner et al., 2006; Pucheu, 2002; Sennett, 2001). Dado que el fracaso en la integración de los discursos organizacionales implicaría mantener estados de anomia y duelo por periodos prolongados (Zell, 2003), los sujetos y grupos lidian con la incongruencia de diversas maneras, incluyendo el aislamiento entre diferentes vínculos (Tagliaventi y Mattarelli, 2006), la generación de grupos de ayuda (Schaefer y Moos, 2002; Tagliaventi y Mattarelli, 2006), la construcción de metadiscursos que otorguen sentido tanto a la identidad individual como a la misma incongruencia social (Babrow, 1992; Bean y Hamilton, 2006; Brown y Humphreys, 2003; Robertson y Stevens, 2006) e incluso la simulación (Sennett, 2001; Sveningsson y Alvesson, 2003). Existe evidencia tanto sobre el beneficio de la construcción de discursos

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

integradores (Ejemplos: Apker, 2001 y 2004; Bolino y Turnley, 2004; Campbell, 1990; El-Sawad et al., 2004; Gioia y Chittipeddi, 1991), como sobre el hecho de que los discursos son construidos de manera interactiva (Day y Harrison, 2007; Denis, Lamothe y Langley, 2001; McCauley et al., 2006), lo que justifica la necesidad de fomentar el estudio de las condiciones que facilitan la aparición y las características de liderazgos integradores.

Ahora bien, un ámbito donde la incorporación de nuevos discursos parece ser especialmente conflictiva es en la cultura organizacional del Sector Salud (Denis, Lamothe y Langley, 2001; Lozeau, Langley y Denis, 2002), dificultad que se ha acentuado en la medida que la racionalidad económica impulsada por los gobiernos de las últimas décadas contradicen y dificultan la sustentabilidad de los valores constitutivos del discurso ético tradicional (Pucheu, 2002; 2007). Para explicar esta afirmación debemos recordar lo señalado anteriormente, en el sentido de que el cambio institucional, expresado en un predominio de la racionalidad económica, no se refiere sólo a cambios en la prioridad de valores como eficiencia o ahorro, constitutivos del discurso tradicional, sino que al uso de criterios técnicos que reducen los valores, originalmente discursos concretos e incommensurables con los cuales los sujetos construyen identidad y atribución social, en elecciones abstractas evaluables en función de unidades de medida tales como el dinero o la frecuencia. Si bien la aplicación del discurso de la racionalidad económica cuenta con beneficios tales como permitir la gestión del conglomerado dependiente del poder ejecutivo a través de herramientas como gestión por proyectos y análisis del beneficio social, su aplicación no ha considerado que la mayor parte del sistema institucional del Estado, desde Defensa hasta Salud, tradicionalmente ha funcionado basándose en el uso de los valores y que la pérdida de estos, en tanto realidad percibida, ocasiona dificultades en la gobernabilidad y afecta de manera negativa la salud psíquica de las personas, lo que ha sido señalado por diversos autores (Ver: Apker, 2002; Curie y Brown, 2003; Pucheu, 2002). Desde el punto de vista individual el proceso de incorporación de un discurso que afecta la identidad original equivale literalmente a un proceso de duelo. En el caso del Sector Salud y considerando que las organizaciones dedicadas a la formación profesional dedican gran cantidad de sus recursos a la reproducción de los discursos éticos y que los períodos de socialización profesional se han extendido mucho más allá de la adolescencia, no es de extrañar que hoy podamos observar que las alteraciones en el duelo de la identidad laboral sean vivenciados por las personas como verdaderos procesos de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

duelo, que en los casos que resultan dificultosos son aludidos con los conceptos de alienamiento y *burnout*.

De entre las profesiones del ámbito de la salud, se ha escogido a enfermería como objeto específico de estudio ya que cuenta con tres características que hacen que las alteraciones en el proceso de construcción de identidad puedan presentarse de manera más evidente que en otras profesiones. En primer lugar, es una carrera con fuertes raíces éticas y en la que la investigación señala la influencia de creencias asociadas tradicionalmente al género femenino y la religión (Pucheu, 2006). Un segundo elemento que facilita el estudio de dificultades en la integración de la identidad laboral es la multiplicidad y complejidad de los roles en los hospitales, que deben hacerse cargo de demandas financieras de carácter impostergable además de las ya demandantes exigencias técnicas y éticas formalmente declaradas en la profesión (Apker, 2003; Denis, Lamothe y Langley, 2001; Lozeau, Langley y Denis, 2002). Finalmente, es necesario considerar que el ámbito público enfrenta, en ausencia de cualquier limitación en recursos, la necesidad de integrar las demandas creadas por la diversidad institucional y política del Estado, así como la creciente carga de trabajo generada por la implementación de programas como Hospital Amigo o el Sistema Nacional de Acreditación. Estas tres características permiten suponer que las supervisoras y otros sujetos en situación de influencia en los hospitales tienen la necesidad de facilitar la integración de los distintos discursos y demandas que afectan a las identidades asociadas a los roles de las enfermeras y las restantes personas que trabajan en el hospital. Es por ello que el fracaso en esta tarea debería evidenciarse a través de diferentes síntomas, tales como *burnout*, rotación, conflicto o anomia.

### II. Marco Teórico

Iniciaremos la revisión de los antecedentes teóricos que guían esta tesis con un capítulo dedicado al liderazgo, tanto respecto a su aplicación en el ámbito de la influencia y socialización como en sus derivaciones hacia relaciones de ayuda. Posteriormente revisaremos el tema de identidad y las relaciones que se pueden establecer con las ideas de motivación, duelo y depresión. En tercer lugar revisaremos algunas teorías sobre el desarrollo ético cognitivo, término que alude a las teorías que abarcan al proceso de construcción de los meta-discursos que permiten la articulación de las diferentes identidades adultas y, por último, realizaremos una breve reseña sobre la profesión de enfermería. Cada capítulo del marco teórico concluye con una integración que muestra algunas de las relaciones que es posible establecer en los temas revisados, sobre las cuales se analizarán los resultados obtenidos en el trabajo empírico.

#### ***2.1. Liderazgo***

La idea de liderazgo es utilizada generalmente para referirse a la influencia de un sujeto sobre la motivación de otros. De manera más específica y de acuerdo con la teoría de motivación relacionada a actos voluntarios (Ajzen, 1991; Fishbein y Ajzen, 1975; Westaby, 2005), esto implicaría la capacidad de afectar los valores y creencias y, a través de ellos, las emociones y deseos. Adicionalmente, en muchos casos también sería necesario afectar las capacidades de ejecución requeridas para implementar los comportamientos prescritos o deseados. Ahora bien, la investigación sobre el concepto de liderazgo, fuertemente influenciada por un paradigma tecnológico y el estudio en empresas con estructura burocrática, se refiere en su gran mayoría a los atributos o acciones que debe realizar el sujeto en el rol de influencia, prestándose relativamente poca atención a las características, acciones o procesos ocurridos desde el punto de vista de los influenciados o a la misma interacción.

Si bien hasta el momento no hay consenso sobre la forma concreta cómo se genera y actúa la influencia del líder sobre los seguidores, es posible señalar que la influencia de una persona sobre las creencias y valores de otra puede ocurrir de varias maneras, partiendo por el relato de historias que muestren opciones aparentemente válidas para la identificación de motivos y acciones. A lo cual se

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

podría agregar conversaciones para apoyar los procesos de interpretación e integración de las anécdotas e historias que conforman la identidad y motivos del otro e incluso la construcción de anécdotas e historias a través de la incorporación del otro en los ritos y rituales de la organización. Es significativo mencionar que esta relación entre el traspaso de historias y la identificación de objetivos y medios de acción, un tema que en la perspectiva del estudio individual se observaba desde conceptos como inteligencia, ha hecho que autores tan destacados en este campo como Howard Gardner y Robert J. Sternberg estén incursionando en el estudio del liderazgo. Ambos autores han planteado que las capacidades que permitirían que un sujeto asuma posiciones de liderazgo se encontrarían asociadas a la generación e integración de discursos útiles en la elección de vías de acción y la capacidad de comunicarlos de manera tal que permitan su apropiación por parte de los demás, los que de esta manera asumirían el rol de seguidores (Gardner, 2005; Sternberg, 2008).

Los autores que se han referido a los procesos experimentados por los seguidores, como Shamir et al. (1993) y Lord et al. (1999), han planteado que la influencia del líder se haría más permanente en la medida que afecta las creencias sobre la identidad o posibles identidades del seguidor y que en los casos en los que estos últimos se encuentren en situaciones de incongruencia e inadecuación social tenderán a establecer vínculos de mayor dependencia respecto al líder, dificultando al mismo tiempo el establecimiento de relaciones encuadradas en el marco de proyectos productivos (Howell y Shamir, 2005). Como esto obligaría al líder a implementar acciones complementarias para facilitar el desarrollo de los seguidores, se podría decir que las acciones complementarias al traspaso y construcción de historias estarán asociadas a la facilitación de la integración de discursos y, a través de esto, el logro de un autoconcepto claro.

Finalmente, en lo que toca a los elementos que facilitarían el que se iniciara una relación líder-seguidor, la investigación ha tomado dos líneas principales. Por una parte se encuentra el estudio de los rasgos del líder, donde elementos tales como el control de la ansiedad, la orientación hacia objetivos y la extroversión parecen cumplir un rol clave, al menos en la cultura norteamericana. Una segunda línea de pensamiento tiene que ver con los procesos atribucionales y las expectativas mutuas de los involucrados. Esta línea ha derivado en el estudio de los procesos de interacción, estableciéndose que la adecuación de los sujetos a los estereotipos culturales es un factor importante

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

al momento de establecerse la relación de liderazgo. En las páginas siguientes se describirán estos puntos con mayor profundidad.

### 2.1.1. Definición de liderazgo

Si bien la idea de liderazgo ha sido estudiada por numerosos autores y prácticamente desde el inicio de la psicología científica, aún no se ha logrado una definición concluyente, de hecho Fiedler señala que *“existen casi tantas definiciones de liderazgo como teorías sobre el fenómeno – y hay casi tantas teorías del liderazgo como psicólogos trabajando en el tema.”* (En Antonakis et al., 2004, página 5). Esta afirmación es explícitamente compartida por autores tan influyentes como Stogdill o Bennis (en Yulk, 1994). Sin embargo, la mayor parte de las definiciones incluyen referencias a procesos de influencia de una persona, el líder, sobre otras, los seguidores y en las cuales se afectan las creencias o valores de estos últimos. Por ejemplo, Gary Yulk, luego de revisar una lista de definiciones representativas, define al liderazgo como *“procesos de influencia que afectan la interpretación que los seguidores hacen de los eventos, la elección de objetivos para el grupo o la organización, la organización de las actividades de trabajo para cumplir los objetivos, la motivación de los seguidores para cumplir los objetivos, el mantenimiento de relaciones colaboración y trabajo de equipo y la obtención de apoyo y cooperación de personas fuera del grupo u organización.”* (1994, página 5). Encontramos otro ejemplo similar en la definición realizada por Antonakis et al., quienes definen liderazgo como *“la naturaleza del proceso de influencia – y sus correspondientes resultados – que ocurre entre líder y seguidores y cómo este proceso es explicado por las características y comportamientos del líder, las atribuciones y percepciones que los seguidores hacen sobre el líder y el contexto en el cual el proceso de influencia ocurre. Para nosotros, una condición necesaria para el liderazgo auténtico y efectivo es la creación de seguidores empoderados que persiguen un propósito moral, lo que genera resultados éticos que son obtenidos por medios éticos.”* (2004, Página 5). El énfasis de las definiciones mencionadas en el cambio en la interpretación de los eventos realizada por los seguidores y las implicancias de este cambio en motivación, elección de objetivos y vinculación hace posible realizar una conexión entre el liderazgo y los procesos de socialización secundaria, tal como son descritos por Berger y Luckmann (2003). En efecto, el estudio del liderazgo se refiere, al menos en la manera que ha sido realizado en el campo de la psicología organizacional, a la forma en que un sujeto influye sobre otros en los procesos de adquisición de los roles, directa o indirectamente asociados a la división del trabajo. Estos conocimientos incluyen vocabularios específicos,

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

evaluaciones afectivas y una relación evidenciable con un aparato legitimador que incluya discursos y símbolos rituales y materiales. Así mismo, es posible señalar que los procesos de liderazgo también se relacionan con los mecanismos de control social utilizados para eliminar o reconvertir a sujetos que se desvían de las normas convencionales. Ahora bien, antes de continuar con la presentación de las características asociadas a la idea de liderazgo es necesario describir, al menos brevemente, la evolución histórica del constructo y las relaciones y límites en su concepción.

### *2.1.2. Breve reseña de las corrientes en la investigación en liderazgo*

Al revisar la evolución de las teorías sobre liderazgo, comenzaremos recordando que, desde el punto de vista de la psicología organizacional, liderazgo es un constructo que se utiliza fundamentalmente en el campo de la gestión de empresas. Este factor ha hecho que el constructo haya evolucionado con relaciones más cercanas al pensamiento sobre gestión que a otras temáticas en psicología y que actualmente la noción de liderazgo tenga usos tan diversos como la idea de planificación del Estado (Ejemplo: Kotler et al., 1998) o un sinónimo de las ideas de gerencia, supervisión o gestión general y de recursos humanos (Ejemplos: Sisternas, en Losada i Marrodán, 1999; Vera y Crossan, 2004). Un segundo punto relevante es que, salvo excepciones (Ejemplos: Menzies y Jaques, 1994; Kernberg, 1999; Maccoby, 2004), la mayor parte de la literatura disponible ha realizado desde una perspectiva conductual cognitiva, específicamente la institucionalidad universitaria y empresarial estadounidense, lo que se hace evidente al leer las revisiones de autores tan difundidos como Yulk (1994) o Robbins (1999). En tercer lugar, es necesario señalar que, al igual que otras temáticas de la psicología organizacional, el mayor desarrollo se ha realizado desde los años cuarenta y que en este período el contexto organizacional ha sufrido profundos cambios en las dimensiones de análisis de los ambientes, estrategias, estructuras y culturas organizacionales (Evans y Wurster, 2000; Bobillier, 2003). Los tres elementos anteriores han influido en la teoría del liderazgo de tres maneras: Primero, focalizando su campo de aplicación fundamentalmente en el ámbito empresarial y la actividad económica. Segundo, generando un desarrollo paralelo y con pocas referencias al estudio del pensamiento en otras áreas de la psicología, por lo menos hasta las últimas décadas y, en tercer lugar, orientando la investigación en función de los cambios en las estructuras organizacionales. En este último punto se aprecia que la teoría ha evolucionado desde la descripción de fenómenos observables en ambientes estables y con límites más bien concretos, como fueron los modelos de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

organización burocrática tradicional, a la observación de fenómenos en ambientes dinámicos y cuyos límites son cada vez con mayor frecuencia de naturaleza abstracta o predominio de los vínculos informales, como es el caso de las nuevas concepciones de organización virtual o en redes. Los modelos referidos al primer caso se encuadran en el marco de las teorías de contingencia y las variantes asociadas a las escuelas escéptica y contextuales y las segundas tendrán que ver con las teorías del nuevo liderazgo y liderazgo relacional.

Hechas estas advertencias podemos señalar que existen diferentes taxonomías en relación a las líneas de pensamiento y etapas por las cuales ha pasado el pensamiento sobre liderazgo. La revisión realizada por Antonakis et al. (2004) describe ocho grandes escuelas, las que se refieren fundamentalmente a los temas de Rasgos, Conductual, Contingencia, Relacional, Escéptica, Procesamiento de Información y Nuevo Liderazgo. A este listado habría que agregar la corriente psicodinámica, de la cual revisaremos brevemente algunos aportes.

La Escuela de Rasgos fue la primera en desarrollarse gracias a la concepción sobre la cual la historia es generada por “grandes hombres”, los cuales deben ser estudiados tanto para entender los procesos de cambio social como para generar modelos a seguir. Esta concepción individual del proceso de liderazgo fue fácilmente difundida ya que es compatible con los discursos instituidos y la estructuración del carácter (Ferro, 1981; Rank, 1991). La evolución de las teorías de rasgos e inteligencia, tanto como las limitaciones de los hallazgos obtenidos, hicieron que esta línea de pensamiento fuera abandonada por décadas. Sin embargo, los estudios sobre motivación realizados e inspirados por McClelland (McClelland y Boyatzis, 1982; Chan y Drasgow, 2001), el impacto del estudio de las diferencias de género (Eagly y Johannesen-Schmidt, 2001; van Engen y Willemsen, 2004), el resurgimiento de la teoría de rasgos gracias al uso del modelo de 5 Grandes (Judge et al., 2002) y la creciente importancia asignada a valores y estilos personales tales como la humildad y la determinación (Collins, 2001; Morris et al., 2005), entre otros fenómenos, han devuelto vitalidad al estudio de características personales del líder, los que ahora están siendo estudiados en función del tipo de vínculos que se establecen con los seguidores. En este sentido, la escuela de rasgos ha experimentado un cambio de enfoque en su objeto de estudio que corresponde al cambio en la teoría del carácter, transitando desde estudiar las características del líder asumiendo que eran elementos propios e invariantes del sujeto, al estudio de las características del líder entendiéndolas como atribuciones. Desde este punto de vista, la complejidad y flexibilidad en el funcionamiento del carácter

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

son más relevantes que el tipo o contenido de las características atribuidas (Ver: Brouseau et al., 2006; Rooke y Torbert, 2005; Torbert, 2004).

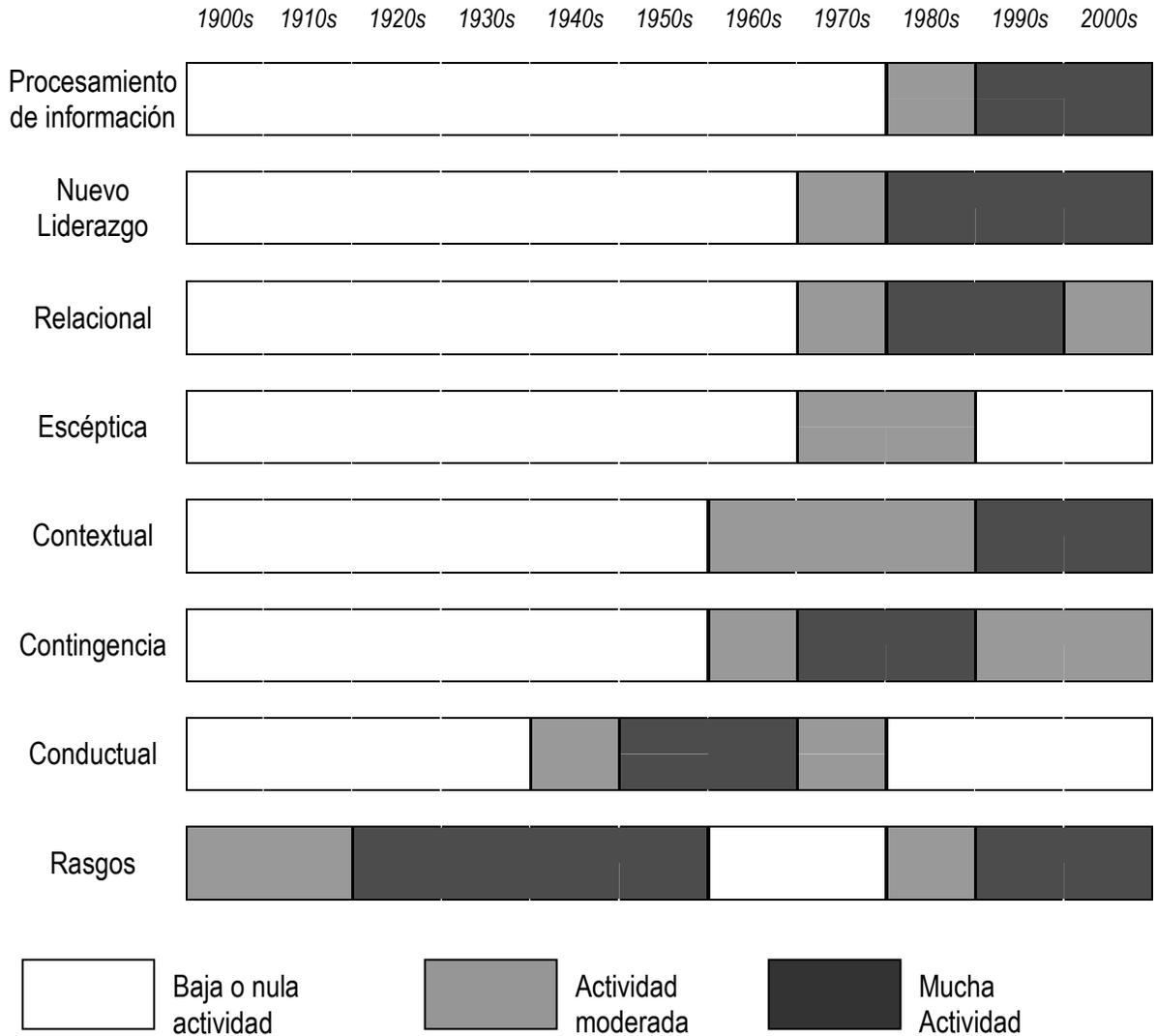
En contraste con la Escuela de Rasgos, la Escuela Conductual estuvo dedicada al estudio de las acciones de los líderes, las que eran observadas sin consideración a eventuales características particulares. Los modelos más representativos de esta escuela son los desarrollados a partir de los estudios de las Universidades de Michigan y Ohio a fines de los años '40 y comienzos de los '50. En ellos se observó que las categorías utilizadas por los supervisores para referirse a su trabajo podían agruparse en dos dimensiones: Consideración, que se refería a acciones orientadas a formar a los subalternos e Iniciación de Estructura, que se refería a los comportamientos directamente orientados a asegurar la productividad (Yulk, 1994). Estos hallazgos fueron extendidos por autores como Robert Blake y Jane Mouton (1973), quienes desarrollaron programas de capacitación y desarrollo de las prácticas de liderazgo buscando la formación de líderes altamente activos en las dos dimensiones. Sin embargo, tanto el estudio académico como la práctica de consultoría evidenciaron que el éxito del comportamiento del líder estaba relacionado a las condiciones de los subordinados, los procesos de trabajo y otras condiciones organizacionales, lo que derivó en la evolución desde esta escuela a la conocida como Escuela de Contingencia.

Tanto al Escuela Conductual como la Escuela de Contingencia y la Escuela Escéptica, que critica a las anteriores precisamente debido a sus limitaciones en el análisis del contexto, deben entenderse en el marco de la cultura y situación histórica del noreste norteamericano de la post guerra. Un área geográfica que gozó de crecimiento económico prácticamente constante hasta los años '70 y en la cual las empresas tomaron la forma estructural de burocracias mecánicas. Estas empresas, a veces con cientos de miles de empleados y procesos altamente formalizados, se coordinaban preferentemente a través de estandarización de procesos y el manejo de excepciones por la vía de supervisión y comités. Adicionalmente, la existencia de pueblos que en gran parte dependían económicamente de una empresa, aseguraba en gran parte la congruencia necesaria entre los intereses y valores entre la población juvenil y la empresa que posteriormente sería su empleadora. Sin querer negar la existencia de excepciones, se puede señalar que en este ambiente el liderazgo fue confundido con la supervisión, ya que el poder formal de los supervisores era suficiente para lograr la adecuación de los subalternos a las normas y valores de la empresa. Por esto es que las

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

siguientes escuelas deben considerarse más bien modelos de supervisión que de liderazgo, atendiendo a las definiciones propuestas en el punto anterior.

**Figura 3: Etapas de actividad de las grandes escuelas de liderazgo<sup>1</sup>**



La Escuela de Contingencia agrupa a varios modelos distintos, generados por autores como Fiedler, Hersey y Blachard, Vroom, House o Kerr y Jemier, entre otros. Fred Fiedler (En Robbins, 1999) propuso que el comportamiento del líder debía adaptarse en función de la calidad de la relación interpersonal que existe con los seguidores, el grado de estructuración de la tarea y la cantidad de

<sup>1</sup> Fuente: Antonakis et al. (2004). Página 7.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

poder que le es asignada formalmente al líder. A partir de estas variables sería deseable un comportamiento altamente orientado a la tarea tanto en situaciones favorables como desfavorables. El comportamiento negociador sería apropiado sólo en situaciones en las cuales las tres variables mencionadas se encontraran en situaciones intermedias. En sus primeros trabajos Fiedler mantenía una postura pesimista en relación a las posibilidades de desarrollo de líderes, ya que consideraba que el estilo de liderazgo de una persona es más bien estable. Posteriormente modificó esta postura en trabajos publicados con Joe García, donde estableció que los recursos cognitivos y la capacidad de comunicación de los líderes podían generar flexibilidad en el comportamiento. No obstante esta adecuación y los apoyos recibidos en la práctica, la teoría de Fiedler fue superada por la del Liderazgo Situacional, que describiremos a continuación, y en la actualidad es escasamente aplicada. Por su parte, Paul Hersey y Kennet Blanchard (Hersey et al., 1998), quizás los autores más influyentes en el ámbito de las teorías contingentes, desarrollaron el modelo de Liderazgo Situacional basado en los trabajos de Michigan y Ohio. El modelo de Liderazgo Situacional agrega una dimensión de temporalidad que permite recomendar la adecuación del comportamiento del líder al grado de madurez de tarea o personal de los subordinados. La idea de madurez, tomada de los trabajos de Chris Argyris, supone que las personas tienen diferentes niveles de capacidad para ejecutar sus tareas y adaptarse a la cultura de la organización, así las variables de conocimiento, experiencia y habilidades se refieren a la idea de capacidad, mientras que los niveles de confianza, compromiso y motivación se asocian a la idea de disposición. La proposición central del modelo de Liderazgo Situacional es que subalternos incapaces y no dispuestos requieren de un líder orientado a la tarea y que posteriormente, en la medida que la capacidad y la disposición aumenten, será posible evolucionar hacia estilos de liderazgo que progresivamente incorporen conductas asociadas a explicar las razones que hacen necesario el trabajo, compartir responsabilidades y, en etapas posteriores, delegar. Victor Vroom y Phillip Yetton desarrollaron, en conjunto con diversos colaboradores, un modelo de toma de decisiones para elegir entre cinco posibles grados de participación de los seguidores en la toma de decisiones. Las variables consideradas abarcan un importante número de aspectos, incluyendo requerimientos de calidad, estructura del problema, información del subordinado, compromiso, dispersión geográfica y restricciones de tiempo, entre otras. La complejidad de este modelo ha recibido críticas, pero sus autores defienden su capacidad predictiva y utilidad en la discriminación de problemas (Jago y Vroom, 1980). Robert House (1971) desarrolló la llamada *Path-Goal Theory of Leadership* para explicar cómo el comportamiento del líder influencia la

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

satisfacción y desempeño de los subordinados. Básicamente y al igual que las teorías precedentes, la teoría del camino a la meta establece que el líder debe adaptar su conducta a los requerimientos de los subalternos. Los cuatro tipos de comportamiento establecidos por House y sus colaboradores son liderazgo de apoyo, liderazgo directivo, liderazgo participativo y liderazgo orientado a la meta. Los dos primeros tipos de liderazgo deben desplegarse, respectivamente, en condiciones en las cuales las tareas sean simples y estresantes o complejas y desconocidas. Las directivas para la aplicación de los estilos de liderazgo participativo y liderazgo orientado a la meta no están bien desarrolladas y se supone que pueden ser efectivos en condiciones de baja estructura o falta de motivación intrínseca. El éxito de esta teoría fue discreto y en los últimos años House se ha dedicado al estudio de modelos de liderazgo carismático. Finalmente, la teoría desarrollada por Kerr y Jemier (En Yulk, 1994) establece un listado de características que sirven como sustitutos o neutralizadores de la función del líder. Entre los factores sustitutos se encuentran la experiencia y orientación profesional de los seguidores, la estabilidad, feedback o recompensa intrínseca de la tarea o la cohesión del grupo de trabajo. Entre los factores inhibidores se encuentran la distancia física, altos niveles de formalidad o la indiferencia hacia las recompensas ofrecidas por la organización.

La Escuela de Liderazgo Relacional, desarrollada de manera contemporánea a la contingente, se expresa actualmente en lo que se conoce como Teoría de Intercambio Líder-Miembro, LMX por sus nombre en inglés, la cual, basándose en las nociones de construcción de rol e intercambio social, establece que los procesos de liderazgo implican el intercambio de recompensas tangibles e intangibles al cumplimiento de las expectativas mutuas de líderes y seguidores. Esta teoría enfatiza el rol activo de los seguidores y la cualidad dinámica de la relación establecida en el proceso de liderazgo (Wang et al., 2005), lo que ha resultado útil para analizar la dimensión informal en los vínculos de liderazgo. Esto explica que, contradiciendo la información presentada en la figura 3 sobre los niveles de actividad de la escuelas, en los últimos años se hayan publicado más artículos desde esta línea de pensamiento en revistas influyentes, tales como *The Leadership Quarterly*, *The Journal of Applied Psychology* o *The Academy of Management Review*, relacionando aspectos tales como confianza (Dirk y Ferrin, 2002), percepción de equidad (De Cremer et al., 2005), políticas organizacionales (Klebe et al., 2003) e influencias contextuales (Ulh-Bien, 2006). Así mismo, existen líneas de integración con la teoría de liderazgo transformacional (Epitropaki y Martín, 2004; 2005; Wang et al., 2005). Los planteamientos de la teoría LMX han permitido esclarecer en gran parte cómo

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

los sujetos llegan a establecer relaciones de líder y seguidor, proceso en el cual las expectativas de los sujetos, expresadas como prototipos de comportamiento y atributos, se conjugan con las atribuciones personales, generando encuadres en los cuales los sujetos consideran que deben asumir los roles respectivos.

La llamada Escuela Escéptica, que más que una escuela es un grupo de autores que plantearon críticas independientes a los modelos vigentes en la década del 70', se desarrolló asociada al masivo cambio de modelos teóricos predominantes que ocurrió en el campo de la psicología social y organizacional entre los años 60's y 70's. Así, se desarrollaron múltiples críticas a la importancia del constructo, los modelos de estudio e incluso la noción de liderazgo en tanto representación social, que descuidaría el papel de los supuestos seguidores en la construcción y mantenimiento de los discursos organizacionales. Antonakis et al. (2004) plantean que la aparición de estas observaciones generó una reacción beneficiosa, promoviendo mejoras tanto en teorías como las prácticas de investigación.

La Escuela de Procesamiento de Información se desarrolló sobre la base del trabajo de Robert Lord y varios colaboradores (Antonakis et al., 2005), orientándose en sus inicios al estudio de los procesos que derivaban en la legitimidad del líder. Posteriormente esta escuela amplió su campo de estudio a los procesos intelectuales y afectivos a la base de las habilidades exhibidas por los líderes. En estos momentos recibe creciente interés y se integra en temas como identidad y estructuras de conocimiento (Lord y Hall, 2005).

Antes de reseñar la línea de pensamiento que Antonakis et al. (2004) denominan Nuevo Liderazgo es conveniente revisar el aporte de algunos autores contemporáneos que utilizan un esquema de pensamiento psicodinámico. Otto Kernberg (1999) presenta una amplia revisión del aporte psicodinámico en el análisis del comportamiento organizacional que abarca desde el aporte de Freud hasta sus propios desarrollos con relación a la función y problemas de los líderes de organizaciones siquiátricas. La extensión del texto y el gran número de autores mencionado hace imposible una síntesis. Sin embargo, en consideración a los objetivos de esta tesis, es necesario mencionar su concepción de la ideología y sistemas burocráticos como parte de las defensas contra la agresión, así como la importancia que otorga a la calidad de las defensas y estructura caracterológica del líder, el cual debe ser capaz de controlar tanto sus propias tendencias regresivas como la agresión que su

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

función focaliza en el resto de la organización. El trabajo de Isabel Mensiez sobre la relación existente entre sistemas de gestión organizacional y el control de la ansiedad en la cultura organizacional de enfermeras (En Mensiez y Jaques, 1994), también debe ser mencionado debido a su directa relación con el campo de aplicación de la tesis y su descripción de las funciones y restricciones experimentadas por las enfermeras supervisoras. Un trabajo más reciente de Maccoby (2004) respecto a los riesgos generados por las pulsiones narcisistas de los líderes, es coincidente con las advertencias señaladas por Kernberg (1999) y por otros autores no psicodinámicos (Collins, 2001; Morris et al., 2005; Kark y Shamir, 2002; Kark et al., 2003), en el sentido de que en el momento en el cual el liderazgo deja de ser un proceso integrado en los demás mecanismos de socialización, genera consecuencias negativas en los involucrados y el sistema organizacional.

Finalmente, la Escuela Nuevo Liderazgo incluye varios enfoques asociados a las teorías de liderazgo transformacional, liderazgo carismático y liderazgo visionario y es el enfoque predominante alrededor del cual se integran actualmente las demás escuelas vigentes. La noción de liderazgo transformacional se debe a J. M. Burns, quien escribió su libro *Liderazgo Transformacional* (1978) observando a líderes políticos y religiosos que impactaban profundamente a sus seguidores, quienes a su vez demostraban importantes cambios en motivación y persistencia que a su vez se expresaban en sacrificios y, en última instancia, cambio social. En el ámbito organizacional este concepto fue útil para analizar las demandas que los roles directivos y de supervisión enfrentaban al manejar subalternos de nivel profesional en ambientes más dinámicos, por lo que fue utilizado por diversos autores, entre los que destacan Bernard Bass y Bruce Avolio (en Steers, Porter y Bigley, 1996), quienes elaboraron un instrumento para evaluar las prácticas de liderazgo transformacional y diferenciar a éste último concepto de fenómenos asociados a la supervisión, lo que en su taxonomía corresponde a la idea de liderazgo transaccional y que alude a las prácticas de formación y control que son descritas en los modelos conductuales y contingentes.

Una línea de pensamiento paralela, la de liderazgo carismático, fue desarrollada inicialmente por autores como Bennis (1993) y House (House et al., 1991), quienes también hacían énfasis en que el liderazgo tenía que ver con el cambio de las expectativas y motivación de los subordinados. Otra línea paralela fue la de Liderazgo Visionario, que enfatizaba la importancia de las funciones del líder asociadas a la identificación de objetivos, planificación y motivación de los seguidores (Snyder y

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

Graves, 1994) Uno de los modelos de liderazgo visionario más difundido es el de James Kouzes y Barry Posner, quienes identificaron cinco capacidades claves para el liderazgo: Desafiar el proceso, inspirar una visión compartida, alentar a los demás a actuar, modelar el camino y, en quinto lugar, alentar la motivación (En Sashkin, 2004). Estas líneas teóricas han ido integrándose con el tiempo y es frecuente que los autores usen los términos liderazgo carismático y transformacional como sinónimos, por lo que a partir de este punto y considerando el uso más frecuente de esta denominación, nos referiremos a esta escuela como liderazgo transformacional. Así mismo, en la medida que la teoría del liderazgo transformacional ha ido asumiendo un papel preponderante alrededor del cual las otras escuelas se están integrando, es importante describir algunas de las líneas de investigación al interior de esta corriente.

### *2.1.3. Líneas de investigación asociadas al liderazgo transformacional*

Si bien sería imposible, en los límites de esta tesis, revisar todo el material que hoy en día es publicado en relación al tema de liderazgo transformacional, sí es necesario señalar algunos temas que tienen que ver con las variables estudiadas en esta tesis. Comenzaremos reseñando la teoría de Bass y Avolio, que puede considerarse el modelo básico alrededor del cual se organizan diversas variantes. Este modelo será comparado con el de Turner, que presenta una reformulación desarrollada en base a su análisis del instrumento utilizada por Bass. Seguiremos con una revisión de los hallazgos relacionados al impacto del desempeño en liderazgo transformacional de los supervisores en el desempeño de los subalternos, luego continuaremos con la reseña de algunos artículos sobre las diferencias de género en liderazgo y terminaremos esta sección revisando alguna información publicada en relación a los procesos de desarrollo experimentados por líderes y seguidores.

#### **2.1.3.1. Teoría del Liderazgo Transformacional de Bass**

Como se mencionó anteriormente, Bass fue uno de los primeros autores en iniciar investigaciones acerca de las ideas planteadas por Burns acerca del liderazgo transformacional y para esto desarrolló el Cuestionario de Estilos de Liderazgo (Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ), en el cual se

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

miden comportamientos asociados a tres dimensiones independientes de liderazgo: Liderazgo Transformacional, Liderazgo Transaccional y Liderazgo Laissez-Faire.

El liderazgo transformacional es aquel que efectivamente genera cambio en el nivel de motivación del seguidor para alcanzar desempeños sobresalientes y, en la versión inicial del modelo, dependería de cuatro tipos de comportamiento, denominados las 4 I's: Influencia Idealizada, Consideración Individual, Estimulación Intelectual y Motivación Inspiracional (Bass, 1996).

- *Influencia Idealizada o Carisma* se refiere a los comportamientos del líder que generan la atribución de coherencia con sus valores, creencias y propósitos. De acuerdo a los resultados de las investigaciones iniciales con el MLQ esta categoría de comportamientos explica alrededor del 60% de la influencia del líder en los seguidores. En el MLQ este tipo de comportamiento es evaluado a través de ítems tales como “Expresa sus valores y creencias más importantes”, “Toma en consideración las consecuencias morales y éticas de las decisiones adoptadas” o “Considera importante tener un objetivo claro de lo que hace”.
- *Consideración Individual* alude a comportamientos dirigidos a demostrar afecto y preocupación por el desarrollo personal de los seguidores. En el MLQ este tipo de comportamientos se evalúa con ítems como “Me trata como un individuo y no sólo como miembro de un grupo”, “Considera que tengo necesidades, habilidades y aspiraciones que son únicas” y “Me ayuda a desarrollar mis fortalezas”.
- *Estimulación Intelectual* incluye comportamientos orientados a estimular el análisis de problemas y la búsqueda de soluciones novedosas. En el MLQ se incluyen en esta dimensión ítems como “Acostumbra a evaluar creencias y supuestos, para ver si son apropiados”, “Cuando resuelve problemas trata de verlos de formas distintas”, “Sugiere formas nuevas de hacer el trabajo”.
- *Motivación Inspiracional* agrupa a los comportamientos que articulan una visión y demostrar confianza en su logro. En el MLQ esta dimensión se evalúa con ítems como “Expresa confianza en que las metas serán alcanzadas”, “Construye una visión estimulante del futuro” y

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

“Es capaz de exponer a los demás los beneficios que para cada uno acarrea el alcanzar las metas organizacionales.”

La dimensión Liderazgo Transaccional incluye los comportamientos asociados a supervisión y puede asimilarse a los modelos de Liderazgo Situacional o Liderazgo Contingente. Bass describe dos niveles de liderazgo transaccional: Gestión por Excepción Activa (GEA) y Gestión por Excepción Pasiva (GEP). La GEA alude a la implementación de procedimientos periódicos de gestión del desempeño orientados a prevenir problemas y aumentar el desempeño de los subordinados, la GEP, en cambio, implica sólo la respuesta a quiebres en los procesos. En último lugar, se propone que el liderazgo Laissez-faire, que puede describirse básicamente como la ausencia de dirección. Esta clasificación es apoyada por un considerable cuerpo de evidencia (Ver: Judge y Piccolo, 2004). Ahora bien, el modelo ha sido revisado en varias oportunidades y se han refinado las relaciones entre variables y componentes. El modelo evaluado por Vega y Zabala (2004), al adaptar el LMQ a una muestra chilena, distingue tres niveles de análisis en la observación de las variables del modelo. En un primer nivel se encuentran las variables de primer orden asociadas a los niveles de funcionamiento Liderazgo Transformacional, Liderazgo Desarrollo/Transaccional y Liderazgo Correctivo/Evitador. En un segundo nivel se encontrarían los componentes de cada nivel de liderazgo. En el caso del Liderazgo Transformacional los dos componentes directamente relacionados serían el factor Carisma/Inspiracional y la Estimulación Intelectual. El nivel intermedio de funcionamiento, Liderazgo Desarrollo/Transaccional, contendría los factores de Consideración Individualizada y Recompensa Contingente. Finalmente, el nivel Correctivo/Evitador contendría los factores de Dirección por Excepción Activa y Liderazgo Pasivo/Evitador. La tabla 1 muestra la relación entre estos niveles de análisis y las escalas del LMQ. Adicionalmente, en la misma tabla se observan cambios respecto a la concepción original de las 4 l's. La primera es que, en respuesta a críticas de que el modelo inicial no discriminaba entre el carisma atribuido al líder de las conductas efectivamente realizadas por él o ella, se han generado escalas que diferencian estos factores. Así mismo, el factor de Motivación Inspiracional se ha incluido como un componente asociado al Carisma. En el caso de la Dirección por Excepción Pasiva se discrimina entre el nivel de funcionamiento en el cual existe corrección de las conductas laissez-faire, donde no se ejecuta ninguna conducta correctiva. Con estas modificaciones el LMQ terminaría discriminando 9 variables. Sin embargo, Bass y Avolio continúan enfatizando la

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

validez conceptual del modelo de 4 l's, ya que en sus factores se encontrarían las conductas que producen la influencia transformacional (Vega y Zabala, 2004).

**Tabla 1: Niveles de funcionamiento en el Modelo de Liderazgo Transformacional**

Nivel de funcionamiento	Componentes	Escalas de Subfactores
<b>Liderazgo Transformacional</b>	1. <i>Influencia Idealizada o Carisma</i>	1.1. Influencia Idealizada Atribuida II(A)
		1.2. Influencia Idealidad Conductual II(C)
		1.3. Motivación Inspiracional MI
	2. <i>Estimulación Intelectual</i>	2. Estimulación Intelectual EI
<b>Liderazgo Desarrollo/Transaccional</b>	3. <i>Consideración Individualizada</i>	3. Consideración Individualizada CI
	4. <i>Recompensa Contingente</i>	4. Recompensa Contingente RC
<b>Liderazgo Correctivo/Evitador</b>	5. <i>Dirección por Excepción Activa</i>	5. Dirección por Excepción Activa DPEA
	6. <i>Dirección por Excepción Pasiva</i>	6.1. Dirección por Excepción Pasiva DPEP 6.2. Laissez-faire LF

En trabajos más recientes, Bass (Bass y Riggio, 2006) ha distinguido además entre estilos de liderazgo transformacional directivos y participativos y entre liderazgo auténtico versus inauténtico o pseudotransformacional. La distinción entre estilos de liderazgo directivo y participativo se expresaría en todos los niveles de liderazgo y Bass establece que su uso permite demostrar que el liderazgo transformacional no es simplemente una revisión de la distinción entre liderazgos democráticos y autoritarios, sino que un conjunto de prácticas que permite afectar la motivación y el compromiso de otros.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Tabla 2: Discursos característicos de los estilos de liderazgo directivo y participativo<sup>2</sup>

	Participativo	Directivo
<b>Laissez-faire</b>	<i>“Lo que creas que está correcto está bien para mí”</i>	<i>“Si mis colaboradores requieren una respuesta, dejemos que la encuentren por si mismos”</i>
<b>Gestión por excepción</b>	<i>“Desarrollemos juntos las reglas que vamos a utilizar para encontrar los errores”</i>	<i>“Estas son las reglas y ésta fue la manera en que las violaron”</i>
<b>Refuerzo contingente</b>	<i>“Acordemos qué es lo que vamos a hacer y qué van a ganar si lo logran”</i>	<i>“Si logran las metas que he fijado, los recompensaré con los siguientes premios...”</i>
<b>Consideración Individualizada</b>	<i>“¿Lo que podemos hacer como grupo es proporcionarnos el apoyo necesario para desarrollar nuestras capacidades?”</i>	<i>“Proveeré el apoyo que necesitas en tus esfuerzos para desarrollarte en el trabajo”</i>
<b>Estimulación Intelectual</b>	<i>“¿Tratemos de revisar nuestros supuestos sin criticar las ideas hasta que todos hallamos sido escuchados?”</i>	<i>“Debes reexaminar la creencia de que un motor de fusión fría es físicamente imposible. Reanaliza el problema y revisa tus supuestos”</i>
<b>Motivación Inspiracional</b>	<i>“Trabajemos juntos para integrar nuestras aspiraciones y metas para el bien de nuestro grupo”</i>	<i>“Tienes que decirte cada día que estás mejorando. Debes concentrarte en tus mejoras y construir sobre ellas”</i>
<b>Influencia Idealizada</b>	<i>“Podemos ser un equipo ganador porque tenemos fe en nosotros mismos. Necesito tu apoyo para lograr nuestra misión”</i>	<i>“Alea icta ist... Debes confiar en mí y en mi liderazgo para lograr lo que tenemos que hacer”</i>

La segunda distinción, entre liderazgo auténtico versus inauténtico, tiene que ver con el nivel de grado y tipo de preocupaciones éticas del sujeto en rol de líder. Bass y Riggio (2006) plantean que el líder auténtico organiza su comportamiento en función de valores que trascienden su propio interés y que en la mayoría de los casos corresponderían a valores éticos asociados a ideologías vinculadas a estándares universales y la búsqueda del beneficio colectivo por sobre el beneficio individual. La adhesión a valores trascendentes definiría no sólo el contenido del discurso del líder transformacional, sino que afectaría también la manera en que toma decisiones y su propio carácter. En contraposición,

<sup>2</sup> Fuente: Bass, B. y Rigió, R. (2006) *Transformational leadership*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

los líderes de nivel transaccional funcionarían de acuerdo a principios utilitarios o que conciernen a los resultados inmediatos de sus acciones (Bass y Steidlmeier, 1999). La distinción entre liderazgo auténtico y pseudos liderazgo ha sido desarrollada posteriormente por Shamir y Eilam (2005) y Sparrowe (2005), quienes coinciden en postular que el desarrollo del liderazgo auténtico depende de la elaboración de la identidad. De esta manera, tanto la motivación para asumir roles de líder como la manera en que este liderazgo es ejercido dependerían de la construcción de relatos que encuadren las atribuciones del sujeto líder en un contexto de desarrollo de los demás y la búsqueda de un fin que lo trasciende. Turner et al (2004), al estudiar las relaciones entre liderazgo transformacional y liderazgo, encontraron evidencia que apoya estos postulados, señalando incluso que un nivel de funcionamiento post formal podría reemplazar incluso al entrenamiento en prácticas de liderazgo transformacional.

### **2.1.3.2. Modelo de Liderazgo Transformacional de Turner et al.**

Al realizar el ya mencionado estudio sobre la relación entre estilos de liderazgo y DEC, Turner et al. (2002) encontraron que el modelo planteado por Bass no resultaba adecuado para describir los resultados obtenidos en su aplicación del MLQ. En principio el factor Gestión por Excepción Pasiva no se diferenciaba significativamente del Laissez-faire y se observaba una correlación de 0.97 entre los factores de Liderazgo Transformacional y Liderazgo Desarrollo/Transaccional. Al factorizar los datos para un mayor ajuste y siguiendo el ejemplo de otros autores, identificaron los tres grupos de comportamientos presentados en la tabla 3.

El trabajo de Turner et al. (2002) proporciona soporte empírico al hecho de que el análisis de problemas y la demostración de valores y creencias no necesariamente serían suficientes para lograr el cambio transformacional y que podría ser necesario el establecimiento tanto de relaciones de confianza como del apoyo en el desarrollo de capacidades de implementación. Desde el punto de vista del análisis del MLQ, la publicación de los resultados de Turner en relación a la inclusión de refuerzo contingente, permite suponer que los factores evaluados en el instrumento podrían variar en diferentes poblaciones dependiendo de sus necesidades de supervisión. Un elemento adicional es el que Turner et al. (2002) plantean que un alto nivel de desarrollo ético cognitivo podría substituir el entrenamiento en liderazgo transformacional, ya que las capacidades requeridas para la expresión de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

consideración, estimulación intelectual, proyección de carisma y asignación adecuada de refuerzos podrían estar integradas en el proceso de construcción de discursos post formales.

**Tabla 3: Niveles de funcionamiento de acuerdo a Turner et al. (2002)**

<b>Grupo</b>	<b>Factores</b>
<b>Transformacional –Constructivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Consideración individualizada</li><li>▪ Estimulación Intelectual</li><li>▪ Carisma Inspiracional</li><li>▪ Recompensa Contingente</li></ul>
<b>Correctivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dirección por Excepción Activa</li></ul>
<b>Evitador</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dirección por Excepción Pasiva y Laissez-faire</li></ul>

### 2.1.3.3. Liderazgo transformacional, gestión y desempeño

La bibliografía referida al impacto de las prácticas de liderazgo transformacional en el desempeño individual, grupal y organizacional de los subalternos es abundante y favorece a este modelo respecto a las prácticas de liderazgo transaccional (Bass et al., 2003). Para mencionar algunos ejemplos podemos aludir a trabajos como los de Shin y Zhou (2003), demostrando el impacto del liderazgo transformacional en la creatividad de empleados de empresas tecnológicas y también trabajos como los de Dvir et al. (2002), demostrando el impacto del entrenamiento en liderazgo transformacional en los subalternos de líderes militares. Lim y Ployhart (2004) y Shamir et al. (1998) también observan que el entrenamiento en liderazgo transformacional tiene un impacto significativo en el desempeño, pero esta vez agrupando los resultados en el nivel de equipos militares. Barling et al. (1996) demostraron el impacto de entrenamiento en liderazgo transformacional tanto en clima como en los resultados comerciales de una organización canadiense del Sector Financiero. Ehrhart (2004) y Pillai y Williams (2004) presentan resultados positivos asociados a clima y comportamiento extra rol. Hoffman y Jones (2005) observan una relación entre liderazgo transformacional y las atribuciones que una organización

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

hace de si misma. Vera y Crossan (2004) demuestran impactos en adaptación y aprendizaje organizacional y finalmente Elenkov (2002) presenta una relación positiva entre liderazgo transformacional y desempeño organizacional en diversas empresas rusas.

No obstante la gran cantidad de información apoyando el impacto del liderazgo transformacional, también parecen resultados como los obtenidos por Pawar y Eastman (1996), quienes postulan que la influencia del liderazgo transformacional es evidenciable en organizaciones que se encuentran en transformación, cuentan con un bajo nivel de burocratización y dependen de mecanismos de coordinación asociados a supervisión y que, por el contrario, grandes organizaciones estables reguladas a través de estandarización de procedimientos tenderán a ser menos influenciadas por la acción de individuos, cualquiera sea la calidad de sus prácticas. Así mismo, Cha y Edmonson (2006) presentan el caso de una empresa de publicidad en la cual los valores expuestos en la visión del líder contradecían las orientaciones implícitas en las prácticas organizacionales, lo cual derivó en resultados contraproducentes en la moral y el clima organizacional. Ambas publicaciones permiten advertir que la efectividad del liderazgo ejercido por un individuo depende de su adecuación a las condiciones organizacionales o el discurso de otros líderes, existiendo un potencial de conflicto en los casos en que el discurso propuesto contravenga normas organizacionales ya institucionalizadas.

### **2.1.3.4. Liderazgo transformacional y género**

Varios artículos presentan resultados y conclusiones que demuestran que las mujeres tienden a desplegar más frecuentemente comportamientos asociados a un estilo de liderazgo participativo o menos autoritario que sus contrapartes masculinas (Eagly et al., 2003; van Engen y Willemsen, 2004; Yammarino et al., 1997). Si bien estas diferencias en muchos casos son pequeñas, es posible atribuir las a la influencia de los estilos y roles prototípicos asociados al género femenino, supuestamente más afectivos y acogedores que los masculinos (Eagly y Johannesen-Schmidt, 2001).

Kark (2004), revisando la literatura asociada a feminismo, género y liderazgo, concluye que la evidencia sobre diferencias no es concluyente y que, por tanto, es necesario continuar investigando y eventualmente modificar el actual enfoque metodológico, que enfatiza el uso de cuestionarios y obvia las diferencias de raza, nacionalidad o género y sus implicancias políticas.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.3.5. Procesos experimentados por el líder

El modelo de liderazgo transformacional describe las capacidades necesarias para que un sujeto ocupe un rol de liderazgo o sea efectivo en este mismo rol. Sin embargo, el modelo no explica cómo o por qué los sujetos implementan estas acciones. Por este motivo incluiremos en esta revisión algunas publicaciones relacionadas a las características personales y la situación vital experimentada por el líder y, en el siguiente punto, trabajos dedicados a los seguidores.

#### 2.1.3.5.a. Características personales del líder

Si bien el estudio de las características personales del líder es más bien un tema de la Escuela de Rasgos, hay algunos estudios que mezclan y/o utilizan simultáneamente ambos enfoques y ya que el tema de las atribuciones parece ser clave en el establecimiento de confianza y aceptación del líder como modelo de acción, revisaremos algunos elementos que nos serán útiles en el análisis. Así, en lo que se refiere a las características personales del líder, Judge et al. (2002), revisando la literatura publicada desde 1968, identificaron 78 estudios acerca de las relaciones existentes entre rasgos de personalidad, evaluados de acuerdo al modelo de los 5 Grandes<sup>3</sup> y emergencia o efectividad del liderazgo. Análisis estadísticos les permitieron encontrar relaciones significativas entre los 5 rasgos y la emergencia y efectividad del liderazgo, siendo notablemente significativa la relación directamente proporcional entre extroversión y emergencia del líder. El factor neuroticismo, por el contrario, se relacionó de manera inversamente proporcional. Un elemento adicional a su meta análisis es la constatación de que las características personales son un mejor predictor de liderazgo en ambientes organizacionales informales, ya que en los formales la estructura organizacional actúa disminuyendo la oportunidad de actuar de acuerdo a los estilos personales. Castro (2005), estudiando militares y civiles argentinos, encontró similares relaciones entre los 5 grandes y el desempeño en funciones de liderazgo. Esto último sugiere la aplicabilidad de las anteriores relaciones en nuestro medio cultural.

---

<sup>3</sup> El modelo de los 5 Grandes establece la existencia de grupos de rasgos, asociados las dimensiones de Extraversión, Neuroticismo, Adecuación, Orientación a Resultados e Imaginación. Hay una gran cantidad de artículos sobre el modelo, como por ejemplo McCrae et al. (1996) Evaluating replicability of factors in the revised Neo Personality Inventory: confirmatory factor analysis versus procrustes rotation. *Journal of Personality and Social psychology*, 70. 552-566.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Por otra parte, tanto Collins (2001) como Morris et al. (2005) establecen que existiría una relación positiva y significativa entre el desarrollo de la virtud de la humildad y la efectividad del liderazgo. La definición ofrecida por Morris (2005) señala que la humildad es una orientación personal hacia una auto observación precisa y puesta en la perspectiva situacional, lo cual requeriría de auto observación, apertura al aprendizaje y la creencia en valores trascendentes a la propia persona. Esta posición es apoyada por diversos autores tanto del ámbito de la difusión (Goleman et al., 2002), como de la academia (Kernberg, 1999; Khoo y Burch, 2008) quienes además agregan la precaución hacia el narcisismo, entendido como el perfil psicológico en el cual se actualizan más difícilmente las características de postergación y devoción a un ideal mayor (Maccoby, 2004). Khoo y Burch (2008) encontraron, además, que así como personalidades con características evitativas tenderían a manifestar un bajo perfil de liderazgo transformacional, personalidades con características histriónicas parecen obtener puntajes más altos en las escalas de liderazgo transformacional del LMQ. Desde el ámbito de estudio de la motivación también se ha apoyado a esta posición, por ejemplo, Chan y Drasgow (2001) presentan resultados que indican que la aceptación de normas morales de nivel formal asociadas a equidad y objetivos organizacionales resultan factores que aumentan la motivación para liderar y asumir responsabilidades organizacionales. En cualquier caso y como lo sugieren los desarrollos de la teoría LMX, la confianza en que el líder se comportará de acuerdo a los valores expuestos en su visión pareciera ser un requisito para que los seguidores establezcan la relación que deriva en el proceso transformacional (Dirk y Ferrin, 2002; van Knippenberg y van Knippenberg, 2005; Cha y Edmonson, 2006).

### *2.1.3.5.b. Situación y proceso vital del líder*

En relación a la situación vital del líder, Fiol, Harris y House (1999) plantean que el líder transformacional cuenta, en los niveles consciente e inconsciente, con la motivación de generar un cambio en el marco de realidad que percibe, produciendo en el proceso un cambio en los valores y aceptación de las normas sociales de las personas que lo rodean y que, eventualmente, se convertirán en sus seguidores. Si bien los autores no lo explicitan, esta posición referiría a la etapa vital de adultez, tal cual es descrita por Erickson (1994). Ahora bien, en los últimos años se han diferenciado dos líneas de pensamiento en lo que respecta a las transformaciones del líder. La

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

primera tiene que ver principalmente con el proceso de transformarse en líder y la segunda con los cambios vitales que afectan su discurso y acción.

En lo que corresponde a los procesos que permiten que un sujeto desarrolle el discurso que lo llevaría a buscar y asumir roles de liderazgo, Shamir y Eilam (2005) plantean que éstos implican básicamente un proceso de reconceptualización de la identidad, el cual podría ocurrir en 4 formas o esquemas: Proceso natural, Liderazgo a partir de la lucha, Liderazgo desarrollado en la búsqueda y Liderazgo alcanzado a través de aprendizajes. El primero de estos esquemas se refiere a sujetos que perciben su evolución de roles de liderazgo como un proceso natural iniciado a muy temprana edad, el cual se inserta en las narrativas familiares u organizacionales sin quiebres aparentes. El segundo grupo, identificado como Liderazgo a partir de la lucha, se refiere a sujetos que construyeron su identidad de líderes en situaciones de conflicto en las cuales se han percibido como sobreponiéndose a la injusticia. Un elemento importante en estas historias es el que en muchos casos los líderes fueron tentados con salidas fáciles e inmorales, cuyo rechazo reforzó las convicciones y autoimagen. En tercer lugar aparece la idea del Liderazgo desarrollado en la búsqueda, que combina la historia personal con la historia colectiva de un movimiento. Estas historias presentan el desarrollo del liderazgo en términos de un proceso de identificación con un movimiento o una causa y encontrar un sentido de dirección a través del desarrollo de un punto de vista político o ideológico. Finalmente, un cuarto esquema se refiere a historias en las cuales el liderazgo es alcanzado a través de un proceso de aprendizaje. Aquí los sujetos relatan su historia de vida como una serie de experiencias de entrenamiento, en las que fueron significativos los errores y los modelos positivos y negativos que estuvieron a su disposición. En todos estos esquemas el proceso de construcción de identidad afecta el auto conocimiento, la claridad y ego sintonía con que el sujeto integra sus experiencias y, finalmente, el grado de fusión entre su propia identidad y los roles asumidos. Estos temas son abordados en detalle por Sparrowe (2005), quien siguiendo el pensamiento de Ricœur, plantea que el *self* es un proyecto narrativo caracterizado por y en la relación con otros. En el caso de aquellos sujetos en situación de liderazgo, la búsqueda de la autenticidad personal se expresaría como una propuesta de “ser en el mundo” sentida como más auténtica que la recibida desde otros y en las cuales el líder hace partícipe a los demás. Esto se asociaría, en primer lugar, a una mayor estabilidad, dada por la construcción de un discurso ético que debe permitir la flexibilidad y el aprendizaje, a la vez que confiere un punto de vista desde el cual constituirse como sujeto. En segundo lugar, existiría en el

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

sujeto una voluntad para mantener este punto de vista ético y la correspondiente identidad, lo que si bien no aseguraría el establecimiento de relaciones de liderazgo, al menos las posibilitaría. Por último, sería necesario recordar que la narrativa de un sujeto no es sólo una mera adición de anécdotas o eventos, es por sobre todo un relato construido en torno a un fin, lo que le proporciona una dimensión moral a la cual los demás pueden adherir y que, por necesidad, obliga a una constante reinterpretación de los eventos, los cuales deben ser integrados, modificados o rechazados en función de su ajuste con los fines en los cuales el sujeto ha decidido participar.

Otros autores, como Warren Bennis (2004), han propuesto modelos para describir y explicar los cambios de identidad a partir de los cambios y conflictos que asumen los sujetos en su desarrollo de carrera. El modelo de Bennis propone que existirían siete etapas en el desarrollo de un líder formal, denominadas Bebé, Escolar, Amante, Soldado, General, Estadista y Sabio. El bebé es aquel que está iniciando un proyecto empresarial o una carrera corporativa y, como principal desafío, debe buscar un mentor que lo eduque. El escolar debe lograr un conocimiento de la organización y las personas que la componen, aplicando sus habilidades con mesura y en la medida de su capacidad. El enamorado, en tanto adulto, establece vínculos afectivos y es capaz de asumir los afectos de los demás, integrando un aspecto de la realidad habitualmente postergado en el análisis formal. El soldado es capaz de utilizar su ascendencia sobre los demás para desarrollarlos y buscar el beneficio social. El general es aquel que, habiendo logrado éxito y ascenso profesional, debe abrirse a escuchar a los demás. El nivel de estadista supone la cercanía del final de la carrera profesional e implica el desafío de traspasar su conocimiento. Finalmente, el sabio es aquel cuya función es la formación de otros a través del *mentoring* y el ejercicio de la reflexión. Si bien este modelo no clarifica las condiciones necesarias para la evolución, es posible inferir que el pleno ejercicio del liderazgo, iniciado en la etapa de enamorado, requiere de la madurez psicológica y profesional que permita la incorporación tanto de los afectos no incluidos en el análisis formal como de las implicancias estratégicas de la acción. Esta conclusión sería apoyada por los hallazgos de Turner et al. (2002), quienes encontraron que el logro de un nivel de razonamiento moral post convencional podría predisponer a un sujeto a actuar de acuerdo a las prácticas de liderazgo transformacional aún sin recibir entrenamiento previo. Otro autor que ha analizado este tema es William Torbert (Torbert, 2004; Rooke y Torbert, 2005), quien también propone una taxonomía de estados de desarrollo, esta vez caracterizadas desde las lógicas de acción: Oportunista, Diplomático, Experto, Eficaz, Individualista, Estratega y Alquimista. Estas lógicas

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

de acción están relacionadas al nivel de desarrollo ético cognitivo, de manera que el oportunista manifiesta incapacidad para internalizar normas de comportamiento y actuar por otros intereses que no sean los propios. El diplomático se manifiesta como un miembro de la organización que se comporta de manera institucionalmente adecuada, evitando el conflicto y asumiendo las instrucciones de figuras de autoridad. El experto, según Torbert la categoría más difundida, actúa de acuerdo a las normas ideológicas de su profesión, desdeñando la incorporación de los afectos o el establecimiento de redes como fuentes de conocimiento válidas. El sujeto en el nivel Eficaz ha logrado superar la ideología de su profesión original e incorporado los criterios de administración general, que en U.S. son incorporados en la formación de post grado. Esto supone al menos el reconocimiento del carácter relativo de los principios e ideologías profesionales. La lógica de acción del nivel Individualista implica el reconocimiento de que ninguna de las lógicas de acción anteriores es un reflejo exacto de la realidad y que en la práctica ésta y la identidad personal son construidas a través de las acciones. El nivel Estratégico implica el reconocimiento del carácter de construcción social del conocimiento, agregando una orientación hacia la construcción deliberada de percepciones compartidas y el manejo de las emociones que éstas producen en las personas. En el nivel superior de desarrollo, los alquimistas son aquellos sujetos capaces de generar discursos que integran distintos sistemas ideológicos y producen una visión que puede afectar los ámbitos de acción económica, social y espiritual de las personas.

Ambos modelos describen procesos que van desde intereses auto centrados y una comprensión de la realidad de nivel formal a niveles de desarrollo ético cognitivo en el cual priman intereses altruistas y una comprensión del discurso de nivel post formal, eventualmente asociada a ideologías de índole religiosa o espiritualidad. Esto es coincidente con varios otros autores. Por ejemplo, Chakraborty y Chakraborty (2004) señalan que la conversión de los líderes hacia formas epistemológicamente evolucionadas de religión puede traer grandes beneficios organizacionales. Reave (2005), revisando más de ciento cincuenta estudios encontró que las prácticas asociadas a liderazgo transformacional, tales como demostrar respeto por otros, reflexionar sobre la consecuencia de la conducta o practicar la generosidad y la equidad, correspondían a valores espirituales presentes en diversas religiones. Cabe señalar que la inclusión de la noción de espiritualidad en el desarrollo organizacional está recibiendo atención creciente, sobre todo con relación a sus implicancias en estabilidad organizacional y salud mental (Brown y Humpreys, 2003; Benefiel, 2005; Driver, 2005).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.3.6. Procesos experimentados por los seguidores

Dividiremos la literatura dedicada a la influencia e impacto de los seguidores en el proceso de liderazgo transformacional en tres partes. En la primera nos referiremos a las hipótesis planteadas sobre la naturaleza del cambio transformacional. En seguida revisaremos algunos trabajos sobre el rol de los afectos y terminaremos la sección describiendo los planteamientos sobre el nivel de desarrollo y eventuales diferencias en la salud psicológica de los seguidores y los resultados del proceso de liderazgo.

#### 2.1.3.6.a. Elementos generales sobre teoría de la motivación

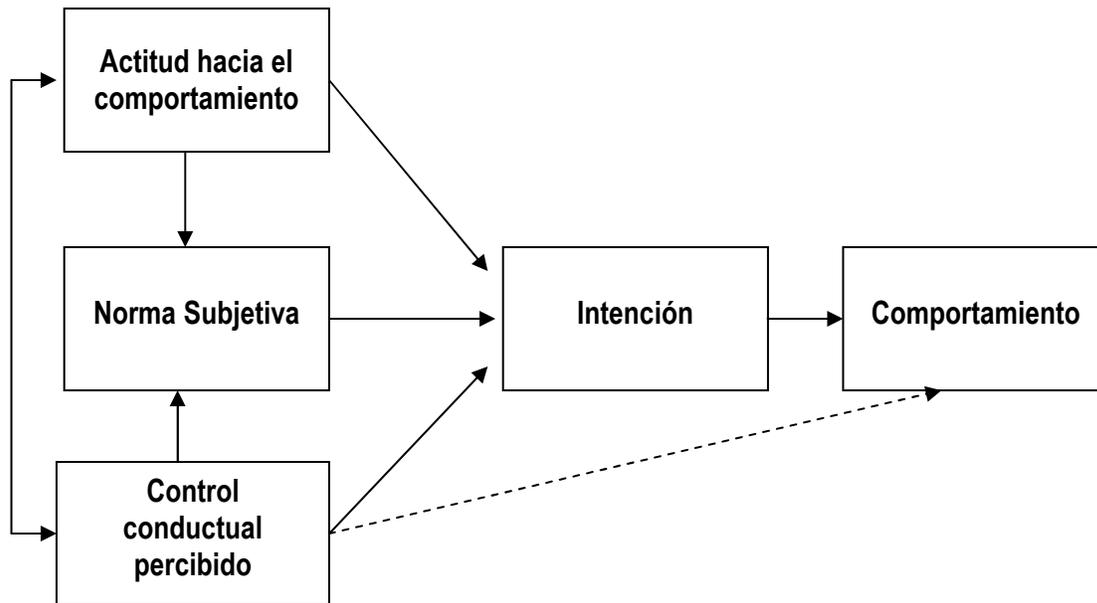
Previo a referirnos a los procesos propiamente transformacionales y considerando que la idea de motivación tiene múltiples significados y usos, es conveniente revisar algunos de los modelos teóricos sobre la motivación que sirven de base para el pensamiento sobre liderazgo. En primer lugar, la definición de motivación utilizada en el ámbito del comportamiento organizacional enfatiza la dimensión volitiva de la acción, como se observa en la definición proporcionada por Robbins, quien señala que la motivación es *“la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionadas por la habilidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual.”* (1998, página 168). En segundo lugar, las teorías que describen con mayor detalle el proceso de toma de decisiones son las de Ajzen y la de Westaby, quien ha proporcionado distinciones adicionales a la primera.

Ajzen (1991), trabajando sobre la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), plantea que existen tres grupos de creencias que afectan la formación de intenciones, las que a su vez determinarían el comportamiento: Actitud hacia el Comportamiento, que incluye creencias asociadas a los resultados de los comportamientos y la evaluación subjetiva que el sujeto hace de estos resultados; La Norma Subjetiva, que incluye las percepciones sobre la presión social para implementar el comportamiento; y el Control Conductual Percibido, que se refiere a las creencias asociadas al grado de facilidad o dificultad con que el sujeto implementaría el comportamiento. El Control Conductual percibido afectaría tanto la generación de intención como el posterior proceso de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

implementación. Estas creencias dependen de las experiencias y expectativas de los sujetos (Ajzen, 1991).

**Figura 4: Teoría del Comportamiento Planificado<sup>4</sup>**



El elemento central de la Teoría del Comportamiento Planificado es la noción de Intención, que se refiere al nivel de esfuerzo que un sujeto está dispuesto a realizar para realizar la acción y que dependería de los tres grupos de creencias descritos anteriormente. Sería la Intención el elemento que finalmente determinaría la ejecución del comportamiento.

El modelo de Westaby (2005), aporta la discriminación entre razones, que se referiría a creencias o percepciones contextuales y las creencias y valores globales del sujeto. Así, un sujeto podría manifestar la creencia de que, en general, es conveniente decir la verdad, pero que en una situación específica podrían existir razones para no decirla.

Los modelos anteriores permiten describir al liderazgo como un proceso basado en la construcción y traspaso de historias sobre los posibles resultados, normas sociales y capacidades de los seguidores, como de hecho ha sido propuesto por algunos autores (Gardner, 2005; Sternberg, 2008).

<sup>4</sup> Fuente: Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50. 179-211.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.3.6.b. Naturaleza del cambio transformacional

Tanto Shamir et al. (1993) como Lord et al. (1999) han formulado la hipótesis de que la influencia del líder transformacional se produce a través de un cambio en la identidad del seguidor (Shamir et al., 1993; Lord et al., 1999). Esta hipótesis, que los autores señalan concluir a partir de diversas fuentes, tales como la Teoría Social-Cognitiva de Bandura, La Teoría de Identidad de Tajfel y la Teoría de Identidad Social de Turner, se basa en los siguientes supuestos:

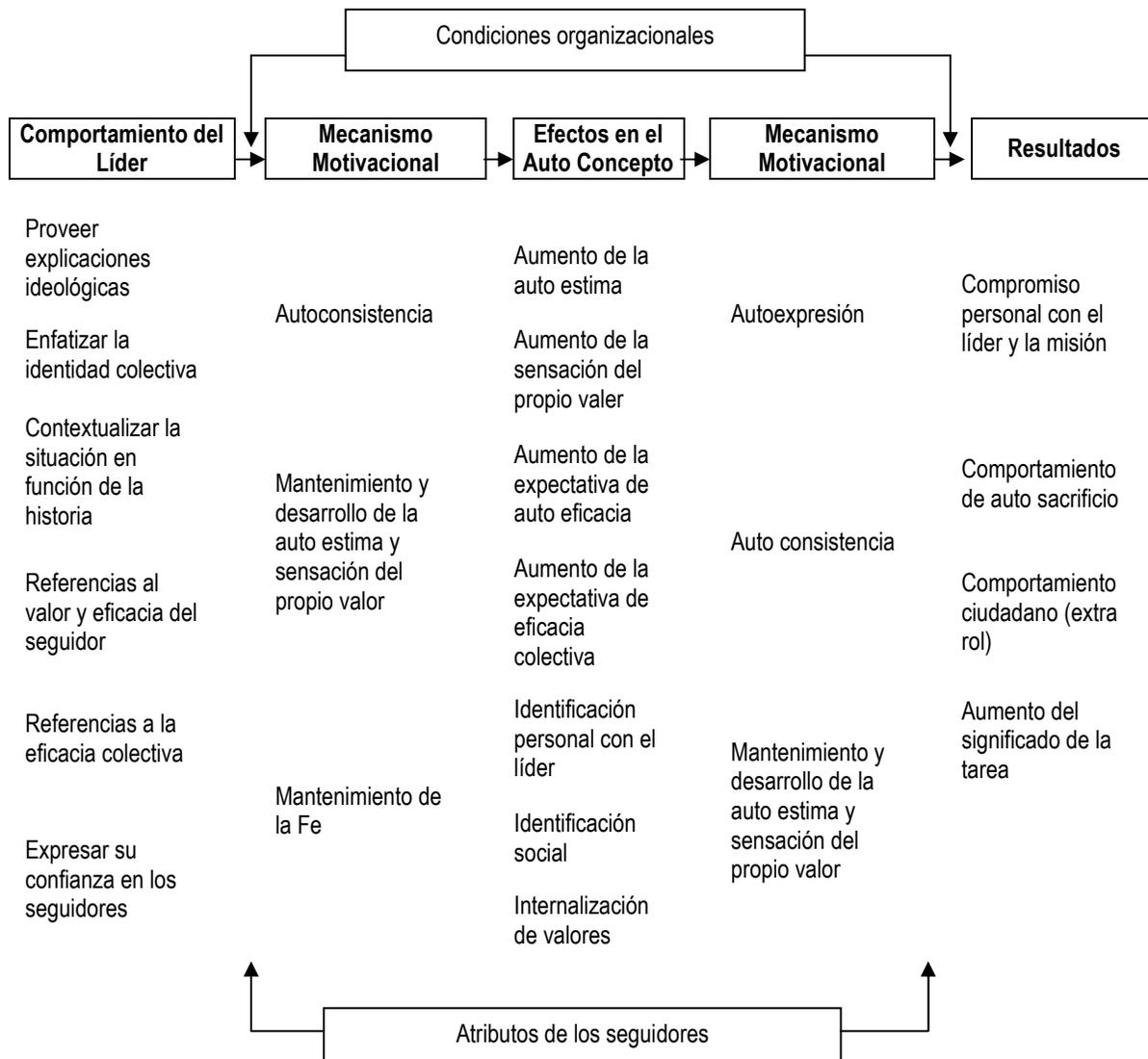
- a. Los seres humanos no sólo toman decisiones de manera pragmática y orientada a objetivos, si no que también en función de la expresión de sus afectos, valores y auto concepto.
- b. Los seres humanos están motivados a aumentar su auto estima y sensación del propio valer. Esto considera que la atribución de auto eficacia, poder, capacidad de logro y habilidad son determinantes de la auto estima y que, de acuerdo a Bandura, las normas culturales asociadas a estos aspectos son incorporadas en el auto concepto como estándares de desempeño.
- c. Los seres humanos están motivados a mantener y aumentar su sentido de auto consistencia, lo cual refiere a la percepción de continuidad y congruencia de los distintos aspectos del auto concepto, incluyendo comportamientos, afectos y deseos.
- d. El auto concepto está compuesto, entre otros elementos, por las identidades obtenidas a partir de roles y vínculos afectivos.
- e. La atribución de probabilidades en eventos organizacionales es en la mayor parte de los casos un proceso subjetivo en el cual muchas veces no es posible establecer con claridad ni el evento pronosticado ni las consecuencias de este evento. Esto implica que las creencias asociadas a estos eventos pueden clasificarse, de acuerdo a los autores, como Fe (Shamir et al., 1993).

Sobre la base de los supuestos anteriores, Shamir et al. (1993) proponen que los efectos transformacionales del proceso de liderazgo se producen a través de una modificación en el auto concepto de los seguidores. De manera específica, los líderes aumentarían el valor psicológico de las

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

metas y esfuerzos desplegados por el seguidor al asociarlos a los valores claves en la identidad. De esta manera, el liderazgo transformacional dependería de la fuerza motivadora de las tendencias asociadas a autoexpresión, autoconsistencia, autoestima y sensación del propio valer. Dado que los valores son construcciones sociales, este tipo de socialización implica que el seguidor experimentaría un cambio desde la orientación instrumental de la conducta a una orientación moral y desde una preocupación por los beneficios individuales a una preocupación por el beneficio social. Adicionalmente, las conductas de los líderes que expresan altas expectativas de logro, confianza y vinculación del individuo con el grupo aumentarían la percepción de control y autoeficacia.

**Figura 5: Esquema de la hipótesis sobre la influencia del líder de Shamir et al.**



## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

El modelo de Shamir et al. (1993) coincide con lo planteado por Thomas y Veltheuse (1990), en el sentido de que la expresión de confianza en las capacidades del seguidor y la asignación de significado a la tarea son elementos claves en la generación del estado motivacional asociado a la idea de *empowerment*.

Los procesos de motivación descritos anteriormente dependerían de dos tipos de comportamiento del líder: Modelar el Rol y Reconceptualización<sup>5</sup>. Modelar el rol permitiría que los seguidores aprehendan los mensajes relevantes a través de la observación del estilo de vida, reacciones emocionales, preferencias y demás comportamientos. Adicionalmente, los sacrificios asumidos por el líder le proporcionan credibilidad y aumentan la implicancia emocional de su discurso. Existe evidencia que apoya tanto el valor de la actuación del rol (Gardner y Avolio, 1998), como la importancia del despliegue de sacrificios (Tucker et al., 2006; van Knippenberg y van Knippenberg, 2005).

La idea de reconceptualización se refiere, para Shamir et al. (1993) al proceso de asimilación de las interpretaciones de la realidad significativa para el líder y los seguidores. Esto sería realizado por el líder a través de la estructuración de una ideología que permite reinterpretar el pasado del grupo y la sociedad, la generación de slogans y, más importante, la relación entre la identidad del seguidor y una visión de futuro. Las hipótesis planteadas por Shamir et al. (1993) en relación al vínculo entre identidad y cambio transformacional han recibido apoyo en los últimos años. Por ejemplo, Sparrowe (2005) desarrolla las implicancias del proceso transformacional y la autenticidad del seguidor, argumentando sobre la base de los trabajos de Ricœur, que el proceso de desarrollo de la autenticidad implica la construcción de relatos en los cuales los demás se transforman en elementos constitutivos del yo. Bryant y Cox (2004) y Jabri (2004), por su parte, desarrollan el rol de la influencia mutua de los seguidores, los cuales contribuyen a la elaboración y asimilación de los discursos propuestos por el líder, transformando éstos en identidades individuales.

Recientemente un nuevo artículo de Shamir (Eilam y Shamir, 2005) ha extendido sus planteamientos originales, explorando las implicancias de los cambios de identidad en los fenómenos asociados a la idea de *resistencia al cambio*. De acuerdo a este trabajo, la resistencia a los planteamientos directivos se debería a incongruencias evidentes entre la identidad personal y organizacional de los seguidores

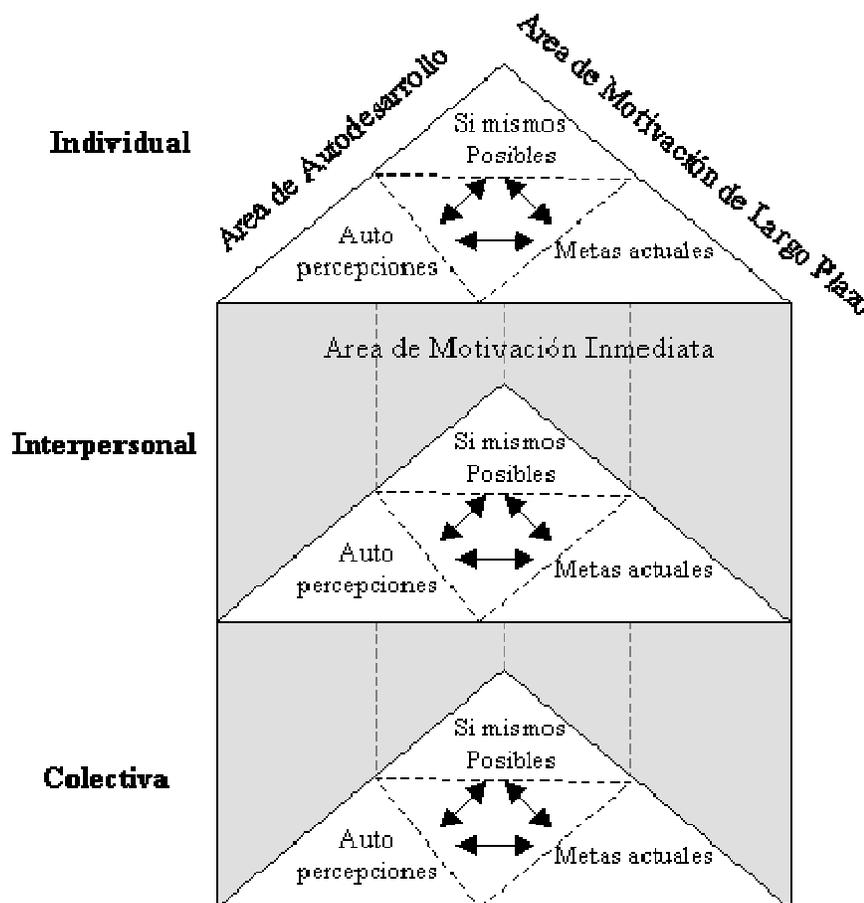
---

<sup>5</sup> Los autores utilizan los conceptos *role modeling* y *frame alignment* (Shamir et al., 1993, pag. 584-585)

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

y la nueva identidad implicada en la visión o estrategia ejecutiva. Esta idea es apoyada por el trabajo de otros autores, quienes han aportado evidencia adicional, señalando que los seguidores pueden contar con puntos de vista y narrativas diferentes a las difundidas por el líder (Dawson y Buchaman, 2005), generar redes de influencia y construcción de discurso de manera horizontal (Symon y Clegg, 2005) e incluso contar con interpretaciones negativas de los discursos explícitos y las acciones de los supervisores (Morgenson, 2005). Esta línea de pensamiento también ha explorado la influencia de los seguidores en el líder y las limitaciones que la realidad social implica tanto sobre discurso del líder como de los seguidores, todos los cuales son copartícipes en la construcción de sus visiones sobre la realidad (Reicher et al., 2005). La observación de los seguidores como sujetos activos permite recordar la validez de los trabajos de Kerr y Jemier (En Yulk, 1994), los que planteaban que la función del liderazgo podía ser substituida por características del seguidor y la organización.

Figura 6: Modelo de self de Lord, Brown y Freiberg



## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Por otro lado, Lord et al. (1999) desarrollaron un modelo sobre los ámbitos de la identidad del seguidor que deben ser afectados en función de los posibles objetivos del líder. Su modelo de *self* supone la existencia de tres niveles: Individual, Interpersonal y Colectivo. El nivel individual estaría compuesto por representaciones asociadas a la idea de rasgo y diferencias respecto a otros. El nivel interpersonal, por su parte, se asocia a las atribuciones construidas desde los roles (Ej: padre-hijo, estudiante-profesora) y la adecuación del comportamiento a los estándares asociados a estos. Finalmente, el nivel colectivo se construye a partir de las experiencias en grupos y organizaciones.

Luego de revisar abundante bibliografía sobre la influencia del líder, Lord y sus colegas proponen que el tipo de acciones del líder debería variar según el nivel del *self* al que se dirijan. Así, acciones de feedback están dirigidas al nivel individual, discursos acerca de las expectativas con relación a valores afectarán más al nivel relacional y la gestión de clima, imagen corporativa y trabajo de equipo influirían más en el nivel colectivo. De esta manera, las prácticas de liderazgo transaccional serían más efectivas en el nivel individual y las de liderazgo transformacional afectarían los niveles interpersonal y colectivo. Adicionalmente, el modelo señala que el líder puede diferenciar el ámbito temporal de identidad que debe afectar, incluyendo aquí la auto percepción actual del seguidor, los sí mismos posibles que éste espera llegar a ser en el futuro de largo plazo y las metas actuales asociadas a su desempeño inmediato.

Finalmente, es necesario señalar que la hipótesis que concibe al cambio transformacional como una reinterpretación de la identidad también ha recibido considerable atención y se ha desarrollado en el campo de la psicología clínica, donde se asocia a reinterpretaciones de la realidad debido a la incorporación de contenidos religiosos o ideológicos (Ver: White, 2004; Mahoney y Pargament, 2004; Forcehimes, 2004). Así mismo, en el ámbito de la psicología del aprendizaje adulto el concepto ha sido utilizado por autores como Mezirrow (2000) o Dirkx (2001), los que lo utilizan de manera consistente con los planteamientos de Shamir et al. (1993).

### 2.1.3.6.c. *Influencia de los afectos*

Dada la gran diversidad de usos de las categorías en que pueden clasificarse los afectos y el uso a veces intercambiable que se hace de las nociones de emoción y sentimientos, es necesario comenzar

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

la presentación de la relación entre afectos y liderazgo precisando cómo entenderemos cada concepto. Para esto, es útil revisar la clasificación propuesta por Phillip Lersch (1971), quien distinguió entre emociones, sentimientos y estados de ánimo. Esta taxonomía es utilizada hasta el momento. Sin embargo, es necesario presentar algunas actualizaciones teóricas que ayudan en la comprensión de las relaciones entre estos conceptos y liderazgo. En primer lugar, la idea de emoción debe ser comprendida como una interpretación de esquemas que integran reacciones físicas y ambientes específicos. En este sentido, la emoción puede ser definida como una representación social asociada a repuestas fisiológicas o afectos básicos no aprensibles en su totalidad en el discurso conciente (Russell, 2003). La experiencia de emociones afectaría recíprocamente la construcción de atribuciones (Niedenthal et al., 1999), generando experiencias que a la vez son altamente subjetivas (Terraciano et al., 2003) y se expresan de acuerdo a normas culturales específicas asociadas con la identidad de los sujetos (Eid y Diener, 2001). Por otro lado, la idea de sentimiento refiere a alteraciones de la identidad construidas en vínculos personales (ver: Aron et al., 1991; Aron et al., 1995; Katz y Beach, 2000; O'Mahen et al., 2000) y en los cuales se producen influencias mutuas entre los sujetos involucrados (Swann, 1987; Swann et al., 1989). Finalmente, la noción de estados de ánimo, menos utilizada en la literatura actual, se referiría a estados emocionales más bien estables y no asociados a un objeto determinado (Brown y Keeping, 2005).

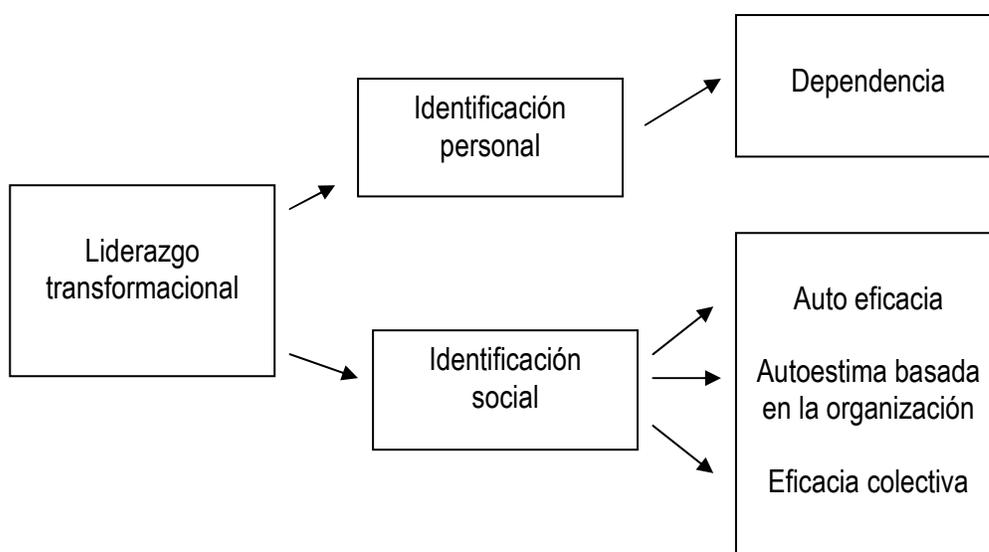
Considerando las distinciones realizadas, se puede señalar que Brown y Keeping (2005) encontraron que los estados de ánimo influían escasamente sobre las respuestas de los seguidores en el cuestionario MLQ, pero que sin embargo una apreciación emocional general positiva sobre el líder afectaba sustantivamente su apreciación por parte de los subordinados. Dado que el impacto emocional tiene numerosos beneficios (Herrbach, 2005) y parece ser parte de la manera en que el líder transformacional actúa (Dvir et al., 2004), no es claro si esta influencia emocional puede considerarse una interferencia en los resultados del cuestionario o un resultado intermedio necesario.

En lo que se refiere a la influencia de los sentimientos, es posible señalar que si bien la incorporación del líder como modelo o ideal es originalmente vista como un componente necesario para la actualización del proceso transformacional (Shamir et al., 1993), trabajos más recientes (Kark y Shamir, 2002; Kark et al., 2003) señalan que la sola identificación con el líder puede producir dependencia e inhibición y que es necesario generar una identificación del seguidor con el grupo u

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

organización, denominada *identificación social*, para lograr el *empowerment* que supuestamente debería generar el proceso de liderazgo transformacional. En la práctica esto implicaría la necesidad de que el liderazgo ejercido por un sujeto tenga algún grado de compatibilidad con los demás procesos e influencias que está recibiendo un individuo, ya que de otra manera se generaría la necesidad de establecer lealtades contradictorias, incorporando incongruencias o debiendo aceptar, en algún momento, la inviabilidad de una o más de los discursos y modelos.

**Figura 7. Relación entre liderazgo transformacional, identificación y resultados organizacionales<sup>6</sup>**



### 2.1.3.6.d. Influencia del nivel de desarrollo ético cognitivo

En lo que se refiere a los desarrollos sobre el proceso experimentado por los seguidores, es necesario comenzar señalando que, de acuerdo a Dvir y Shamir (2003) éste es entendido como el resultado integrado de una amplia serie de factores, entre los que se encuentran el grado en que se expresan necesidades de auto actualización, el grado de internalización de los valores morales de la organización, una orientación hacia el logro de resultados colectivos, la aproximación crítica e independiente en el análisis, compromiso activo con la tarea y altas expectativas de auto eficacia. En esta misma publicación se presentan resultados que demuestran una relación inversa entre cercanía

<sup>6</sup> Fuente: Kark, R., Shamir, B. y Chen, G. (2003) The two faces of transformational leadership: empowerment and dependency. *Journal of Applied Psychology*, 88, página 247.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

jerárquica entre subalternos y líder y la evaluación de estos sobre la efectividad del líder. El hecho de que subalternos que no tienen una relación interpersonal directa con el líder lo evalúen mejor, lleva a que Dvir y Shamir (2003) planteen que las conductas evaluadas en el líder tenderían a ser más efectivas con subalternos que demuestran un nivel de desarrollo inferior. Una explicación para este fenómeno podría ser el impacto motivacional negativo de las conductas de dirección en sujetos habitualmente autónomos, tal como lo muestra el trabajo de Morgenson (2005). También es necesario considerar que seguidores con un alto nivel de desarrollo podrían ser capaces de influenciar tanto a sus líderes informales como formales, no sólo a través de un contacto directo con el líder, sino que incluso a través del uso o construcción de discursos ideológicos que definan las bases de legitimidad o parámetros del proceso de liderazgo (Collison, 2005; Grint, 2005).

### *2.1.3.6.e. Influencia del estado psicológico*

Howell y Shamir (2005), basándose en la noción de claridad del autoconcepto de Campbell (Campbell, 1990; Campbell et al., 1996), proponen que sujetos con baja claridad del autoconcepto establecerían un tipo distinto de relación transformacional que aquellos con alta claridad. De esta manera, los primeros tenderían a escoger líderes que estuvieran más cercanos al prototipo cultural o sobre la base de la atracción social y también tenderían a idealizar la relación y manifestar mayor dependencia. Por otra parte, los segundos tenderían a escoger figuras de liderazgo basándose en la cercanía del líder a los valores e identidad organizacional, desplegando mayor autonomía y, en última instancia, generando resultados positivos al nivel organizacional. Howell y Shamir (2005) llaman Relación Transformacional Personalizada a la establecida por sujetos con baja claridad del autoconcepto y Relación Transformacional Socializada a la establecida por sujetos con alta claridad.

La propuesta anterior es una modificación a la visión tradicional respecto del impacto de los procesos transformacionales en sujetos con identidades difusas o baja autoestima, los que habitualmente han sido vistos como más propensos a la influencia de líderes u otros agentes de socialización y que, en esta propuesta, serían considerados más bien como establecedores de formas distintas de liderazgo o influencia social (Howell y Shamir, 2005).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.4 Liderazgo en Enfermería

La bibliografía disponible sobre liderazgo en la profesión de Enfermería es abundante y de hecho ya existe una revista dedicada exclusivamente al tema<sup>7</sup>. Por tanto, nos limitaremos a revisar algunos trabajos que tienen relación con esta tesis. Entre los primeros trabajos disponibles se destacan los de dos investigadores norteamericanos, John Sheridan y Donald Vredenburg, que en la década de los setenta y a comienzos de los ochenta. Ambos publicaron una serie de artículos sobre relaciones entre estilos de liderazgo y otras variables organizacionales. Por ejemplo, en un artículo presentaron resultados que demuestran la influencia de la rotación de las enfermeras subordinadas como un factor que facilita el que las supervisoras, evaluadas en el modelo de Ohio, orienten su estilo de liderazgo a iniciar estructura (Sheridan y Vredenburg, 1978). En otro artículo presentan resultados que demuestran que la consideración personal de la supervisora influye positivamente en la relación entre ella y la subalterna, pero que también influye negativamente en el desempeño (Sheridan y Vredenburg, 1979). Finalmente, también presentan resultados que apoyan el modelo de substitutos del liderazgo de Kerr y Jermier, señalando que los niveles de educación de las subalternas, la cohesión grupal y la tecnología actuarían como substitutos del liderazgo. Así mismo, el mal clima organizacional facilitaría o activaría la aparición de relaciones de liderazgo (Sheridan et al., 1984). Puestos en conjunto, estos trabajos permiten observar cierto sentido común en el actuar de las enfermeras supervisoras, las que se adaptarían en función del contexto y requerimientos del trabajo, el cual requiere de altos niveles de disciplina y coordinación.

Otros artículos relevantes son los de Bycio et al. (1995) y Vandenberghe et al. (2002), en los que se presenta resultados validando la distinción de Bass entre liderazgo transformacional y transaccional en enfermeras. Es interesante observar que ambos artículos presentan resultados similares a los presentados por Turner et al. (2002), en el sentido de que la dimensión refuerzo contingente también se asocia y podría estar incluido en el nivel de funcionamiento Transformacional.

Más recientemente y en relación a las dificultades específicas que enfrenta la función de liderazgo en la organización hospital, Cohn et al. (2005) presentan un caso demostrando las diferencias en los estilos de inserción organizacional de enfermeras y médicos y la necesidad manifestada por las

---

<sup>7</sup> *Nurse Leader*, publicada desde enero del 2003 por Elsevier. Accesible en [www.nurseleader.com](http://www.nurseleader.com).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

enfermeras supervisoras por integrar los nuevos discursos de gestión de negocios en la cultura organizacional de la enfermería. Por su parte, Kan y Parry (2004), presentando los resultados de un estudio de dos años en hospitales de Nueva Zelanda, señalan que las prácticas de liderazgo transformacional son insuficientes para superar los problemas de dirección generados por la irrupción del discurso de gestión y que los líderes deben ser capaces de identificar y reconceptualizar las incongruencias en los discursos organizacionales. De otra manera, el desajuste de las múltiples realidades enfrentadas en el hospital inhibirá su capacidad de dirección.

En Chile, un trabajo anterior del autor de este proyecto (Pucheu, 1992) encontró correlación entre los estilos de supervisión y estilos de liderazgo de enfermeras supervisoras de hospitales públicos, utilizando el modelo de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard y de negociación de Thomas-Killmann. Los estilos predominantes en liderazgo fueron Estructurador e Integrativo, correspondiendo con estilos de negociación de compromiso e integrativo. Esto se debería a la necesidad organizacional de integrar a las enfermeras subordinadas en la gestión, tanto por su impacto en el clima por que, a diferencia de los modelos europeo o norteamericano, en Chile las enfermeras supervisan a su vez a técnicos paramédicos y auxiliares, constituyéndose en un eslabón supervisor en la cadena de mando.

En lo que respecta a la formación en liderazgo, se puede señalar que existe un amplio consenso en su importancia y a la necesidad de adecuar la formación de las enfermeras a la complejidad de los nuevos sistemas de gestión de hospitales (Bellack et al., 2001; Calpin-Davies, 2003; Graham y Partlow, 2004; Flesner et al., 2005). En particular y considerando evidencia como la presentada por McNeese-Smith (1999), quien encontró efectos negativos no previstos por la teoría motivacional de McClelland, algunos autores (De Groot, 2005; Flesner et al., 2005) abogan por la generación de nuevos modelos de liderazgo, especialmente concebidos para la situación de enfermería. Dentro de esta búsqueda para ajustar los modelos de liderazgo a las condiciones culturales particulares de la salud, el modelo de *mentoring* ha recibido especial atención. Al punto de que Reeves (2004) presenta un programa de *mentoring* iniciado en Estado Unidos en el 2002 y auspiciado por la Academy of Surgical Nurses (AMSN), un organismo equivalente a nuestras asociaciones gremiales. También es relevante mencionar que los valores tradicionales de la cultura organizacional de enfermería se

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

evidencian en la manera con que se caracteriza a la relación de *mentoring*, definida por la cercanía afectiva y la capacidad de modelar los valores de la profesión (Knodel, 2004; Milton, 2004).

### 2.1.5. Relación de ayuda, coaching y mentoring

Egan (1982) plantea un modelo de relación de ayuda que se basa en tres fuentes: El trabajo de Roger Carkhuff y sus asociados sobre el proceso de ayuda; la teoría del aprendizaje; y la teoría de la influencia social. Si la mención de esta última fuente ya indica una relación directa con los principios a la base de la teoría del liderazgo, las similitudes son mayores en la medida que Egan establece que esta influencia debe experimentarse en el marco de comprensión, colaboración y cuidado, buscando el desarrollo de las capacidades requeridas por el asistido. En los siguientes puntos se presentarán las características de los modelos de relación de ayuda y su relación con liderazgo.

#### 2.1.5.1. Relación de ayuda y terapia

Según Egan (1982) la idea de relación de ayuda se refiere a una dimensión de los vínculos interpersonales que se expresa en una amplia gama de labores y roles, abarcando desde capellanes hasta amigos y familiares. En su listado se incluyen explícitamente enfermeras, líderes, tutores y trabajadores de hospitales. Así que no es aventurado señalar que la relación de ayuda podría incluirse en los roles y relación existente entre supervisoras y enfermeras clínicas.

En la medida de que las características esenciales de la relación de ayuda se referirían al centrarse en el punto de vista y metas del cliente, así como en el desarrollo de programas de acción que incluyen modificaciones en el proceso de aprendizaje y las percepciones sobre si mismo y la realidad, es difícil diferenciar el concepto de relación de ayuda de las definiciones de terapia y de hecho el modelo de Egan es uno de los modelos más utilizados en el entrenamiento de terapeutas en Estados Unidos (Feixas y Miró, 2004). Neimeyer (1998), refiriéndose a las terapias de índole constructivista en una definición que podría extenderse a otras corrientes, señala que en la idea de psicoterapia se alude a metáforas que incluyen el desarrollo del si mismo efectuado en relaciones personales y a través de conversaciones en los cuales se modifican las narrativas efectuadas por el sujeto de ayuda. Las numerosas definiciones de terapia revisadas por Feixas y Miró (2004) tienen en común el énfasis

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

en el cambio, pero no permiten establecer una diferencia taxativa respecto a otros tipos de relación. En nuestro medio, Krause (2005) ha enfatizado, como elemento esencial del proceso terapéutico exitoso, el cambio en los conceptos y modelos utilizados por los clientes de psicoterapia para pensar sobre si mismos, los demás y el contexto. En este sentido, se podría proponer el proceso terapéutico implicaría un nivel de profundidad en la modificación de la identidad que tendería a ser mayor que el generado en procesos de liderazgo. Sin embargo, esta diferencia no necesariamente es sistemática ni taxativa, por lo que podrían existir superposiciones al menos en los que refiere a características y objetivos de ambos tipos de relación.

### 2.1.5.2. Coaching y mentoring

Los términos *coaching* y *mentoring*, si bien no cuentan con definiciones universalmente aceptadas, en general se utilizan para referirse a relaciones individuales de ayuda en las cuales un sujeto solicita y recibe apoyo de otro, a fin de desarrollar habilidades, competencias o mejorar el desempeño, al mismo tiempo que desarrolla su propia persona (Hamlin et al., 2008). Así, *coaching* es generalmente usado para referirse a relaciones entre un sujeto y un especialista que no está en su línea jerárquica (Natale y Diamante, 2005) y *mentoring* refiere usualmente a una relación entre un sujeto y un ejecutivo de mayor edad o de jerarquía superior (Sosik y Godshalk, 2000). Ambas ideas, si bien intentan diferenciar el rol de coaching o mentor del de supervisor, pueden ser asociadas a liderazgo. De hecho, Hackman y Wageman (2005) plantean un modelo de *coaching* para equipos que integra tanto las funciones de gestión como de liderazgo y Scandura y Schriesheim (1994) señalan que *mentoring* refiere básicamente a las funciones de apoyo en el desarrollo de carrera y apoyo socioemocional en el contexto de relaciones de trabajo.

Las definiciones anteriores están orientadas a diferenciar el rol desde el punto de vista del sujeto que apoya. Sin embargo, al analizarlas desde el punto de vista del sujeto que recibe el apoyo se observa una superposición. Al respecto, Hamlin et al. (2006), revisando la evidencia de tres estudios realizados en US e Inglaterra sobre las acciones asociadas a *coaching*, encontraron que las descripciones del comportamiento asociado a *coaching* no sólo eran notablemente coincidentes, sino que además correspondían a lo esperable en el comportamiento de una jefatura y un líder. Los cinco grupos de factores incluyen la capacidad de Generar información para la toma de decisiones;

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Proporcionar retroalimentación de una manera tal que promueva el aprendizaje; Estimular el análisis y facilitar el incremento en la complejidad del pensamiento de los seguidores; Apoyar el desarrollo de habilidades y competencias; y Solicitar feedback para mejorar las propias prácticas. Estos grupos de acciones son evidentemente coincidentes con los factores identificados en los modelos de liderazgo transformacional de Bass (1996) y Turner et al. (2002).

**Tabla 4: Lista de categorías conductuales asociadas a *coaching*<sup>8</sup>**

<b>Generar información para la toma de decisiones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar información sobre objetivos y estándares de desempeño, indicando su importancia</li> <li>• Proporcionar información sobre contexto y obstáculos</li> <li>• Mostrarse como un modelo de a seguir</li> <li>• Proporcionar feedback</li> <li>• Organizar el proceso de planificación</li> </ul>
<b>Proporcionar retroalimentación para estimular aprendizaje</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar retroalimentación a los subalternos</li> <li>• Trabajar junto a los subalternos en la resolución de problemas</li> <li>• Crear y promover un ambiente de aprendizaje</li> <li>• Reflexionar en conjunto sobre el proceso, evaluando posibilidades</li> <li>• Usar analogías, casos y ejemplos</li> <li>• Apoyar en casos en que las exigencias generen ansiedad.</li> <li>• Escuchar para controlar estados emocionales disruptivos</li> <li>• Integrar a otros en el proceso de aprendizaje</li> </ul>
<b>Estimular el desarrollo de la capacidad de análisis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar, facilitando el pensamiento crítico</li> <li>• Transmitir modelos de análisis</li> <li>• Contenerse para no entregar las respuestas</li> <li>• Facilitar la búsqueda de puntos de vista alternativos</li> <li>• Delegar tareas y responsabilidades</li> <li>• Permitir la toma de decisiones y la experimentación</li> </ul>
<b>Apoyar el desarrollo de habilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear oportunidades de práctica formales e informales</li> <li>• Asumir el rol de otros, para experimentar su punto de vista</li> <li>• Aconsejar y apoyar en la ejecución</li> <li>• Proporcionar feedback y reconocimiento</li> <li>• Demostrar comprensión y consideración por las necesidades personales</li> <li>• Tomarse el tiempo para entrenar y asesorar a los subalternos</li> </ul>
<b>Solicitar feedback para mejorar las prácticas propias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar feedback</li> <li>• Identificar necesidades</li> <li>• Incentiva la participación en la toma de decisiones</li> </ul>

<sup>8</sup> Elaborada en base a los factores descritos por Hamlin et al. (2006).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

La siguiente tabla muestra las categorías conductuales asociadas a *coaching* agrupadas de acuerdo a los factores identificados por Turner et al. (2002) en el nivel Transformacional- Constructivo. Se observa que la mayor cantidad de categorías corresponde al factor Estimulación Intelectual, lo que refleja la importancia que los modelos le asignan a la búsqueda de innovaciones.

**Tabla 5: Categorías conductuales del *coaching* identificadas por Hamlin et al. (2006), agrupadas en los factores del nivel de funcionamiento Transformacional Constructivo descrito por Turner et al. (2002)**

Factores del nivel de funcionamiento Transformacional-Constructivo	Categorías conductuales del <i>coaching</i> identificadas por Hamlin et al. (2006)
Consideración Individualizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demostrar comprensión y consideración por las necesidades personales</li> <li>- Escuchar para controlar estados emocionales disruptivos</li> <li>- Tomarse el tiempo para entrenar y asesorar a los subalternos</li> <li>- Trabajar junto a los subalternos en la resolución de problemas</li> <li>- Apoyar en casos en que las exigencias generen ansiedad.</li> <li>- Incentivar la participación en la toma de decisiones</li> </ul>
Estimulación Intelectual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear y promover un ambiente de aprendizaje</li> <li>- Integrar a otros en el proceso de aprendizaje</li> <li>- Organizar el proceso de planificación</li> <li>- Transmitir modelos de análisis</li> <li>- Proporcionar información sobre contexto y obstáculos</li> <li>- Entregar información sobre objetivos y estándares de desempeño, indicando su importancia</li> <li>- Identificar necesidades</li> <li>- Incentivar la participación en la toma de decisiones</li> <li>- Trabajar junto a los subalternos en la resolución de problemas</li> <li>- Reflexionar en conjunto sobre el proceso, evaluando posibilidades</li> <li>- Facilitar la búsqueda de puntos de vista alternativos</li> <li>- Entregar retroalimentación a los subalternos</li> <li>- Usar analogías, casos y ejemplos</li> <li>- Preguntar, facilitando el pensamiento crítico</li> <li>- Contenerse para no entregar las respuestas</li> </ul>
Carisma Inspiracional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrarse como un modelo de a seguir</li> <li>- Aconsejar y apoyar en la ejecución</li> <li>- Solicitar feedback</li> <li>- Identificar necesidades</li> </ul>
Recompensa Contingente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegar tareas y responsabilidades</li> <li>- Proporcionar feedback</li> <li>- Proporcionar feedback y reconocimiento</li> </ul>

En la tabla anterior se observa que todas las categorías conductuales asociadas a *coaching* podrían aplicarse en el modelo de liderazgo transformacional. Esta similitud alcanza a los ítems del MLQ (Ver: Vega y Zavala, 2005).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.5.3. Proceso de coaching

En lo que respecta al proceso de *coaching* es posible hacer referencia al trabajo de Natale y Diamante (2005), quienes plantean un modelo de 5 etapas: Establecimiento de la alianza, Evaluación de credibilidad, Establecimiento de vínculos de simpatía, Diálogo y adquisición de habilidades y Desarrollo de planes de acción. El establecimiento de la alianza entre cliente y *coach* es un proceso en el cual, de manera incluso previa a su contacto, tanto el cliente como el *coach* deben evaluar alternativas de acción y concluir tanto que el *coaching* es una alternativa válida y potencialmente útil, donde existe una posibilidad de trabajar adecuadamente con el otro. En la evaluación de credibilidad, el cliente explora los intereses y capacidades del *coach*, determinando si puede confiar en su apoyo. En la siguiente etapa, establecidos los cuerdos preliminares, deben ajustarse los estilos de trabajo y definirse los compromisos generales en el marco de los cuales operará la relación. En la cuarta etapa se inicia el proceso de trabajo propiamente tal, explorando el *self* del cliente a través de diálogos sobre las creencias, emociones y objetivos del cliente, los que buscan modificarlos de una manera que permita un mayor control, adaptabilidad o satisfacción. En la medida de que las dos últimas etapas del modelo de Natale y Diamante (2006) corresponden a otros modelos de ayuda, es posible recurrir al modelo general de ayuda de Egan (1982) para observar las capacidades requeridas en clientes y ayudadores o *coachs*. El modelo de Egan plantea la existencia de tres etapas, las cuales corresponden, respectivamente a los objetivos de clarificación del problema, definición de metas y acción. La primera etapa en la relación de ayuda es la exploración y clarificación del problema. Esto supone la posibilidad de analizar no sólo las fallas, sino que sus causas y eventuales soluciones. Para esto el sujeto en posición de ayudador debe ser capaz de contener las ansiedades del cliente y disipar las emociones negativas que están afectando su juicio. Esto implica escuchar más allá de las declaraciones explícitas del cliente, para confrontar creencias erróneas con el respeto y la paciencia suficientes como para que el cliente pueda elaborar la información y se posea en el punto de vista de sujeto de su proceso de desarrollo.

La segunda etapa es la definición de metas, tanto al nivel de metas como de cambios o frecuencias de actividad. Aquí es necesario que el ayudador sea capaz de devolver a su cliente la información que este ha entregado en la etapa de exploración de una manera que sea útil para tomar decisiones. En esta parte del proceso el ayudador debe ser capaz de apoyar al ayudado o cliente en el reencuadre de sus problemas, modificando las atribuciones estáticas u otras disfunciones en el proceso de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

análisis del cliente y proporcionando descripciones de procesos en los cuales sea analizable la relación de causas y efectos.

Finalmente, la etapa de acción implica tanto el diseñar e implementar programas de acción para el logro de las metas del cliente como la evaluación de los riesgos y dificultades del proceso de desarrollo. Es importante que el ayudador entienda que no sólo está generando un plan específico, sino que traspasando las competencias para construir nuevos planes y enfrentar problemas que pueden no ser previsibles en el momento actual. Desde este punto de vista, el *coaching* es más que planificación y supone que el *coach* comprenda las competencias generales que está desarrollando en su cliente y las eventuales causas que impiden el ejercicio de una capacidad más allá del desempeño contextual del cliente. La siguiente tabla muestra un resumen del modelo de Egan, las tareas del cliente y las destrezas requeridas en el ayudador.

**Figura 8: Modelo General de Relación de Ayuda de Egan**

	Etapas		
	Clarificación del problema	Definición de metas	Acción
<b>Objetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar una visión más objetiva del problema</li> <li>Definir metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar e implementar programas de acción que permiten que el cliente logre sus metas</li> </ul>
<b>Tareas del Cliente</b>	Explorar la naturaleza del problema	Asume el proceso como una acción y escoge opciones	Coopera, asume riesgos implementando el proceso y lo evalúa
<b>Destrezas del ayudador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención</li> <li>Escucha activa</li> <li>Responder empáticamente</li> <li>Confrontación</li> <li>Cualidades fundacionales, que incluyen valores como respeto, congruencia, confidencialidad y autenticidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración de datos</li> <li>Destrezas asociadas al desafío al cliente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Compartir información</li> <li>Empatía</li> <li>confrontación</li> <li>Auto exposición</li> <li>Inmediatez</li> </ul> </li> <li>Definición de metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destrezas asociadas a programación de actividades y desarrollo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar posibilidades</li> <li>Ayudar a escoger</li> </ul> </li> <li>Destrezas asociadas a la facilitación de la acción:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al cliente a prepararse</li> <li>Proveer con desafío y apoyo durante la acción</li> </ul> </li> </ul>

Las etapas y condiciones propuestas para las relaciones de ayuda en el trabajo parecen asimilarlas a los modelos tradicionales de *counseling* o terapia (Natale y Diamante, 2005; Kegan y Laskow, 2001b; Longenecker y Neubert, 2005) y hay autores, como Johnson (2003), que de hecho han encontrado

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

evidencia de la influencia de la relación de *mentoring* en la construcción de identidad. Ahora bien, en la medida que las opciones de adaptación de los clientes están limitadas por los roles y demás parámetros organizacionales, existen riesgos particulares que han sido señalados por diversos autores. Por ejemplo, Berglas (2002) plantea que el concepto se ha popularizado y que existen *coachs* que, careciendo de un entrenamiento adecuado, pueden obviar problemas psicológicos e inducir a los clientes a acciones contraproducentes, mantener modelos mentales inadecuados o, por la vía de buscar respuestas sencillas, obviar elementos estructurales que van más allá de la capacidad individual. Ludeman y Erlandson (2004), compartiendo la opinión de que una preparación adecuada es clave para el trabajo de *coaching*, presentan indicaciones para el trabajo de *coaching* con sujetos que en un lenguaje psicodinámico podrían considerarse narcisistas y que ellos denominan “machos alfa”. Simon y Eby (2003) presentan incluso una taxonomía de experiencias negativas asociadas a *mentoring* que incluye 16 categorías, las cuales van desde prescripciones de acción que superan las capacidades efectivas del cliente hasta acoso sexual. La siguiente tabla muestra la clasificación de causas de experiencias negativas descritas por Simon y Eby (2003).

**Tabla 7: Causas de experiencias negativas en la relación de mentoring (Simon y Eby, 2003).**

Causa	Definición
Delegación inapropiada	El mentor delega exceso de trabajo o falla en indicar recursos
Tiranía	El mentor abusa del poder sobre el cliente
Apropiación del crédito	El mentor toma el crédito por acciones del cliente
Sabotaje	El mentor realiza acciones intencionales para perjudicar el trabajo del cliente
Incongruencia	El mentor miente o actúa incongruente respecto a sus intenciones o valores declarados
Exclusión intencional	El mentor excluye al cliente de vínculos o información que necesita
Indiferencia	El mentor no manifiesta interés en el cliente

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Falta de competencia técnica	El mentor carece de la competencia para orientar adecuadamente al cliente respecto a cursos de acción
Falta de competencia interpersonal	El mentor no tiene las capacidades requeridas para establecer un contacto personal con el cliente
Valores incongruentes	El mentor y el cliente tienen expectativas respecto al trabajo o la relación que resultan incongruentes
Estilo personal incongruente	La relación se ve afectada por estilos personales incompatibles entre mentor y cliente
Incongruencia de los estilos de trabajo	La relación se ve afectada por estilos de trabajo incompatibles entre mentor y cliente
Mala actitud	El mentor manifiesta emociones negativas hacia el trabajo, la organización o algún otro elemento relacionado con la relación
Problemas personales	El mentor manifiesta problemas personales que afectan su capacidad para ejercer el rol
Acoso sexual	El mentor entrega atención sexual que el cliente no desea
Narcisismo	El mentor está absorbido por sus propios intereses o sentido de importancia

Al factorizar las categorías anteriores, Simon y Eby (2003) identificaron tres dimensiones en las que se ordenan las experiencias concretas de fracaso en el proceso de *mentoring*. La primera tiene que ver con la gravedad de los problemas de abuso de poder, comunicaciones o relación; la segunda dimensión se refiere al grado de difusión del problema en la relación, variando desde temas que pueden ser explicados claramente a otros en los cuales las causas son descritas de manera difusa y con atribuciones vagas; finalmente, una tercera dimensión tiene que ver con el ámbito de acción del mentor, que puede orientarse a aspectos técnico profesionales o socio afectivos. Esta última dimensión es importante, porque permite observar que los procesos de *mentoring*, al igual que el *coaching*, trascienden los límites de los roles de trabajo y afectan el desempeño de los clientes en el ámbito personal. En cualquier caso, puede plantearse que estos tipos de problemas también afectarían negativamente las relaciones de liderazgo y que, por lo tanto, pueden ser utilizados como una guía para detectar elementos que afectan negativamente el proceso de liderazgo transformacional.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.1.6. Síntesis

Esta revisión de la evolución y líneas de pensamiento en relación con la idea de liderazgo permite proponer los siguientes puntos:

- Las diferentes líneas de pensamiento sobre liderazgo se han diferenciado a través de la dedicación a alguno de los elementos involucrados en el proceso, ya sean las características del líder, sus motivaciones, actividades o fuentes de influencia. En estos momentos y desde fines de los setenta una de las líneas más activa en la investigación es la del liderazgo carismático o transformacional, la cual ha probado ser capaz de predecir y mejorar resultados organizacionales.
- Si bien existen diferentes definiciones del concepto, existe cierto consenso en que el la idea de liderazgo describe la influencia de un sujeto sobre la motivación de otros. En la literatura sobre liderazgo transformacional se enfatiza la influencia activa del líder, tal como la transmisión de valores y creencias a través de conversaciones y discursos. Estos valores y creencias afectarían la identidad, particularmente las expectativas de logro y los afectos, lo que a su vez terminaría produciendo el efecto sobre la motivación que afecta la conducta del seguidor. Al mismo tiempo, la influencia del líder no estaría aislada de otras influencias, pudiendo incluso efectuarse de manera bidireccional o integrarse en un proceso colectivo de construcción de significados.
- La teoría actual sobre el liderazgo transformacional ha llegado a establecer que, para que exista influencia de un líder sobre los seguidores, se requiere de la convergencia de factores asociados a las ideas de carisma o atractivo como modelo de identidad, consideración por la individualidad del seguidor, estimulación de la capacidad de análisis y desarrollo intelectual, así como también de supervisión y desarrollo de capacidades. En los modelos estos factores están descritos de manera general y no se discrimina entre las acciones y elementos contextuales a los que estarían asociados.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- En la medida que el liderazgo implica una influencia sobre creencias y valores que afectan la identidad, es posible establecer una relación con la idea de relación de ayuda y específicamente con los procesos de *coaching* y *mentoring*, con los cuales parece haber considerable superposición, al menos en lo que tiene que ver con las categorías conductuales implementadas por el sujeto en posición de influencia, ya sea líder o *coach*. Esta similitud entre liderazgo y *coaching* aporta una visión de proceso y acciones específicas sobre los modelos de liderazgo, que al estar descritos en términos de factores o conductas carecen de la perspectiva de proceso que se puede observar en modelos como los de Egan (1982) o Natale y Diamante (2005).

### **2.2. Identidad, duelo y depresión**

#### *2.2.1. Esquema general*

La identidad, en tanto sistema de auto atribuciones, es construida a partir de la selección e interpretación de los múltiples eventos y teorías con que los sujetos se construyen una historia de vida. Si bien la parte más estandarizada de la identidad es generada a través de la implementación de roles y el paso por ritos de pasaje, muchos de los atributos asociados comúnmente a la “personalidad” o estilo individual de los sujetos, son construidos en conversaciones y reflexiones en las cuales los sujetos estructuran sus experiencias en relatos más o menos coherentes (Pasupathi, 2001). Estas conversaciones son realizadas con interlocutores que habitualmente son relevantes afectivamente y que, por lo mismo, ejercen su influencia validando el discurso de identidad. En lo que respecta al contenido de la identidad es posible señalar que, si bien hasta hace algunos años se asumía como un supuesto básico el que los individuos buscaban integración en su historia vital, hoy en día eso ha sido cuestionado y existe evidencia de que, al menos en algunos casos, se lograrían identidades ego sintónicas a partir de elementos incongruentes (Schachter, 2004).

En relación al cambio en la identidad, se observa que éste implica no sólo adición de elementos, si no que también y principalmente una reconfiguración de las historias que la conforman, principalmente a partir de procesos de reencuadre o integración de información. En los casos en los que los sujetos experimentan cambios bruscos y/o significativos en sus condiciones, vínculos y atributos relevantes, se hace necesario realizar esfuerzos especiales para lograr una estructuración de la identidad que sea útil para la inserción y mantenimiento de la salud psíquica. De esta manera, si el cambio no ha sido elaborado en la comunidad al punto de contar con representaciones sociales que lo expliquen, el esfuerzo de estructuración de la identidad puede ser particularmente arduo, de la misma manera que en casos en que los sujetos no cuenten con los recursos para asimilar las representaciones en su propia identidad. Si bien la noción popular de Duelo liga el concepto a la pérdida de vínculos afectivos relevantes y la posterior elaboración del carácter, es posible considerar que sus componentes esenciales se encontrarían en todo proceso de reestructuración de la identidad, incluyendo aquellas adaptaciones que se requieren para asumir los roles del trabajo. Respecto a esto último, es posible suponer que el enfrentamiento a condiciones de trabajo que afectan las atribuciones que el sujeto

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

puede hacer de sí mismo en aspectos relevantes, tales como la autoeficacia o la profundidad de sus relaciones, afectarán negativamente la identidad y se constituirán en desencadenantes de procesos de duelo.

Finalmente, es posible señalar que la idea de depresión, entendida en el significado de un proceso psicológico, puede ser definida como un proceso de duelo particularmente intenso o prolongado, en el cual el sistema social ha sido incapaz de restablecer una vinculación satisfactoria en uno o más sujetos. La idea de *burnout*, relativamente reciente, aludiría a depresiones generadas en el ámbito de los vínculos económicos y sociales formales de los sujetos, generadas por una incapacidad del sistema organizacional para generar estados de integración saludable en las identidades de las personas que lo conforman.

Las ideas anteriores serán desarrolladas en las secciones siguientes, las que describen con mayor detalle los antecedentes teóricos revisados en este tema.

### *2.2.2. Definición y Características de la Identidad*

El concepto de identidad se refiere a las atribuciones que son posibles de realizar sobre un individuo o grupo por parte de sí mismo o los demás y que se organizan en relatos en los que se describen las historias, explicaciones y puntos de vista con que se construyen las atribuciones. La construcción de identidad permite regular el nivel de integralidad en las percepciones del sujeto, a la vez que ayudan en la coordinación y planificación de las relaciones.

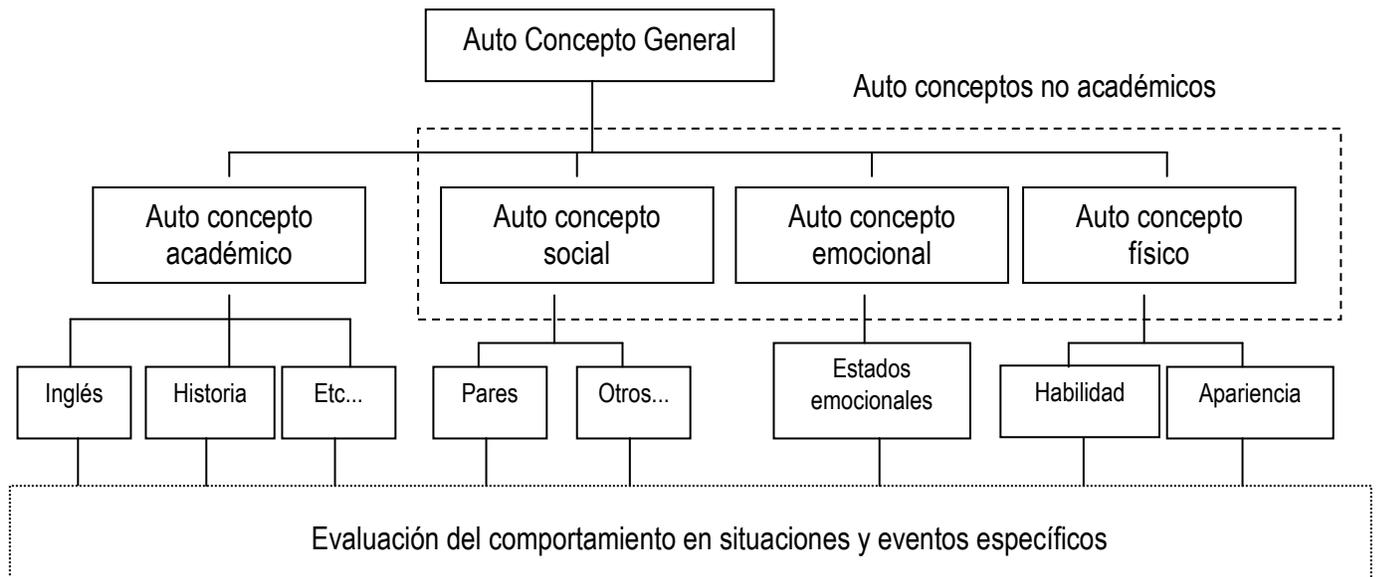
La primera distinción que debe realizarse al estudiar la identidad es la diferencia entre el auto concepto o identidad en tanto contenido y el *self*, en tanto sistema o estructura que construye a los anteriores. De acuerdo a Linville y Carlston (en Devine et al., 1994), William James fue el primero en distinguir entre el *self* como sujeto, lo que referiría a los contenidos mentales y a la forma en que se procesan y estructuran, y el *self* como objeto del conocimiento, lo que equivaldría a la idea de identidad o el conjunto de atribuciones y relatos que pueden hacerse sobre el sujeto. Linville y Carlston, citando a James, plantean que la identidad podría analizarse en tres ámbitos: El material, referido a características físicas y materiales, el social, que integra las atribuciones propias y de los

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

demás sobre el sí mismo y, finalmente, el espiritual, que refleja la conciencia sobre los pensamientos y afectos. Los mismos autores, luego de una revisión de la literatura hasta comienzos de los noventa, concluyen que la noción actual de *self* es la de una estructura compleja, que se expresa de diferentes maneras en cada ámbito público y privado de interacción, que evoluciona integrando progresivamente conocimientos procedurales y declarativos a medida que el sujeto enfrenta nuevas y crecientes demandas a lo largo de la vida. Esto implicaría reconocer que, correspondientemente, el *self* en tanto auto concepto o identidad es también un sistema complejo, que puede expresar diversos niveles de integración y estabilidad. De hecho, Byrne (2002) plantea que la visión actual de la idea de auto concepto lo describe, de acuerdo al llamado *Modelo de Shavelson*, como una estructura dinámica construida jerárquicamente desde las situaciones específicas a los ambientes organizacionales recurrentes y de estos últimos a los ámbitos de acción sociales, emocionales, académicos, físicos, para, finalmente integrarse como un auto concepto general.

Si el autoconcepto alude a una atribución que toma la forma de una cualidad, por ejemplo, “honesto” o “leal”, la idea de identidad, que hasta aquí hemos tratado como sinónimo, se refiere al relato biográfico que justifica la veracidad y adecuación del autoconcepto. La observación de que la identidad y el auto concepto se constituyen desde la elaboración subjetiva de relatos sobre eventos o historias propias u organizacionales, permite señalar algunas características fundamentales de la identidad que están relacionadas con el *self*. En primer lugar, dado que el *self* puede considerarse como un conjunto de estructuras activadas en los vínculos del sujeto, existirían también las identidades necesarias para describir estos vínculos. Estas identidades serían subconjuntos de la identidad total, la cual no puede ser abarcada mentalmente por los sujetos debido a las limitaciones que los sistemas cognitivos humanos tienen en el manejo de la información (Andersen y Chen, 2002). El hecho de que tanto *self* como la identidad existen y evolucionan en el encuadre de vínculos es reconocido explícitamente por numerosos autores (Ejemplos: Andersen y Chen, 2002; Vaidya et al., 2002; Fleeson, 2002; O’Mahen et al., 2000; Pasupathi, 2001) e incluso se ha diferenciado la noción de identidad social para referirse a aquellos elementos referidos específicamente a vinculación organizacional. Por ejemplo, Freeman, siguiendo la teoría de identidad social de Tajfel, señala que la identidad social se refiere a “*aquellos aspectos del autoconcepto que derivan del conocimiento de su membresía en un grupo o grupos sociales, junto al valor y significación emocional asociada a esta membresía* (2001, Pág. 292).”

Figura 9: Ejemplo del modelo de Shavelson del autoconcepto



En lo que se refiere a la manera en que la identidad es construida por los sujetos, Morgan et al. (2005) han presentado un modelo que explica la construcción de la identidad a partir de eventos que permiten su reafirmación o reconceptualización, los cuales serían actuados de manera conjunta los diversos miembros de la organización en la cual suceden. En este sentido, Swann (1987), ya señalaba que la significación de los eventos y su relación con la identidad son el resultado de procesos de negociación e influencia recíproca entre los miembros de la organización. Explorando esta idea, Pasupathi (2001) señala que el relato identitario es construido en conversaciones en las cuales los sujetos reinterpretan el pasado a medida que deben producir relatos que parezcan coherentes a sus interlocutores. La manera concreta en que se logra esta coherencia aparente dependería a su vez de las teorías implícitas sobre la naturaleza de la personalidad de los sujetos. De esta manera, aquellos sujetos en los que priman discursos que asocian personalidad a estabilidad tenderían a generar discursos asociados a la idea de rasgo. Por otro lado, aquellos con creencias implícitas asociadas a procesos, construirían un relato basándose en representaciones tales como motivación, comportamientos o estilos emocionales (Hong et al., 2003). Posteriormente, Pasupathi, Mansour y Brubaker (2007) han aportado a la comprensión de estos procesos señalando que los sistemas identitarios incluyen representaciones sobre las partes estables del *self* y representaciones sobre las áreas relativamente más dinámicas, así como explicaciones sobre la manera en que ambos

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

tipos de partes se relacionan. Estas explicaciones, influidas por el contexto cultura, dependerían de los discursos sobre la naturaleza de las personas y la capacidad de los sujetos para ir integrando distintos elementos en representaciones de su propio *self* cada vez más complejas. Esto relaciona la construcción de identidad a la idea de desarrollo ético cognitivo, lo que será revisado con detalle en el capítulo siguiente.

Una variable que parece ser particularmente influyente en el proceso de construcción de la identidad es la etapa del desarrollo vital. Así, Conway y Pleydell-Pearce (2000) plantean que las memorias que constituyen el relato identitario son continuamente reorganizadas y reinterpretadas en función de la evolución en las metas vitales de los sujetos, lo que en la práctica constituiría una reinterpretación del *self* en función de su etapa del desarrollo. En un artículo más reciente, Conway y Holmes (2004), encontraron que ancianos tienden a recordar eventos en relación con temas y metas vitales que resultan congruentes con la teoría de desarrollo adulto planteada por Erickson y que revisaremos en el próximo capítulo. Gibson (2003), estudiando la identidad profesional, señala que los sujetos seleccionan diferentes modelos de rol dependiendo de la etapa de la vida profesional en que se encuentren. Así, los jóvenes seleccionarían modelos que les permiten construir sus relatos y planes de vida globales, en etapas intermedias se buscaría modelos para habilidades o características específicas y, en etapas tardías, se buscaría la reafirmación de la identidad profesional mantenida hasta ese momento. La razón de estas diferencias se encontraría en la naturaleza de los desafíos enfrentados en cada momento del desarrollo de carrera. Es importante señalar que, como se describe en el capítulo sobre desarrollo ético cognitivo, también sería posible observar cambios en el tipo de contenidos de la identidad. Así, si en la formación adolescente la identidad es construida a partir de anécdotas concretas, en la medida que el desarrollo obliga a la integración de nuevos roles y las crisis vitales implican pérdidas que deben ser superadas, los contenidos concretos van siendo complementados y substituidos por explicaciones más abstractas y complejas.

En lo que tiene que ver con los temas específicos alrededor de los cuales se construye la identidad, Bauer y McAdams (2004) encontraron cuatro temáticas al analizar las memorias de ancianos en relación a sus transacciones en desarrollos profesionales y religiosos. Los dos primeros temas se denominaron Integrativos e Intrínsecos, y refieren respectivamente a madurez en el ámbito social-cognitivo y bienestar emocional y social. El segundo par de temas fue denominado Desarrollo

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Personal y Comunal y tienen que ver con el paso desde situaciones específicas de satisfacción a situaciones de bienestar global en relación a carrera y religión, siendo los sujetos con orientación de agencia más individualistas y los comunales más colectivistas en sus motivaciones. Ambos pares de temas se integran, formando una matriz que se presenta en la tabla 7. Es importante considerar que la validación social de los temas e historia personal, así como la incorporación en un nuevo sistema organizacional, parecen ser condiciones necesarias para lograr la estabilidad en los procesos de cambio de identidad (White, 2004; Forcehimes, 2004). Un ejemplo de la idea anterior sería el caso en el cual un sujeto debe pasar desde una identidad positiva basada en su capacidad o destreza física, lo que se sustentaría a través de la observación directa de acciones concretas, a validar su autoestima desde una autoimagen de sabiduría y prudencia, lo que requiere tanto una elaboración más abstracta de las historias personales como la validación colectiva del punto de vista asumido en el análisis de los eventos.

**Tabla 7: Matriz de temas de desarrollo de Bauer y McAdams.**

	<b>Desarrollo</b>	<b>Comunal</b>
<b>Integrativos</b>	Se enfatizan temas asociados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprensión conceptual de uno mismo</li> <li>▪ Organizar las preocupaciones y metas personales</li> </ul>	Se enfatizan temas asociados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprensión conceptual de las relaciones</li> <li>▪ Razonamiento moral</li> </ul>
<b>Intrínsecos</b>	Se enfatizan temas asociados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentirse bien acerca de uno mismo y la vida</li> <li>▪ Actuar en relación con aquello que es realmente importante</li> </ul>	Se enfatizan temas asociados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentirse bien en las relaciones con otros</li> <li>▪ Cuidar de otros, actuar con delicadeza</li> </ul>

Si bien hasta hace algunos años la idea de que los sujetos buscan identidades integradas era un supuesto generalizado, en los últimos años han aparecido cuestionamientos a este supuesto (Ver: Boumard et al., 2006). Así, Schachter (2004) plantea que las narraciones acerca de la identidad en jóvenes no necesariamente llegan a integrarse y que esto podría ser considerado adecuado, dada la complejidad social y la incoherencia de los distintos sistemas ideológicos disponibles para la generación de identidad. Este autor, al analizar discursos de jóvenes de religión judía, encontró cuatro

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

posibles configuraciones de identidad: La primera, denominada Configuración Basada en Elección y Rechazo, implica la selección de una identificación sobre las demás disponibles y la adecuación de la vida para lograr que tanto pensamientos como conductas se adecuen a los estándares escogidos. La segunda, denominada Configuración de Síntesis, supone la generación de una meta estructura de significado que integre las distintas atribuciones. La tercera fue denominada Configuración Confederada y en ella los sujetos evitan la eliminación de una identidad, manteniendo una situación de conflicto para evitar lo que sería percibido como una pérdida del si mismo. Finalmente, la Configuración de Excitación en la Disonancia implicaría una situación similar a la anterior, pero motivada por la satisfacción obtenida en la observación de la heterogeneidad y falta de coherencia de la identidad. Schachter (2004) advierte que estas configuraciones no son exhaustivas y que pueden presentarse otras de acuerdo a los valores, objetivos u otras variables personales y contextuales. En su observación sobre que la integración de discursos identitarios podría ser imposible, Schachter es coincidente con las observaciones de Dawson y Buchanan (2005), El-Sawad et al. (2004), Kreiner et al., (2006) y Whittle (2005), quienes han observado que la coexistencia y competencia de diversos discursos sobre la realidad en un mismo ambiente organizacional parece ser más frecuente y extendida que lo que pudiera haber sido previsto tradicionalmente, por lo que los sujetos estarían obligados a realizar esfuerzos de articulación de identidades cambiantes y eventualmente incongruentes. El aporte de Schachter (2004) también permite relativizar la afirmación de Campbell en el sentido de que la claridad, estabilidad y consistencia del autoconcepto sería un factor clave a la base del bienestar psicológico (Campbell, 1990; Campbell et al., 1996), ya que la variedad de temáticas y procesos en que se genera la claridad y estabilidad del autoconcepto induce a considerar estas cualidades más como el resultado de una evaluación subjetiva que como una característica intersubjetiva o comparable entre sujetos. Por otro lado, también es necesario señalar que la importancia del apoyo en la generación y validación de una historia personal que sea evaluada como satisfactoria ha sido reconocida en los ámbitos personales (Vitz, 1990) y organizacionales (Gioia y Chittipeddi, 1991; Currie y Brown, 2003). Esto impide descartar totalmente la necesidad de validación externa y el uso de normas culturales en la construcción de la identidad. Para superar esta aparente contradicción es necesario referirse a los trabajos de Erickson (1994) y Kegan (1982, 1994), quienes plantean que la integración de la identidad en la edad adulta requiere que el sujeto desarrolle meta-discursos para la coordinación y aplicación situacional de las ideologías que debe utilizar en cada ámbito de vinculación. Esta necesidad de meta-discursos implica una diferencia cualitativa entre los procesos de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

construcción de la identidad hasta la adolescencia y las cualidades que el adulto se auto atribuye. A este respecto, Shea (2003) plantea que el *self* adulto cuenta con 5 características que lo diferencian estructuralmente de los caracteres juveniles o que no han logrado complejizar su funcionamiento de acuerdo a las exigencias del sistema social:

- *El self adulto integra las nociones mente-cuerpo:*  
El adulto es capaz de reconocer la existencia de impulsos de naturaleza biológica y reconoce las limitaciones, características y potencialidades que provee su existencia corporal y las limitaciones espaciotemporales que esto conlleva.
- *El self adulto esta basado y expresado en sentimientos:*  
El adulto reconoce que en los vínculos afectivos se construye y establece la identidad más personal, diferenciando así las identidades formales asumidas con los roles sociales y económicos de menor estabilidad, de aquellas identidades, frecuentemente juicios de valor o estilo, que son atribuidas en los momentos de mayor libertad respecto a las normativas sociales.
- *El self adulto cuenta con una sensación de profundidad:*  
La capacidad de tomar una perspectiva histórica prolongada permite que el adulto sea capaz de reconocer sus aspectos esenciales y estabilizar su identidad frente a las variaciones propias de los roles que asume e incluso en casos de pérdidas significativas. Esta característica es complementaria a las anteriores, en el sentido de que junto con reconocer las variaciones afectivas, y por tanto situacionales, que caracterizan al *self*, éste es también capaz de comprenderse como una entidad provista de la suficiente autonomía como para desarrollar una identidad psíquica propia.
- *El self adulto cuenta con límites claros y existe en la intimidad:*  
Al mismo tiempo que el *self* se reconoce como relativamente estable, también es capaz de seleccionar las experiencias en las que se identifica y de las cuales obtiene la sensación de identidad, las que se relacionarían habitualmente a las vinculaciones íntimas con otros. Así, el *self* adulto es capaz de reconocer su propia experiencia y limitar la influencia que los rituales sociales ejercen para inducir estados emocionales que la distorsionan. En este sentido, la

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

adulthood supone una superación al menos parcial del histrionismo propio de adolescentes y neuróticos.

- *El self adulto se considera responsable por su experiencia:*

En coherencia con las características anteriores, el *self* adulto supone la capacidad de reconocerse como responsable de la construcción de la identidad personal, la que es creada a partir de las acciones y vínculos en los que el sujeto se compromete.

Como es posible apreciar en las características descritas por Shea (2003), la condición de adulto es tanto asimilable a la idea de salud psíquica como una diferenciación del proceso de construcción propio de la juventud. Sin embargo, en la medida de que el adulto debe adecuarse continuamente a los cambios de su entorno y situación vital (Erickson, 1994; Kegan, 1994) la idea de estabilidad debe ser utilizada en relación a sus atributos de identidad más esenciales.

A continuación revisaremos algunas ideas sobre las relaciones existentes entre identidad y organización, que nos permitirán contextualizar algunas de las ideas presentadas hasta el momento.

### 2.2.3. Organización e identidad

El concepto organización tiene distintos significados dependiendo del uso y contexto en el que se ocupe. Sin embargo, para los fines de esta tesis se puede utilizar el concepto para aludir a los sistemas de redes discursivas creados por los grupos y sujetos a fin de estructurar sus interacciones (Ascorra, 2003). Las organizaciones tienen un rol clave en la asignación de las atribuciones de identidad, ya sea tanto por la asignación de roles como por las dinámicas generadas en la distribución del poder, la definición de las ideas asumidas como realidad social y las identidades asociadas a ésta. (Hall, 1996; Kreiner et al., 2006). En este sentido, es útil recurrir a la definición planteada por Schvarstein, quien señala que la idea de organización se refiere al “*contexto de acción en el cual se hacen decodificables las conductas de los sujetos*” (2002, página 23), ya que a partir de la idea de organización como *contexto de acción* es posible destacar algunas características claves del fenómeno organizacional, a saber, el hecho de que las organizaciones están superpuestas e integradas con múltiples instituciones; que sus unidades de análisis no son los sujetos, sino que los

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

vínculos establecidos entre ellos; y en tercer lugar, el hecho de que una organización no existe sino que en la percepción de los sujetos como una realidad social. Para ejemplificar estas ideas en el contexto de la tesis, podemos comenzar señalando que la identidad de enfermería está fuertemente integrada con las instituciones de género, religión y Estado, entre otras relevantes (Pucheu, 2006). En relación a la primacía de la observación de los vínculos, podemos recordar como ejemplos los trabajos de Uih-Bien (2006) y McCauley et al. (2006), quienes observan que los procesos de liderazgo suponen la construcción conjunta, entre líder y seguidores, de una realidad social en la cual operar. Realidad que es constantemente recreada e integrada por los sujetos que operan en los distintos “*submundos*” que la componen (Berger y Luckmann, 2003). Si bien a la luz de los desarrollos realizados en cognición social desde los ochenta, difícilmente estas ideas pudieran parecer novedosas (Ver Smith, 1994), podemos concretizarlas aludiendo a cualquier hospital en el cual las enfermeras se relacionan entre ellas y con médicos, auxiliares, directivos, pacientes y familiares de pacientes en roles que integran sus identidades de enfermera con las de género, origen y clase social, universidades de origen, religión, grupo étnico o categoría jerárquica, por mencionar algunas adscripciones adicionales a los estilos o valores personales. En estas relaciones las percepciones sobre el hospital y sus atribuciones características, como calidad o ética, serán constantemente seleccionadas y elaboradas, afectando y siendo afectadas por las identidades de todos los involucrados.

Desde el punto de vista del ajuste individual en los vínculos que componen la organización, la complejidad en las categorías integradas en la vinculación supone la operación de sistemas de significado que operen tanto en la integración de roles y estilos como la discriminación requerida para su uso selectivo. Es a estos sistemas que se alude al utilizar la idea de *self* como sujeto. Retomando a Linville y Carlston (1994), los autores con que iniciamos la revisión de la identidad, encontramos que, tras revisar la evolución histórica de la noción de *self*, éstos concluyen que la idea de que no hay un único *self* sino que un sistema más o menos integrado de *selves* al servicio de la vinculación organizacional se presenta incluso en los autores del fin del siglo XIX. Así, William James habría señalado que “*a man has as many social selves as there are distinct groups or persons about whose opinion he cares*”<sup>9</sup>. Una definición más exhaustiva de la idea de *self* es la de Chad Gordon (En Lauer y Handel, 1983, página 256) quien señala que el *self* “*is a complex process of continuing interpretive*

---

<sup>9</sup> Citado en Linville y Carlston. La cita original corresponde a James, W. (1890, pag. 294).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*activity – simultaneously the person's located subjective stream of consciousness (both reflexive and nonreflexive, including perceiving, thinking, planning, evaluating, choosing, etc.) and the resultant accruing structure of self-conceptions (The special system of self-referential meaning available to this active consciousness)*". Si bien esta definición podría llevar a asumir que el *self* es un sistema relativamente estable, en la práctica mantiene una alta capacidad de adaptación a los contextos organizacionales. De hecho, gran parte de la variación existente en los estilos con que un sujeto se adapta a las exigencias de las diferentes organizaciones y vínculos en las que participa se debe a la identidad que asume en dichos vínculos y organizaciones (Cross et al., 2002; Rothbart y Park, 1986; Sveningsson y Alvesson, 2003; Swann, 1987). Esta observación justifica explorar los nexos existentes entre los mecanismos que dan estabilidad a la organización y aquellos que dan estabilidad al *self* y la identidad.

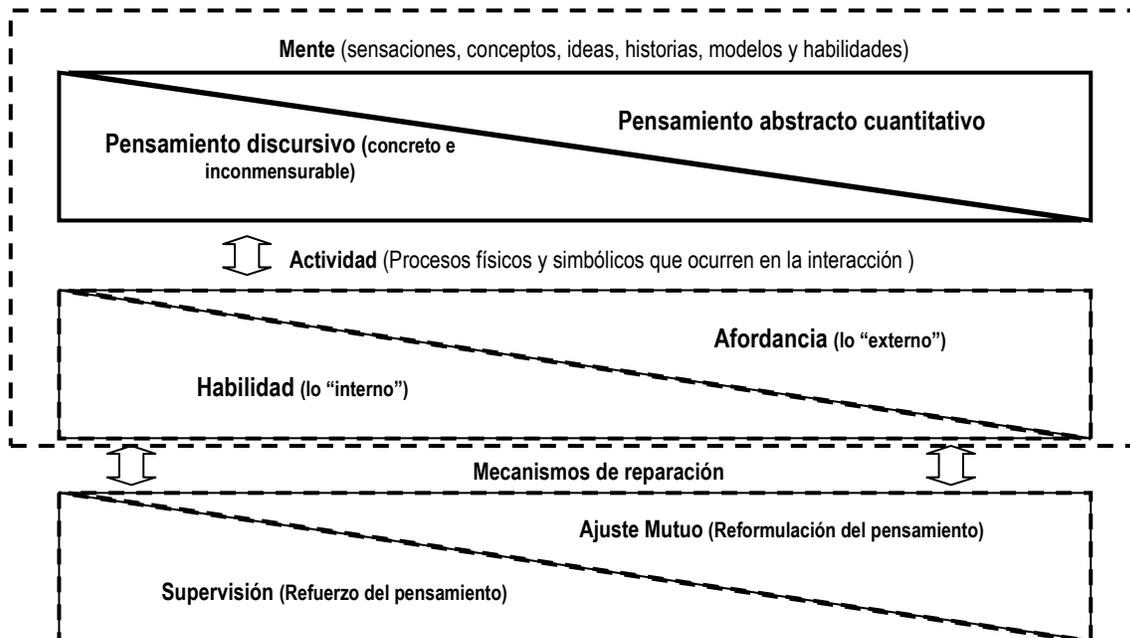
Probablemente el autor más influyente en relación a las taxonomías de mecanismos de coordinación y estabilidad organizacional es Mintzberg (1992), quien actualmente propone la existencia de seis tipos básicos: Estandarización de criterios; Estandarización de objetivos; Estandarización de procesos, Estandarización de habilidades, Supervisión y Ajuste Mutuo. Tanto la estandarización de criterios como la de objetivos afectan de manera primaria a los procesos de razonamiento. Así, la estandarización de los criterios es un resultado de procesos de difusión de valores, políticas e historias en los cuales se basan las creencias que sustentan la estrategia organizacional. Por otro lado, la estandarización de objetivos es posible a través de la aplicación de criterios numéricos, los que en la forma de tasas de retorno, porcentajes de rentabilidad o metas de ingresos o costos, permiten la comparación entre diversos cursos de acción y la identificación de las alternativas más convenientes desde el punto de vista de la racionalidad económica.

El segundo par de mecanismos de estandarización se refieren a los procesos y las habilidades y actúan de manera siempre complementaria, ya que la estandarización de procesos se refiere a los aspectos materiales que condicionan la actividad de los sujetos y la estandarización de habilidades a los aspectos psicofisiológicos involucrados en la misma. Desde el punto de vista psicológico, la estandarización de procesos equivale a un aumento en la definición de la *afordancia*, al menos en el sentido que Gibson otorga a esta idea, es decir, una mayor *pregnancia* en los límites de las capacidades del organismo. Por su parte, la estandarización de habilidades involucra a una amplia

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

gama de fenómenos y las taxonomías a aplicar varían según los énfasis teóricos, pudiendo pasar desde las relativamente sencillas propias de la neurociencia hasta las complejas y difusas categorías que aportan los numerosos autores en el campo de las competencias. En cualquier caso, tanto la afordancia de la actividad como las habilidades que los organismos requieren para implementarlas están íntimamente ligadas, al punto de que en muchos casos sólo son distinguibles para efectos de análisis.

**Figura 9: Mecanismos de coordinación de las organizacionales y el carácter**



El tercer par de mecanismos de coordinación son denominados por Mintzberg como Supervisión y Ajuste Mutuo. Desde un punto de vista psicológico la supervisión se caracterizaría por implicar un reforzamiento de la estandarización de criterios y metas, lo que está obviamente asociado al uso de vínculos jerárquicos. En cambio el ajuste mutuo, que implica en la práctica la aplicación de modelos y técnicas de negociación, supondría la elaboración y adaptación de las prácticas físicas y mentales aplicadas en el trabajo, en el marco de relaciones fundamentalmente horizontales. Una característica común a ambos mecanismos y que los diferencia de los anteriores, es que éstos funcionan en relaciones directas entre personas, lo que permite además que se adapten a los requerimientos específicos que es necesario considerar para afectar el funcionamiento individual de una manera efectiva. En este sentido, este último par de mecanismos pueden considerarse como las herramientas

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

organizacionales necesarias para afinar y reparar los procesos de socialización y control colectivo que determinan la identidad.

Los seis tipos de mecanismos actúan integradamente en toda organización y, por consiguiente y como plantean Gerth y Mills (1953), a través de los roles afectan el carácter de los individuos que componen la organización. Los componentes discursivos implicados en objetivos, valores, creencias y conceptos y que en última instancia operan en la forma de habilidades mentales, constituyen, desde el punto de vista de los individuos, la capacidad mental (Gadner, 2006). El segundo par de mecanismos se asocia, si bien integrado con los otros dos, en las actividades y procesos de producción material. En el individuo esto implica desde los condicionamientos que constituyen la adecuación emocional, tal como alegrarse, apenarse, enojarse o calmarse cuando es adecuado, hasta el desarrollo de las complejas destrezas y rituales necesarios para la implementación de las tareas propias de un músico profesional o un cirujano. Es importante considerar que el adecuado funcionamiento de una estructura organizacional, tanto en sus aspectos formales como informales, requiere de que los sujetos no sólo hayan adquirido los elementos necesarios para la ejecución de su rol, sino que también tengan al menos las nociones esenciales sobre las características y funciones de los demás roles y los discursos y prácticas comunes que permiten la vinculación, de tal modo que puedan ajustarse activamente en la medida de que lo requieran las múltiples variaciones ocurridas en el sistema organizacional. En este sentido, la definición de un rol debe ir más allá de su reconocimiento como una unidad organizacional encargada de una o más funciones y compuesta por un conjunto de creencias y prácticas que deben ser adquiridas por los individuos. Más bien, tiene que incluir el hecho de que la adquisición de un rol supone, en primer lugar, la aceptación del contexto organizacional como una realidad social válida y, en segundo lugar, la incorporación del rol en las características que el sujeto reconoce como propias de su carácter. Finalmente, se requiere el uso combinado de supervisión y negociación para lograr el ajuste constante entre los diversos roles requeridos que actúan en cada campo organizacional y la reparación necesaria para mantener las características estandarizadas de los roles ante el proceso de degradación que producen la coexistencia de campos organizacionales y las variaciones idiosincrásicas que cada individuo aporta en su ejecución.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.2.3.1. La coexistencia de múltiples organizaciones en un mismo establecimiento

Dado que habitualmente en un mismo establecimiento se encuentran presentes múltiples organizaciones (Schvarstein, 2002), los individuos y grupos deben armonizar las identidades, prescribiendo su uso o prohibición de acuerdo a la jerarquía en los discursos de poder existentes en el sistema. En lo que tiene que ver específicamente con la integración de los distintos roles laborales, Sveningsson y Alvesson (2003) plantean que las incoherencias y la permanente evolución en los sistemas de rol del ámbito económico obligan a los sujetos a estar constantemente construyendo argumentos que permitan mantener una satisfactoria sensación de integridad del *self*. Desde este punto de vista la identidad no debiera ser descrita como una estructura, sino que más bien como un proceso. La observación de las conclusiones planteadas por Sennett (2001), en el sentido de que la adecuación del individuo requiere tanto del reconocimiento de la necesidad de otros y la construcción de redes de interdependencia, no sólo reafirma las ideas de Sveningsson y Alvesson (2003), sino que también nos permite entender la construcción de la identidad como un proceso interactivo que, aun más allá de las vinculaciones diádicas reconocidas por otros autores, se integra como contribución y resultado en la historia del sistema social. Esta idea es apoyada por autores como Barbier o Kaddouri (En Barbier et als., 2006), quienes incluso prefieren hablar de *dinámicas identitarias* a fin de resaltar el carácter dinámico y complejo de la identidad.

Un ejemplo de cómo se integra la identidad en un sistema narrativo organizacional del ámbito de la salud es proporcionado por Pratt et al., (2006), quienes describen cómo se produce la estandarización de la identidad en residentes de un servicio quirúrgico para adecuarla a las demandas existentes en los procesos de trabajo. En este trabajo, se encontraron tres tipos de estandarización: Enriquecimiento, Superposición y Separación; diversas fuentes o set de identidades y, también, sistemas de validación de las identidades adquiridas. En lo que se refiere a los tipos de estandarización, Enriquecimiento implica la generación de discursos que profundizan e integran la identidad del sujeto en el resto de sus identidades; Superposición implica la adquisición de un nuevo atributo, el cual es agregado a la lista de autoconceptos para luego, eventualmente, ser integrado. Finalmente, Separación implica un proceso antagónico a enriquecimiento, en el cual se construye discurso para explicar y asignar una atribución a un contexto específico, evitando así su generalización como atributo de identidad. Las fuentes de identidad que permitían la adquisición

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

integrada de grupos de atribuciones que se identificaron en este trabajo fueron los roles asociados al contexto organizacional de cada servicio en el cual los sujetos participaron y, en lo que corresponde a la validación, ésta fue proporcionada por procesos de retroalimentación en la evaluación de desempeño y la asimilación con los sujetos considerados modelos de rol. Pratt et al. (2006) plantean que las transiciones en los procesos de aprendizaje y desarrollo de carrera estarían asociadas a transiciones de identidad y que éstas, a su vez, guardan relación con la construcción de una identidad que refleje las expectativas del sujeto en relación con “quién es él o ella en realidad”. En este sentido, el trabajo de Pratt et al. (2006) es coincidente con la línea de pensamiento psicológico asociada a los múltiples autores que han escrito sobre las relaciones entre ideal del yo, auto actualización y otros conceptos relacionados.

Kreiner et al. (2006), analizando las maneras en que los sujetos manejan la incongruencia en sus discursos de identidad en la organización, plantean que las identidades son negociadas a través de interacciones entre distintos individuos al interior y entre organizaciones. Esta afirmación es coincidente con la posición de autores como Swann (1987) o Cross et al. (2002), quienes han estudiado el tema en una perspectiva general. Ahora bien, Kreiner et al. (2006) aportan en la discusión al establecer que la manera en que los sujetos perciben la incongruencia es a través del establecimiento de magnitudes o “pesos relativos” entre los atributos de identidad que deben ser integrados en el proceso de socialización organizacional. Así, el hecho de que existan atributos considerados demasiado impactantes o irrelevantes activara la necesidad de construir explicaciones que permitan contextualizarlos o generalizarlos, según sea el caso.

Reicher et al. (2005) contribuyen en el análisis de las relaciones entre identidad y organización al proponer que los procesos de liderazgo son un medio por el cual líder y seguidores construyen sus identidades recíprocas y comunes, siendo necesario que existan algunos elementos compartidos en la identidad para que el proceso de influencia sea viable. Al mismo tiempo, Reicher et al. (2005) plantean que la eficacia del liderazgo va a depender del grado en el cual el sujeto en el rol de líder pueda modificar la percepción sobre la realidad social, alterando las categorías sociales, un constructo que Reicher et al. (2005) utilizan con un significado asimilable al de representación social, es decir, esquemas mentales de uso común y compartido que permiten categorizar las percepciones y de esta manera organizar el comportamiento del sujeto en el ámbito social. En este sentido es

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

conveniente recordar que, según Herzlich (1975), las representaciones sociales son tanto un proceso como un contenido, manifestándose en el discurso como un sistema más o menos integrado de proposiciones que pueden ser organizadas por un observador externo en relación a las dimensiones o ámbitos de realidad social en las cuales son utilizadas. Jodelet (1993, página 474) propone la siguiente definición, que permite apreciar la extensión de su significado: *“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social... Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas al nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.”*

Volviendo a los planteamientos de Reicher et al. (2005), la resistencia al cambio organizacional se debería a la necesidad de los miembros de una organización por mantener sus identidades y evitar el stress involucrado en los procesos de reconfiguración que podrían originarse debido a cambios tanto en los contenidos de las categorías sociales como en la organización o lógica en el cual son manejados. Esta idea concuerda con lo expuesto por autores como Jabri (2004) o Brown y Humphreys (2003) quienes han establecido que las identidades individuales y organizacionales se construyen como relatos que permiten la reducción de ansiedad a través de la percepción de continuidad en la historia.

### **2.2.3.3. Dificultades planteadas a la integración desde el sistema social**

El hecho de que la complejidad creciente del sistema social dificulte el logro de un sistema discursivo que elimine la incoherencia entre las distintas identidades de los sujetos hace necesario revisar algunas ideas sobre las relaciones entre los discursos identitarios y el grado de literalidad con que estos discursos son utilizados colectivamente. Kaës (2002) plantea que la vinculación requiere que las incoherencias en las identidades sean mantenidas fuera del campo de conciencia de los sujetos, para lo cual el sistema institucional utilizaría mecanismos tales como pactos de negación, “el pasar en silencio” y la protección contra lo negativo. La idea de pacto de negación alude a un pacto inconciente

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

entre los miembros de un vínculo por medio del cual un contenido conflictivo es dejado fuera del pensamiento. La génesis de este pacto está asociada a la existencia de tabúes culturales y personales que inciden en los hábitos y rituales en los que se desenvuelve la existencia conciente. Las nociones de “comunidad de negación”, planteada por Fain y “pasado de silencio” de Rouchy (Ambos en Kaës, 2002) tendrían significados análogos, en el sentido de que existe una necesidad social por eliminar contenidos que hagan analizables las narrativas históricas que componen la identidad. Es importante considerar que esta necesidad de control no es sólo un requerimiento de la hegemonía, sino que participan en ella todos los discursos y componentes instituidos.

Pese a la existencia de los mecanismos aludidos anteriormente, el proceso de fricción entre los contenidos instituidos y aquellos que emergen como resultado del análisis producido en el conflicto social, es continuo y por lo tanto la estructura social, en tanto campo de realidad, está siempre en transformación (Berger y Luckmann, 2003; Lourau, 2001). Esto es importante porque reafirma la idea de que la identidad también requiere de transformación continua. Ahora bien, el ajuste a las demandas institucionales es discontinuo, como lo sugieren las ideas de reificación (Rogers, 1961) o *awareness* (Perlz, 1977, Stevens, 1976) y como sugieren los trabajos revisados anteriormente en relación al rol de los diálogos en el proceso de construcción de identidad (Kreiner et al., 2006; Morgan et al., 2005; Pasupathi, 2001; Swann, 1987) y otros que exploran la relación entre ritos de pasaje y eventos subjetivamente percibidos como determinantes de un cambio identitario, como asocian experiencias religiosas o la incorporación a organizaciones y programas educacionales (Ejemplos: Mezinrow, 2000, White, 2004). En el próximo punto se presentan modelos sobre la manera en que los sujetos y el sistema organizacional efectúan los ajustes de identidad.

### 2.2.4. Duelo y Crisis Vital

Si bien la noción popular de Duelo se asocia al proceso de recuperación de la pérdida generada por la muerte de una persona amada, ya el mismo Freud, en *Duelo y Melancolía* (1996), plantea que el duelo también puede generarse tras la pérdida de objetos abstractos, tales como la patria, la libertad o algún otro ideal. Extendiendo esta idea, Rando (1991) propone que la pérdida puede ser considerada incluso parte de procesos descritos concientemente como una ganancia, como podría ser un ascenso o el matrimonio, ya que en éstos también existe una transformación de la identidad. Zell (2003), utilizando la misma concepción, afirma que la noción de duelo puede ser aplicada adecuadamente para referirse a las modificaciones en los vínculos y la identidad generadas en procesos de cambio organizacional. En la misma línea y de manera explícitamente más optimista Schaefer y Moss (2002) plantean que las pérdidas de identidad son en realidad la oportunidad de consolidar una nueva identidad y adquirir mayores o más flexibles capacidades de adaptación. Considerando lo anterior, en los siguientes párrafos el concepto duelo será utilizado para referirse a procesos en los cuales el sujeto debe alterar su identidad, incorporando o modificando los vínculos y discursos que la sustentaban debido a cambios en las demandas de adaptación internas o al contexto organizacional. Estos procesos pueden tener muy diversos niveles de impacto, variando desde adecuaciones en hábitos hasta cambios radicales en la identidad y posición social.

En lo que se refiere a su estructura, el duelo es analizado habitualmente desde una perspectiva temporal y en la cual se distinguen varias etapas. En esta línea, el modelo probablemente más popular es el de Bowlby (Stroebe et al., 2002), quien plantea que el proceso de duelo tendría cuatro etapas, las que muchas veces se presentan superpuestas o con regresiones (Bowlby, 1980):

- *Fase de Entumecimiento*: Esta primera fase, a veces sumamente breve, consiste en una situación en la cual el impacto emocional impide la elaboración conceptual de la pérdida. Puede terminar en una explosión de ansiedad o rabia.
- *Fase de reclamo y búsqueda de la figura perdida*: En la medida que la pérdida es asimilada, se experimentan emociones intensas, tales como rabia, pena y ansiedad. Al mismo tiempo, existe la tendencia a interpretar eventos de manera que suponen la recuperación del objeto perdido.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Estas manifestaciones disminuyen progresivamente hasta que es posible observar la etapa siguiente.

- *Fase de desorganización y desesperación y Fase de reorganización:* A la aceptación cognitiva de la pérdida sigue un período de falta de sentido de la realidad percibida, lo que es progresivamente reemplazado por una reintegración producto de la observación y análisis de la pérdida. Bowlby (1980) plantea que este análisis es un requisito para la necesaria reconceptualización de la identidad y perspectiva existencial que el sujeto debe hacer para construir nuevos vínculos. De no ocurrir esta reconceptualización, los antiguos hábitos, valores o creencias pueden hacer que el duelo se prolongue de manera malsana, pudiendo transformarse en un estado de depresión. Es importante considerar que la descripción del proceso de duelo que plantea Bowlby se hace a partir de la observación de viudas, lo que podría magnificar las etapas y consecuencias del proceso.

Otro modelo de duelo es el propuesto por Rando (1991), quien divide al proceso en tres etapas: Evitación, Confrontación y Acomodo. *Evitación* corresponde a las etapas de entumecimiento y reclamo y búsqueda de la figura perdida de Bowlby. *Confrontación*, que sería el momento en el cual la pérdida es experimentada más intensamente, describiría el proceso de asimilación emocional de la pérdida y finalmente, *Acomodo* describiría una etapa en la cual el dolor va cediendo progresivamente y el sujeto va retomando su vida afectiva y social.

Kubler-Ross (En Zell, 2003) describe cinco etapas en el proceso de duelo: Negación, Rabia, Negociación, Depresión y Aceptación. La *Etapa de Negación* implicaría, al igual que en los modelos anteriores, la incapacidad para procesar la pérdida y por tanto la continuación de los hábitos adquiridos con anterioridad. La *Etapa de Rabia* se caracterizaría por la aplicación de una interpretación de la pérdida que origina rabia, resentimiento o frustración hacia otros o el mismo sujeto. En la *Etapa de Negociación* el sujeto acepta cognitivamente la pérdida, pero al mismo tiempo actúa de manera que se postergue la aceptación de las consecuencias. Cuando esto último ocurre, aparece la *Etapa de Depresión*, en la cual priman las emociones de melancolía y pena. En esta etapa el sujeto procesa la pérdida pasada y anticipa los resultados futuros. En quinto y último lugar aparece la *Etapa de Acomodo*, en la cual se acepta emocionalmente lo inevitable y se adquiere mayor tranquilidad. Zell (2003) encontró evidencia de estas etapas en un proceso de cambio organizacional

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

implementado en una universidad, encontrado evidencia sobre la naturaleza colectiva de los procesos de negociación y construcción de significado. Desde esta idea es necesario considerar lo planteado por Hagman (2001), quien critica lo que denomina el “modelo psicodinámico de duelo estándar” y que refiere a ciertos supuestos ampliamente extendidos en la literatura sobre duelo, tales como el énfasis en la separación del objeto o decaetesis, el asumir que el duelo es fundamentalmente un proceso interno que evoluciona espontáneamente y la focalización en las emociones de rabia y pena. Hagman (2001) plantea que una perspectiva más adecuada del duelo debe considerar los siguientes puntos:

- Cada persona responde a las pérdidas de una manera personal y única, por lo que no pueden establecerse patrones universales de patología.
- Lo que algunos terapeutas denominan *respuestas patológicas* puede ser también considerado como un intento exitoso de conservar el apego al objeto, en este sentido puede considerarse que el duelo patológico contiene elementos egosintónicos y no puede ser analizado como un todo homogéneo.
- La pérdida de un ser amado genera una crisis en las estructuras de significado con que la persona organiza su vida, por lo que el duelo es también generador de significado, por doloroso e inmovilizante que parezca.
- El duelo no sólo es un reacomodo psíquico, es también un proceso comunicacional en el cual el sujeto reinterpreta su historia e identidad.
- Considerando lo anterior, el duelo debe ser analizado como un proceso colectivo, en el cual la comunidad juega un rol fundamental tanto en la construcción de significado como en la generación de oportunidades de reinserción y vínculo.

Hagman (2001) propone que la aplicación de estas ideas debe llevar a trabajar el apoyo en el duelo considerando la posibilidad de explorar los afectos positivos en los recuerdos del objeto perdido, de manera que la reorganización del *self* integre este significado positivo de la experiencia. Así mismo, también se debe considerar los beneficios de los rituales y la participación de otros vínculos en la reconstrucción del significado vital del cliente. Estas propuestas son coincidentes con las de un importante número de autores (Ver: Neimeyer, 2001) e incluso llevan a recordar que la dificultad o

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

imposibilidad de realizar una reconceptualización de la identidad es una de las características distintivas de las disfunciones caracterológicas más severas. Existe un amplio acuerdo en los autores mencionados respecto al hecho de que diferencias individuales o ambientales, así como la naturaleza específica de la pérdida, pueden hacer que el proceso de duelo varíe en términos de duración, intensidad o composición emocional. De esta manera, sería difícil discriminar entre manifestaciones culturalmente aceptables del duelo y otras que debieran ser consideradas patológicas. Esto nos lleva a reconocer las similitudes entre los procesos de duelo y las crisis psicosociales, concepto utilizado por Erickson (1994) para referirse a los procesos de adaptación que el sujeto debe realizar para acomodarse a cambios en las demandas externas e internas que ocurren entre cada etapa del ciclo vital. En los primeros desarrollos de Erickson estas crisis psicosociales serían ocho y sus temáticas son: Confianza Básica v/s Desconfianza Básica; Autonomía v/s Vergüenza y Duda; Iniciativa v/s Culpa; Laboriosidad v/s Inferioridad; Identidad v/s Confusión; Intimidad v/s Aislamiento; Productividad v/s Estancamiento e Integridad v/s Desesperación. El orden, secuencia e intensidad de cada crisis están en gran parte normadas por la estructura económica y socioafectiva de cada sociedad, no obstante esto, se expresarían de manera variada en función de las capacidades, impulsos y demás condiciones de cada individuo.

Según Erickson (1994), el logro de una identidad coherente a partir de las distintas imágenes de sí mismo que el sujeto ha construido hasta y durante la adolescencia tiene importancia capital, ya que sobre el núcleo de esta identidad se asimilarán los cambios posteriores que serán necesarios en función de los roles adultos. En caso de no lograrse, la sensación de difusión de identidad implicará dificultades para la superación de las demandas de intimidad, generatividad e incluso el logro de integridad ante la perspectiva del fin de la vida. Desde este punto de vista el logro de una sensación de identidad es un factor protector ante las dificultades que serán experimentadas en los sucesivos duelos requeridos al sujeto. Erickson desarrolla ya en 1959, en su texto *Adolescencia Tardía*, la idea según la cual los cambios sociales han influido en la prolongación de la adolescencia, continuando la construcción de la identidad en la adultez joven e incluso más allá. Estos cambios se asocian a la necesidad de una educación formal más prolongada, las necesidades de adecuar las identidades adolescentes en un sistema social complejo y cambiante y la generación de nuevas formas de organización en la familia, entre otros aspectos que hacen que el abandono y adquisición de identidades requerido por la adultez se haya tornado más dificultoso. Kegan (1994) actualiza y

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

desarrolla estas ideas, planteando como conclusión que el logro de un nivel de comprensión trans ideológico que permita ajustar las incoherencias en las distintas identidades que un sujeto debe asumir se habría transformado en un requisito mínimo de adecuación social incluso en la adultez joven. Desde este punto de vista podría decirse que la adultez contemporánea implica asumir procesos de duelo de manera continua o, desde el punto de vista de la identidad, contenidos y atribuciones incoherentes. Desde esta idea pasaremos a la revisión de la literatura sobre depresión y burnout, conceptos utilizados para referirse a las anomalías en los procesos de duelo.

**Figura 11: Dilemas presentes en cada crisis psicosocial del ciclo vital<sup>10</sup>**

8	<b>Vejez</b>										Integridad v/s Desesperación
7	<b>Adultez</b>										Generatividad v/s Estancamiento
6	<b>Adultez Joven</b>										Intimidad v/s Aislamiento
5	<b>Adolescencia</b>										Identidad v/s Confusión
4	<b>Edad escolar</b>										Laboriosidad v/s Inferioridad
3	<b>Edad de Jugar</b>										Iniciativa v/s Culpa
2	<b>Niñez Temprana</b>										Autonomía v/s vergüenza
1	<b>Infancia</b>										Confianza Básica v/s Desconfianza

El desarrollo de ideas descrito hasta este momento autoriza a señalar que tanto el duelo como las llamadas crisis vitales, que pueden ser consideradas un tipo particular de duelo experimentado de manera normativa, resultan ser también procesos de transformación organizacional.

<sup>10</sup> Fuente: Erickson, E. (1994) El ciclo vital humano. Originalmente publicado en 1968. En Erickson, E. *Un modo de ver las cosas. Escritos selectos de 1930 a 1980*. México: Fondo de Cultura Económica. Página 536.

### 2.2.5. *Depresión y Burnout*

Los términos *Depresión* y *Burnout* son utilizados frecuentemente en relación a fenómenos considerados como disfunciones del duelo, con las distinciones que reseñaremos a continuación.

#### 2.2.5.1. **Depresión**

La noción de *Depresión* alude a una variada gama de trastornos del ánimo que presentan heterogeneidad tanto en las etiologías como en la manifestación y cuya prevalencia en la población es notablemente extendida, siendo en Chile la segunda causa de pérdida de años de vida en mujeres adultas (Fullerton, 2003). Las diferencias entre los distintos tipos de depresión y sus etiologías no están claramente definidas, por lo que la distinción entre depresión y duelo sería difícil de establecer en muchos casos e incluso Covarrubias (2003), señala que los síntomas de la depresión se presentan en el duelo. Por su parte otros autores, como Fredén (1986), discriminan duelo de depresión sobre la base de su intensidad o duración. Ahora bien, desde una perspectiva psicodinámica se considera que la idea de depresión alude a un duelo prolongado o particularmente intenso hasta una medida en que es considerado patológico (Ver: Winograd, 2005). En el mismo sentido, Jiménez (2003), al explicar la psicodinámica de la depresión, señala que ésta puede originarse en anomalías en la capacidad de perder o separarse del objeto amado, ya sea otra persona o una representación conceptual. De esta manera, la causa de la depresión no es la pérdida, si no la manera en que ésta es interpretada. Así, los componentes principales de la depresión serían la convicción de que el deseo de vinculación con el objeto es imposible de satisfacer y la generación de un sentimiento de desesperanza, desamparo e impotencia, que se reflejaría sobre el sujeto, afectando su autoestima y capacidad de gozo.

#### 2.2.5.2. **Burnout**

El concepto *burnout*, en su traducción más frecuente “quemarse en el trabajo”, se utiliza para describir estados psicológicos caracterizados por la pérdida de la calidez en el contacto personal y la sensación de logro y poder en el trabajo, lo que se acompañaría, además, de sensaciones de ansiedad y culpa, entre otras emociones desagradables. El concepto del síndrome se atribuye a Herbert Freudenberger, quien lo concibió a mediados de los años setenta para dar cuenta del proceso de deterioro de los

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

cuidados y atención profesional en personas que desempeñan roles asociados al cuidado de otros (Abarca y Puentes, 2005; Dalmau, en González, 2005; McConnell, 1982). En los últimos años se ha ampliado el uso del concepto, abarcando procesos de fatiga observados en profesionales de otras áreas e incluso personas dedicadas al cuidado de otros debido a razones religiosas o familiares (Maslach, 2003). Por ejemplo, Finkelstein y Romero, revisando diversas definiciones, señalan que es el *burnout* implica “una especie de vacío de uno mismo, es un cansancio del espíritu que resulta de la pérdida de fe en la capacidad de ayudar” (2004, página 22). De manera incluso más general Freudenberger propone que *burnout* sería “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo” (En Rozas, 2000, página 12). Esta última definición permite vincular el fenómeno de *burnout*, en tanto síndrome que alude a una serie de características o síntomas percibidos como estables, con el fracaso de los procesos adaptativos de los sujetos, lo que podría estar vinculado a procesos de socialización profesional que no entregan o dificultan el acceso a los recursos necesarios para que los sujetos adapten su identidad a las restricciones organizacionales o a culturas más pragmáticas encontradas en el mundo del trabajo. Considerando este punto de vista, el *burnout* podría ser caracterizado como la versión laboral de las depresiones individuales originadas por la evitación o inhabilidad para perder al objeto. De hecho, Freudenberger plantea que “no discussion of burnout is complete without an evaluation of the structure of an organization, an agency, a hospital, a clinic, or an institution. To what degree do the values, the principles, and the leadership of an institution contains variables and factors that may promote burnout in its staff or personnel?” (Freudenberger, 1989. pag. 4). En desarrollos posteriores, Maslach y Leiter (1997), han identificado 6 situaciones o causas específicas de *burnout* en las organizaciones:

- **Sobrecarga de trabajo:** La cual involucra no sólo a la cantidad, sino que también a la intensidad y complejidad de las tareas y la disminución del tiempo dedicado al desarrollo de otros ámbitos de la identidad que no sean los profesionales.
- **Falta de control:** Esta idea aborda tanto la pérdida efectiva de control sobre el desempeño que produce un proceso o tarea más complejo de lo que el sujeto puede manejar o la pérdida de empoderamiento producida por exceso control de supervisión.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- **Recompensa insuficiente:** Este factor abarca los aspectos extrínsecos, que suelen verse afectados en la medida de que aumenta la carga de trabajo y los intrínsecos, como el goce generado por la misma tarea y que puede perderse debido a la falta de recursos adecuados para su desempeño correcto y eficaz.
- **Ruptura de la comunidad:** Este concepto es utilizado por Maslach para referirse a la pérdida del contrato psicológico implícito entre el sujeto y la organización y los grupos que la componen. Así, en la medida que se pierden normas que permitan asumir la continuidad de la relación contractual o personal, se dificulta la colaboración, se fomenta el individualismo y se terminan fragmentando las relaciones.
- **Ausencia de equidad:** Maslach señala que la equidad está compuesta por la presencia de confianza, transparencia y respeto y que la pérdida de estas características en las relaciones deriva en la aparición de cinismo y conflicto encubierto.
- **Conflicto de valores:** Considerando que la existencia misma de una organización descansa sobre la existencia de un punto de vista compartido por sus miembros, en la medida de que existen grupos con diferentes prioridades o estilos de acción se degrada rápidamente la capacidad de la organización por controlar sus prioridades.

Estos seis elementos estarían integrados en la práctica, de tal manera que difícilmente una organización con valores en conflicto mantendrá un sentido profundo de comunidad, recompensa o equidad, lo que es también válido para los demás factores.

Estudios recientes han confirmado la afirmación de Freudemberger (1989) y Maslach y Leiter (1997), en el sentido de que las causas de pérdida del disfrute en el trabajo estarían extendidas a gran parte de las organizaciones y ámbitos del mundo profesional. Así, Cartwright y Colmes (2006) citando un estudio un estudio de Flade, señalan que un 80% de la fuerza de trabajo británica manifiesta falta de compromiso con su trabajo y Naus et al. (2007), citan varios estudios en los que se presenta que sólo entre el 9 y el 27% de los trabajadores de diversos países industrializados se sienten comprometidos y experimentan satisfacción con sus trabajos. En el caso de Chile, diversos estudios han confirmado

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

tanto la validez del concepto como del uso de instrumentos para su evaluación (García et al., 1999; Finkelstein y Romero, 2004; Ponce, 2001; Quintana, 2003; Rozas, 2000).

Pese a lo extendido del problema y al reconocimiento de que existen variables organizacionales asociadas a su presencia, el concepto del *burnout* continua siendo considerado como un fenómeno individual y en la literatura revisada no se han encontrado estudios que vinculen los estados descritos como *burnout* en las personas que ayudan con los correspondientes estados emocionales de sus pares, pacientes, clientes o familiares.

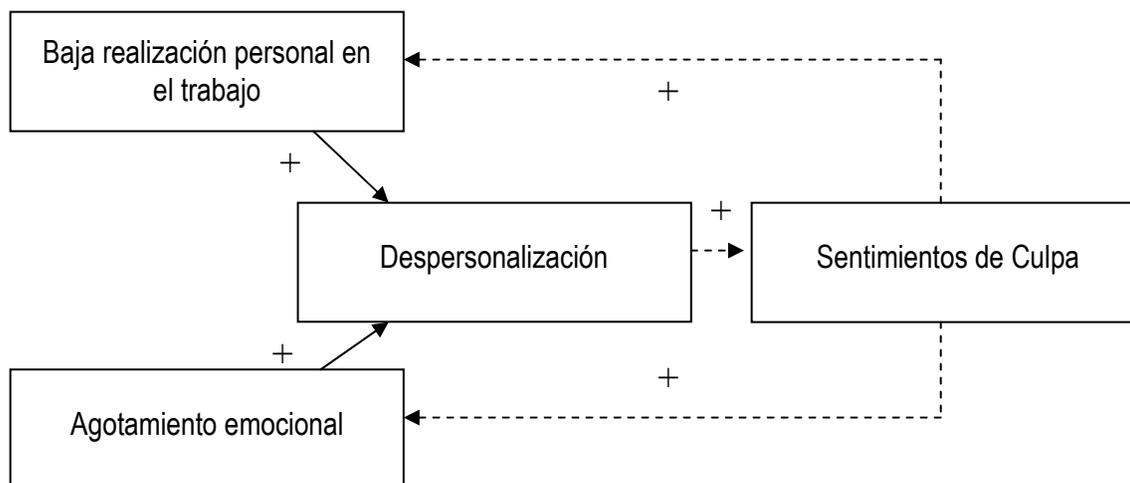
### 2.2.5.2.a. La descripción del síndrome de burnout

Si bien Freudenberg planteaba que el burnout podría caracterizarse como una pérdida del idealismo y compromiso, los trabajos de Maslach (2003), al difundirse, han popularizado el uso de una definición que asume el síndrome de *burnout* como la presencia conjunta de tres estados psicológicos característicos: Fatiga emocional, despersonalización y la sensación de falta de logro. El elemento central se encontraría en la fatiga emocional, la cual se genera en la medida de que los sujetos se involucran afectivamente en problemas o tareas que van más allá de su capacidad de control, lo que se expresaría como sensaciones de falta de energía, pérdida de la capacidad de contacto o necesidad de evitación de los problemas que los consumen. Si la evitación física no es posible, se desarrollan fantasías asociadas a distanciamiento y una afectividad negativa, asociadas a desvalorización y cinismo respecto a la demás personas, incluyendo a aquellas que serían objeto del cuidado. Este distanciamiento constituiría la despersonalización de la relación. Finalmente, los elementos anteriores contribuyen a que se tome distancia de la relación y con esto, que disminuya la capacidad de cuidado, por lo que los sujetos comienzan a experimentar una baja en su sensación de logro y autoestima. El proceso que va desde la experiencia de fatiga emocional a la pérdida de la capacidad de cuidado parece ser prolongado y Ekstedt y Fagerberg (2003) encontraron que los sujetos sólo aceptan la situación de *burnout* luego de períodos de negación tan largos como les es posible, debido que intentan mantener su identidad y creencias iniciales. Gil-Monte (2003) plantea que a los tres grupos de síntomas anteriores debe agregarse la culpa y que este último síntoma es un importante factor en la manera en que los sujetos reaccionan al *burnout*. Así, sujetos que experimenten culpa intentarán mantener su involucramiento con las tareas y las personas a las que

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

asisten, experimentando en el largo plazo mayores niveles de agotamiento que aquellos que se distancian de las tareas y sus asistidos más tempranamente.

Figura 12: Modelo de la relación entre los síntomas de *burnout*<sup>11</sup>



Gil-Monte (2003) plantea que el *burnout* debe considerarse un síndrome intermedio, en el sentido de que si se mantiene el stress, deberían aparecer síntomas asociados a alteraciones psicósomáticas, tales como alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, dificultades para dormir y vértigos, entre otras. Al mismo tiempo, en el ámbito organizacional aparecerían problemas como deterioro del servicio, rotación, ausentismo o abandono. La figura 4 muestra el modelo de Gil-Monte para relacionar el *burnout* con el estrés laboral.

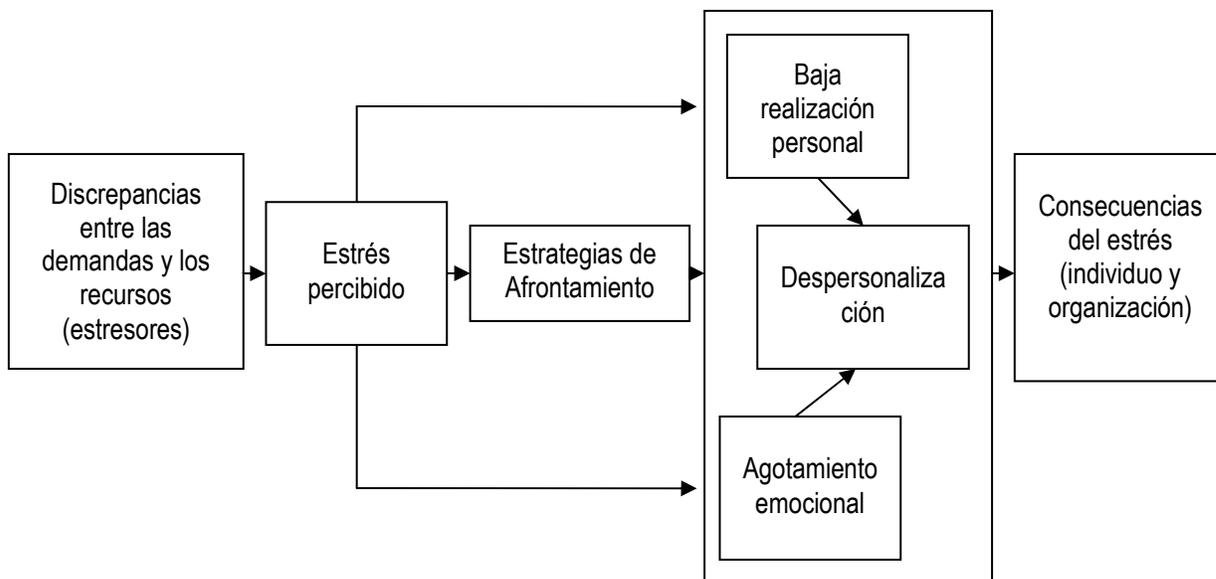
Respecto a los factores individuales que facilitarían la aparición del síndrome, Maslach (2003) propone en primer lugar que un factor que facilita y aumenta la intensidad del *burnout* es el hecho de generar respuestas explicativas a los problemas en base a atribuciones personales de culpa. Así, si un sujeto atribuye que las causas de sus problemas se encuentran en si mismo u otra persona, se facilitará la despersonalización y la pérdida de sensación de logro, particularmente si esta última va asociada a culpa o resentimiento. Otras variables que facilitarían el *burnout* serían la dificultad para fijar límites en el trato con los demás, la orientación hacia valores convencionales y la dificultad para

<sup>11</sup> Fuente: Gil-Monte, P. (2003) El síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de *burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1. 19-33.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

tolerar diversidad o frustraciones. Estas características son atribuciones desarrolladas en muchas profesiones asociadas al cuidado, particularmente en aquellas como enfermería, en la cual y como veremos a continuación, el cuidado hacia otros y el sacrificio personal son valores explícitos. Estas ideas han recibido amplio apoyo empírico. Por ejemplo, Ekstedt y Fagerberg (2005), realizando entrevistas en profundidad, encontraron que el distanciamiento respecto al trabajo y las relaciones era una manera de proteger el autoconcepto, amenazado por la incapacidad de hacer frente a las demandas de las relaciones en el trabajo, en particular a la necesidad de integrar exigencias técnicas y económicas con la consideración a las necesidades de otros, que aparecen postergadas en el discurso de gestión y que obligaban a reestructurar la manera en que los sujetos se percibían a sí mismos en relación a su cuidado por los demás.

Figura 12: Modelo para integrar el *burnout* dentro del proceso de estrés laboral<sup>12</sup>



### 2.2.5.2.b. Burnout en Enfermería

Un primer dato en relación con el estudio de *burnout* en la profesión de Enfermería es el hecho de que los artículos publicados invariablemente muestran algún grado de prevalencia del problema (Ejemplos: Dorz et al., 2003; Beckstead, 2002; Gascia et al., 1999; Kennedy, 2005; Shimomitsu et al.,

<sup>12</sup> Fuente: Gil-Monte, P (2003) El síndrome de quemarse en el trabajo (Síndrome de *burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Electronica InterAção Psy*, 1. 19-33.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

2003; Schmitz et al., 2000). Esta alta difusión del problema ha derivado incluso en el uso de la noción de resiliencia en la labor de cuidado y la búsqueda de historias y prácticas que favorezcan el desarrollo de esta cualidad (McElfatrick et al., 2000; McGee, 2006). Los estudios realizados en Chile también presentan indicadores de la presencia del síndrome. Así, Quintanilla (2004) encontró un promedio de 57,2 puntos, que equivale a nivel medio-bajo de *burnout*, en enfermeras de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital del Trabajador. García, Meza y Palma (1999) encontraron que el 67,8% de las enfermeras de la Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río manifestaban el Síndrome o situación de riesgo, finalmente, Ordenes (2004) encontró que el 81% de las enfermeras del Hospital Roberto del Río también manifestaban el síndrome.

En lo que corresponde al desarrollo teórico, es posible señalar que ya a comienzos de los años cincuenta Isabel Mensiez (En Mensiez y Jaques, 1994) describió la estrecha relación entre el manejo de la ansiedad y los sistemas de socialización y funcionamiento organizacional en la profesión de enfermería. Estudios más recientes han confirmado la relación entre ansiedad y variables tales como valores, supervisión y relaciones entre pares. Ejemplos de esto se encuentran en los trabajos de Altun (2002), quien encontró que las enfermeras que valoraban con mayor prioridad los valores de altruismo, compasión y generosidad también tendían a tener mayores niveles de *burnout* y que, en cambio, aquellas que valoraban la dignidad de los pacientes por sobre otros valores tendían a demostrar los menores niveles. Esto podría tener relación con las diferencias en el grado de rigidez de las prescripciones para ambos grupos de valores y, de manera asociada, con las capacidades de las enfermeras para asimilar las incongruencias o cambios requeridos por el trabajo. En cuanto a la supervisión, Hyrkäs (2005) plantea que la práctica de supervisión clínica parece disminuir el riesgo de *burnout*, lo que posiblemente se debe al mantenimiento de vínculos que permiten la reconfiguración de valores e identidad. Finalmente, Bakker et al. (2005) encontraron que la opinión de que colegas estuvieran padeciendo *burnout* se asociaba con mayores posibilidades de padecerlo, sugiriendo en sus conclusiones que podría tratarse de un fenómeno susceptible de ser socializado a otros.

Como se señaló anteriormente, Gil-Monte (2003), realizando análisis cualitativo de entrevistas y sobre la revisión de literatura, sostiene que el síndrome de *burnout* en enfermería no sólo involucraría los tres grupos de síntomas descritos por Maslach - Despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal – si no que además incluiría sentimientos de culpa. De esta manera, discrimina

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

dos patrones en el desarrollo de *burnout* en enfermería. Un primer patrón aludiría a aquellas enfermeras que manejan el estrés a través de despersonalización, lo si bien puede tener consecuencias negativas para los pacientes, les permitiría mantenerse actuando en el sistema de trabajo. El segundo patrón estaría constituido por aquellas enfermeras que debido a consideraciones éticas u otras variables psicosociales, desarrollarían culpa como consecuencia de la percepción de que actúan de manera despersonalizada. La culpa llevaría a estas enfermeras a aumentar su implicación laboral, pero al mantenerse las condiciones del entorno, en el largo plazo tenderán a aumentar su agotamiento emocional y despersonalización, generándose un círculo vicioso que terminará por aumentar su ausentismo y deseos de abandonar la profesión.

Gil-Monte (2003) señala una lista de elementos que contribuyen a la presencia del *burnout* en enfermería y que pueden ser aplicadas a la situación en Chile. Estas variables pueden ser agrupadas en las siguientes categorías.

- La naturaleza del trabajo de salud, el cual implica contacto directo con la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y eventualmente la muerte del paciente. Así como el sufrimiento y duelo de familiares, amigos y, eventualmente, los compañeros de trabajo.
- Rápido cambio de las demandas técnicas y personales, lo que incluye desde el cambio en la regulación profesional y las técnicas y tecnologías utilizadas por las enfermeras hasta los nuevos síndromes y requerimientos de los usuarios, lo que ahora no sólo tienen una mayor edad promedio, si no que también mayores exigencias de atención de público, comodidad o aseguramiento de resultados.
- Falta de recursos físicos y humanos, lo que no sólo afecta el nivel de esfuerzo realizado por la enfermera, si no que también sus expectativas de logro y seguridad personal.
- La complejidad del sistema organizacional. Dado que los hospitales y demás establecimientos de los sistemas de salud operan como burocracias profesionales compuestas por unidades altamente especializadas, con limitaciones a la libertad de acción y ambigüedad en los objetivos o medios de acción, existe una alta demanda por coordinación y estandarización de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

procesos y funciones, lo que a su vez aumenta la carga de trabajo y la incertidumbre en la toma de decisiones.

- Pérdida del prestigio social y respeto por parte de los usuarios. En Chile, Pucheu (2007) ha observado que la pérdida del status percibido puede extenderse también a las relaciones con médicos y personal técnico paramédico y auxiliar.
- Relaciones interpersonales tensas o con presencia de conflictos, en los vínculos con compañeros, pacientes, supervisores y la administración de la organización.

En el ámbito de las variables personales, Gil-Monte (2003) señala la influencia de elementos tales como los valores, el género o la orientación hacia la culpa. A estos elementos deben agregarse factores como la calidad de las redes de apoyo, los roles extralaborales o el ingreso disponible, los cuales afectan la capacidad de los sujetos para descansar, percibir alternativas de trabajo o mejorar sus estrategias de enfrentamiento al estrés laboral. Esto puede ser apoyado por los trabajos de Schmitz et al. (2000) y Mackie et al. (2001), quienes encontraron que la percepción de falta de control sobre los procesos de trabajo juega un rol fundamental en la aparición de estrés y depresión en trabajadores de la salud. Esta idea ha encontrado apoyo y se han presentado resultados que muestran que el trabajo en casas, pese a ser realizado con menor apoyo, resulta menos estresante que el realizado en el hospital, donde existen mayor número de limitaciones (van den Berg et al., 2006). También se han presentado resultados que demuestran una relación significativa entre conflicto de roles, insatisfacción y *burnout* (Piko, 2006), lo que es importante considerando la situación de transición cultural en la profesión de enfermería y los hospitales.

### 2.2.6. Síntesis

La literatura revisada permite asumir los siguientes puntos:

- La identidad puede ser definida como un conjunto de relatos, más o menos integrados, que los sujetos van construyendo sobre si mismos y los demás a partir de eventos o historias. Estos relatos se van consolidando y cobran significado a través de conversaciones en los

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

cuales los sujetos asumen puntos de vista desde los cuales se emiten los juicios que posteriormente tomaran la forma de explicaciones de causalidad, incluyendo aquí supuestas disposiciones internas, a las que aludimos con las ideas de rasgos o motivación (Pasupathi, 2001; Pasupathi et al., 2007).

- El reconocimiento de que el proceso de construcción de identidad afecta y se determina en los vínculos de los sujetos, ha influido en la teoría sobre los procesos de transformación en la identidad, de tal modo que la noción de duelo ha evolucionado desde describir el proceso individual con un énfasis en el dolor, a la búsqueda de modelos que den cuenta del proceso social implicado en el logro de vínculos satisfactorios (Hagman, 2001). Estos vínculos se lograrían en la medida que es posible integrar aspectos contradictorios o ambiguos de la identidad propia y de los demás.
- Ahora bien, en el caso del *burnout*, un síndrome que alude al fracaso en la adaptación laboral frente a condiciones de estrés y en el que las limitaciones del ambiente son percibidas como pérdidas personales en los ámbitos de la calidad de los vínculos y la capacidad de logro, se observa todavía un enfoque fundamentalmente individual. Esto pese a que la literatura reconoce que en el proceso que da origen al síndrome existen influencias organizacionales y culturales.
- Considerando que el *burnout* implicaría una disminución en las capacidades y calidad de las relaciones y la posibilidad de logro, existe una relación explícita entre la descripción del síndrome y las teorías de identidad, motivación y liderazgo. En el caso de la teoría de Liderazgo Transformacional y a través de las hipótesis de Shamir et al. (1993) y Lord et al. (1999), la relación se establecería a través de la proposición de que el liderazgo afectaría la relación entre los objetivos organizacionales y la identidad del seguidor, afectando además las percepciones sobre su vinculación con el grupo y el control sobre los resultados del comportamiento.

### 2.3. Desarrollo Ético Cognitivo

La idea de desarrollo ético cognitivo (DEC) alude a la evolución en la manera en que los sujetos comprenden y se relacionan con la realidad, particularmente con la comprensión que hacen de las normas y la naturaleza de la estructura social y, a través de esto, de sí mismos. Esta idea es relevante porque, como se ha descrito en el capítulo anterior, las personas necesitan integrar al menos algunos aspectos de su identidad para mantener un adecuado nivel de satisfacción y funcionamiento. Adicionalmente, un alto nivel de DEC podría estar relacionado al desarrollo de las capacidades requeridas para ejercer un liderazgo de nivel transformacional.

La mayor parte de las taxonomías que describen la evolución del DEC distinguen tres grandes etapas, que se superponen progresivamente. En la primera etapa los individuos se relacionarían con las normas y la realidad social en función del nivel de gratificación obtenido al hacerlo. En este primer nivel la capacidad de elaboración intelectual es relativamente baja y el comportamiento está controlado mayormente por los estímulos externos. En una segunda etapa, se desarrollaría la capacidad de relacionarse con las normas de manera más organizada, internalizándose los sistemas de normas que permiten gratificaciones a través de la postergación de impulsos y la generación de discursos sobre las atribuciones de identidad propias y de los demás. En este nivel el funcionamiento es principalmente concreto, en el sentido de que las normas son evaluadas en función de sistemas de discurso que presentan puntos de vista rígidos y basados en prescripciones. Finalmente, en una tercera etapa, sería posible que los individuos construyan sus propios discursos, integrando las normas concretas en sistemas que les permiten mayor flexibilidad y, eventualmente, la capacidad de construir sus propias realidades sociales a través de la generación de sistemas organizacionales en los cuales las abstracciones generadas en el proceso de interpretación se transforman en sistemas de roles donde los sujetos pueden experimentar sus nuevas identidades. De esta manera, el nivel de desarrollo ético cognitivo predominante en que un sujeto o grupo afectaría significativamente su posibilidad de integración y desarrollo ante situaciones de cambio organizacional o, en el caso de un individuo particular, de enfrentarse a las condiciones que facilitan la aparición de *burnout*. En efecto, en la medida de que un sujeto percibe las normas éticas de manera concreta e inflexible, cualquier cambio implicará una pérdida simbólica, la que puede ser particularmente significativa si los valores afectados corresponden a elementos axiales en la determinación de su identidad personal o profesional. Por el contrario, niveles de funcionamiento ético cognitivo más abstractos y complejos,

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

que permiten una relación flexible con los valores o la integración de discursos permitirían la superación de conflictos con mayor facilidad, ya que posibilitarían mayor rapidez en la generación del reencuadre requerido para integrar la identidad y, al mismo tiempo, mayor variedad en los comportamientos requeridos para establecer vínculos.

Las teorías contemporáneas sobre el desarrollo ético cognitivo, como las de Belenky, Kegan, Hoffman o Gibbs, permiten observar las relaciones entre los aspectos afectivos y cognitivos que interactúan al enfrentar dilemas éticos y buscar sentido en la estructuración de los distintos discursos sociales. Así mismo, permiten explicar, al menos parcialmente, el impacto de los procesos sociales en los cuales los sujetos construyen colectivamente estos discursos. En términos generales, se puede decir que, además de una mayor complejidad en el análisis de los problemas y dilemas éticos, los niveles superiores de DEC implican una mayor aceptación de la variedad de los afectos propios y de los demás, así como de la necesidad de adaptar los vínculos de manera tal que sea posible compartir percepciones y construir sistemas organizacionales adecuados a las identidades que los sujetos desean expresar.

A continuación se presentan algunas de las principales teorías sobre desarrollo ético cognitivo, posteriormente se describirán sus similitudes y las relaciones con el proceso de ciclo vital. Finalmente, se concluirá revisando alguna literatura sobre las relaciones entre el DEC y el funcionamiento organizacional e institucional.

### *2.3.1. Teorías sobre el desarrollo ético cognitivo*

Si bien el estudio del desarrollo de las capacidades que permiten el funcionamiento moral se inició ya en el siglo XIX (Wendorf, 2001), comenzaremos esta sección con una revisión de la obra de Piaget y Kohlberg, debido a su influencia en el pensamiento actual sobre el tema. Continuaremos con el trabajo de Rest, cuyo instrumento, basado en el modelo de Kohlberg, es utilizado en la literatura que integra desarrollo moral en el ámbito organizacional y fue utilizado en esta tesis. A continuación revisaremos dos modelos que presentan una variante del modelo de Kohlberg sobre la base del género y que se deben a Gilligan y Belenky. Posteriormente, nos referiremos a los trabajos de Erickson, Kegan, Hoffman y Gibbs para terminar el capítulo con la revisión de algunos trabajos

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

recientes que observan la relación entre el juicio moral y emoción. Es necesario advertir que, pese a las diferencias filosóficas que pueden señalarse entre ética y moral, en la literatura del desarrollo suelen usarse como sinónimos y en lo que resta del texto se los entenderá como términos intercambiables.

### 2.3.1.1. Teoría de J. Piaget

La teoría de Jean Piaget sobre el desarrollo moral, al igual que gran parte de su trabajo, se generó a partir de su observación de niños y las reglas establecidas en sus juegos. En su concepción del desarrollo moral, Piaget utiliza una perspectiva semejante a la utilizada en la observación del funcionamiento cognitivo general, por lo que es necesario recordar que su definición de inteligencia señala que ésta *“constituye el estado de equilibrio hacia el cual tienden todas las adaptaciones sucesivas de orden sensorio-motor y cognoscitivo, así como todos los intercambios asimiladores y acomodadores entre el organismo y el medio.* (Piaget, 1989, página 21)”. Esta definición enfatiza tanto la flexibilidad de los niveles de funcionamiento o estructuras en los que puede funcionar el ser como la integridad de su funcionamiento con el medio que lo rodea. Esto es importante, ya que permite explicar la flexibilidad con que los individuos utilizan las diversas formas de razonamiento moral para adaptarse a diferentes medios (Carpendale, 2000).

A partir de sus investigaciones Piaget determinó dos estadios en el desarrollo del juicio moral, las que corresponden a las etapas preoperacional y operacional en su modelo de desarrollo cognitivo. El primer estadio se denomina moral de obligación, moral heterónoma o realismo moral y en él los niños perciben a los adultos como figuras de autoridad, pensando generalmente en la conducta moral a partir de sus consecuencias y el grado de acuerdo con las normas impartidas por los adultos. El segundo estadio se puede denominar moral de cooperación, de reciprocidad o moral autónoma y se caracteriza por un reconocimiento de la racionalidad a la base de las normas y la atención a las intenciones y no sólo los resultados de las acciones. Este estadio aparece desde los 7 a 9 años y progresivamente posibilita el desarrollo de una postura crítica y la negociación o adaptación de las convenciones. El modelo de Piaget ha recibido críticas debido a su metodología (Grove y Halcartegaray, 1984), sin embargo, continúa siendo útil en la comprensión de las nociones de estructura y desarrollo (Carpendale, 2000).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.3.1.2. Teoría de L. Kohlberg

Lawrence Kohlberg, basándose principalmente en los trabajos de Piaget y McDougall (Grove y Halcartegaray, 1984), desarrolló en los años sesenta un modelo que describe seis etapas en el desarrollo del juicio moral. Estas etapas corresponderían a una secuencia invariable de niveles estructurales, cada uno de los cuales implicaría un modo característico de razonamiento y vinculación moral que sería independiente del tipo de problema o ámbito social en el cual enfrente el problema a resolver. El modelo de Kohlberg es ampliamente utilizado y pese a las críticas debidas sobre carencias en su base empírica, puede considerarse el parámetro desde el cual se diferencian los demás autores (Carpendale, 2000). Las seis etapas del desarrollo del juicio moral descritas por Kohlberg pueden agruparse en tres grupos, los que, siguiendo a Crain (1985), se describen brevemente a continuación<sup>13</sup>:

*Nivel preconvencional:* En este nivel, similar al descrito por Piaget como estadio de moral de obligación, los sujetos evalúan los actos en función de sus consecuencias, asimilando a las reglas sociales en función del grado de coerción ejercida en su mantenimiento. En este nivel pueden distinguirse dos etapas. En la primera, denominada Obediencia y Orientación al Castigo, las normas son interpretadas como órdenes incuestionables provistas por las figuras de poder. En la segunda etapa, Individualismo e Intercambio, el sujeto puede reconocer el hecho de que eventualmente existe más de un punto de vista y que las normas pueden aplicarse de manera relativa a la situación. En esta etapa la orientación fundamental es a satisfacer los propios intereses, pero con comprensión de la necesidad de lograr intercambios equitativos con los demás.

*Nivel convencional:* En este nivel, el sujeto responde a las situaciones utilizando el marco conceptual y reglas socialmente aceptadas. Aquí también pueden distinguirse dos sub niveles, que corresponden a las tercera y cuarta etapas en el proceso de desarrollo. La etapa tres, denominada Buenas Relaciones Interpersonales, se caracteriza porque en ella los sujetos creen que las personas deben adecuarse a las expectativas sociales en lo que respecta a intenciones, medios y afectos. Esto permitiría, desde su punto de vista, la aceptación y mantenimiento de los vínculos. El cuarto nivel, Mantenimiento del Orden Social, implica una ampliación del ámbito de análisis de los problemas

---

<sup>13</sup> Las etapas del proceso de desarrollo moral descritas por Kohlberg y Rest reciben distintos nombres en la literatura, por lo que la denominación ocupada aquí no debe considerarse universal.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

morales, de manera que las situaciones no sólo son juzgadas en función de los motivos de los actores directamente implicados, sino también considerando las repercusiones en la sociedad, la cual es vista como un bien en sí misma.

*Nivel post convencional:* Este nivel implica la elaboración personal de las normas socialmente aceptadas, de manera que el sujeto las reinterpreta sobre la base de su experiencia e ideología personal. En la primera etapa de este nivel, denominada De Contrato Social y Derechos Individuales, los sujetos comienzan a utilizar modelos de análisis abstractos para evaluar situaciones basándose en su coherencia con sistemas de valores que no necesariamente corresponden con su experiencia vital o las normas generadas por referentes de autoridad. Kohlberg señala que este nivel no puede ser identificado por el sólo análisis del discurso, ya que aquí lo que se expresa es una postura vital ante el discurso ideológico, caracterizada por el intento de construir normas adecuadas al consenso democrático y la protección de los derechos individuales (Crain, 1985). En la sexta etapa, Principios Universales, los sujetos buscan la generación de normas de aplicación universal con independencia de sus propios intereses o las fuentes de autoridad con las cuales se relacionan. La propuesta de este nivel de desarrollo ha recibido bajo apoyo empírico debido a la dificultad para encontrar sujetos que consistentemente actúen de acuerdo al estándar definido, por lo que éste puede ser considerado más bien un nivel teórico de desarrollo.

Como puede apreciarse en la descripción de su modelo, Kohlberg enfatiza los aspectos cognitivos del DEC y de esta manera la construcción de argumentos y el nivel de abstracción con que éstos son manejados por el sujeto se convierten en aspectos claves de las posibilidades de evolución. Otro aspecto teórico relevante es el hecho de que su modelo no aclara el rol e influencia que la socialización y las distintas maneras en que ésta se efectúa, podrían tener sobre el proceso de desarrollo. Estos temas son estudiados por sus discípulos, algunos de los cuales revisaremos brevemente.

### 2.3.1.3. Teoría de J. Rest

James Rest, inicialmente un colaborador de Kohlberg, desarrolló en los años setenta un cuestionario, el *Defining Issues Test* (D.I.T.), para evaluar de manera más fácil y confiable el nivel de desarrollo del

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

juicio moral. Este instrumento se basa en líneas generales en el modelo de Kohlberg. Sin embargo, es necesario considerar que el concepto de moralidad de Rest se encuentra acotado a las reglas de interacción referidas a justicia e igualdad y no abarca valores de aplicación abstracta (Grove y Harcartegaray, 1984). La concepción de Rest de las cuatro primeras etapas del proceso de desarrollo es esencialmente similar a la de Kohlberg, ahora bien, en la quinta y sexta etapas el modelo de Rest presenta las siguientes precisiones:

La quinta etapa, denominada Moralidad de Consenso Social, refiere al enfrentamiento del problema de cómo diseñar un proceso de colaboración que minimice las desigualdades arbitrarias, para lo cual es necesario generar un modelo racional que posibilite la aceptación de la totalidad de los involucrados. En este sentido, se prioriza la justicia procedural por sobre sus resultados sustantivos.

La sexta etapa, Moralidad de Colaboración Social No-Arbitraria, se diferencia de la anterior por el cuestionamiento de las normas que otorgan legitimidad a los procesos de acuerdo. En este sentido supone una superación de la realidad institucional y la búsqueda de una racionalidad ideal, imparcial y no sujeta a restricciones históricas.

Además de la operacionalización de las etapas, la teoría de Rest difiere de la de Kohlberg en dos puntos principales (Evans et al., 1998). El primero es que Rest no cree que la estructura de razonamiento esté separada del contenido del problema, lo que supone que puede haber más de un tipo de respuesta para cada etapa dependiendo del nivel de información o perspectiva asumida por el sujeto. En segundo lugar y considerando lo anterior, Rest propone que una persona puede razonar en diferentes etapas dependiendo de la situación, por lo que su instrumento está diseñado para determinar la proporción de su razonamiento que se ubica en cada tipo de estructura, más que determinar un nivel único de funcionamiento. Estas diferencias permiten suponer que el nivel de DEC está asociado a la disponibilidad y coherencia de argumentos sobre un determinado dilema moral, lo que nos lleva lógicamente a relacionar el DEC a las representaciones sociales y su evolución. En el caso de los dilemas asociados a la gestión de enfermería, estos discursos tendrían que ver con las formas adecuadas para la superación de los elementos estresores y el mantenimiento de una identidad que no genere la necesidad de despersonalización y culpa. Las relaciones entre el DEC y

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

los recursos y discursos sociales disponibles son exploradas por las autoras que se presentan a continuación.

### 2.3.1.4. Teoría de C. Gilligan

Carol Gilligan, también inicialmente una alumna de Kohlberg, desarrolló a comienzos de los 80's un modelo de desarrollo moral que da cuenta de las diferencias específicas experimentadas por el género femenino y que permite identificar los límites culturales de los modelos de Kohlberg y Rest. Desde su punto de vista (Evans et al., 1998), las personas pueden construir estructuras de sentido en muy diversas formas y el énfasis en justicia realizado por Kohlberg y Rest es sólo reflejo de las estructuras patriarcales integradas en la institucionalidad masculina. En contraste con esta postura, que ella denomina "voz de la justicia", es posible encontrar una visión asociada a la idea de "voz del cuidado", la cual enfatiza el cuidado y sacrificio implicados en las relaciones personales. Gilligan ha demostrado en diversos trabajos que las mujeres identifican cuidado y responsabilidad como el tema central en su análisis de las situaciones, lo que permite identificar tres niveles y dos momentos de transición en su proceso de desarrollo moral, los que se presentan a continuación:

*Nivel I: Orientación a la supervivencia individual:* En el primer nivel, el sujeto se muestra auto centrado y preocupado con la supervivencia individual. En muchos casos es imposible para los sujetos distinguir entre lo que debiera ocurrir para cubrir sus necesidades y lo que desean que ocurra, lo que también dificulta su capacidad para entender otros puntos de vista o postergarse por el bien social.

*Primera transición: Desde egoísmo a responsabilidad:* En la medida de que los sujetos establecen vínculos afectivos, desarrollan la capacidad de interpretar las necesidades de otros y hacerse responsables por ellas, lo que activa la reflexión moral.

*Nivel II: Bienestar como auto sacrificio:* A medida que los vínculos afectivos transforman la noción de supervivencia desde una concepción individual a una forma colectiva, la aceptación social puede primar por sobre la reflexión o expresión personal. Así, muchos sujetos actúan de acuerdo a las normas convencionales del género, sacrificándose en post de los demás.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

*Segunda transición: Desde bienestar a verdad:* Esta transición se origina al aparecer el cuestionamiento respecto a la conveniencia de seguir postergando la autoexpresión, lo que implica que ahora las necesidades personales no son vistas como egoísmo, sino que como “verdad”. Esta transición está asociada a una reconceptualización de la identidad y la incorporación del daño que la expresión personal puede causar en otros.

Nivel III: Moralidad de no violencia: En este último nivel la reflexión posibilita la extensión de la noción de no infligir daño a la propia persona, lo que permite disolver las nociones de egoísmo y responsabilidad para asumir la necesidad de tomar decisiones de manera contextual y con respeto por todos los sujetos involucrados.

Evans et al. (1998) citan una considerable cantidad de investigaciones aplicando el modelo de Gilligan tanto en relación al tema género como al estudio de las diferencias culturales, de manera que no es arriesgado plantear que los valores culturales y organizacionales pueden producir modificaciones tanto en los contenidos como etapas del proceso de desarrollo moral individual. En relación a la enfermería, su obra es relevante tanto por el género mayoritario en la profesión como por el hecho de que, como se presenta en el capítulo dedicado a la enfermería, el cuidado es el valor central de la profesión y su enseñanza se considera un factor clave en la calidad de la formación.

### **2.3.1.5. Teoría de M. F. Belenky, B.M. Clinchy, N. R. Goldberger y J. M. Tarule.**

Basándose en los trabajos de Gilligan y Perry y desde fines de los años setenta, un grupo de cuatro investigadoras: Mary Field Belenky, Blithe McVicker Clinchy, Nancy Rule Goldberger y Jill Mattuck Tarule, desarrollaron un modelo que integra los ámbitos de desarrollo de la identidad, la expresión y la estructura mental del género femenino (Belenky et al., 1997). Dado que el modelo revisa la relación de los sujetos con las normas de autoridad y la moral convencional es conveniente revisar brevemente las etapas propuestas en esta reseña sobre las teorías de la evolución del juicio moral.

*Silencio:* La etapa inicial del proceso de desarrollo del género femenino descrito por estas autoras es la de la alineación en la institucionalidad masculina, en la cual las nociones de inferioridad y obediencia impiden la actuación más allá de las convenciones del rol.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*Conocimiento recibido, la voz interior:* La experiencia de la maternidad implica una primera conexión vital para muchas mujeres, las que ahora se vinculan con figuras de autoridad buscando respuesta a la manera de enfrentar adecuadamente los desafíos del cuidado de otros. Esta postura vital implícitamente supone el reconocimiento de la inadecuación de los recursos propios, incluso en la observación del yo. Ahora bien, tanto la experiencia de arbitrariedad y abuso como la progresiva confianza originada en la superación de los desafíos del cuidado llevan a superar la construcción de la imagen del yo desde la mirada de los otros, generando respeto por el conocimiento intuitivo y la experiencia de la subjetividad.

*Conocimiento subjetivo, la búsqueda del yo:* La superación de la dualidad objetivo-subjetivo y el descubrimiento de la capacidad personal lleva a la observación de la experiencia personal como un proceso único y direccionable. La búsqueda de expresión del yo que caracteriza a esta etapa está acompañada por la consideración hacia el impacto en otros, lo que define un estilo orientado a la reflexión interior diferente al estilo masculino, más extrovertido y confrontacional.

*Conocimiento procedural, la voz de la razón:* La expresión del conocimiento personal adquirido en la etapa anterior aparece determinada por las posibilidades de inserción educacional, de manera que aquellas mujeres con acceso universitario pueden adquirir los discursos, vínculos y atribuciones que permiten la validación institucional de su identidad. Ésta puede derivar hacia roles en los cuales la crítica militante a la institucionalidad es un aspecto clave o, por el contrario, hacia vías de vinculación en las cuales la crítica institucional es secundaria a la generación de relaciones afectivas o la trascendencia.

*Conocimiento construido, integrando las voces:* El nivel más alto de desarrollo supone el paso hacia la acción política y la creación de comunidad. En este sentido, el modelo de Belenky et al. (1997) es coincidente con los planteamientos de Becker (2003), quien señala que la validación del cambio social supone influir en los procesos y contenidos que constituyen la institucionalidad. Así mismo, Gabriel y Gardner (1999) han encontrado evidencia empírica de la mayor influencia de los aspectos relacionales en la construcción de la identidad y los afectos femeninos.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

El modelo de Belenky et al. (1997) permite vincular la relación entre el DEC y la generación de representaciones sociales al proceso político que supone la modificación institucional y el mismo DEC individual. En este sentido, se transforma en un primer nexo entre la evolución del DEC y la aparición de liderazgo, fenómeno que desde este punto de vista podría considerarse como la generación de discursos o más bien meta discursos que permiten explicar la incongruencia o carencias en los discursos utilizados originalmente por una persona o grupo. El próximo autor, Erick Erickson, si bien antecede temporalmente a Gilligan y Belenky, está situado después de ellas en este resumen histórico debido a que una vez establecida la sustentación social del DEC, su revisión nos permite observar el impacto del cambio en los sistemas organizacionales.

### **2.3.1.6. Teoría de E. Erickson**

Erick H. Erickson es probablemente el autor más conocido en relación al estudio del ciclo vital y es imposible describir con el adecuado detalle toda su obra sobre los procesos de maduración, las relaciones entre individuo e institución y las demandas que cada etapa de la vida implica para las personas (Ver: Erickson, 1994). Por este motivo, sólo nos referiremos a tres temas: la relación del individuo con las normas de moral convencional a través de la vida adulta, el rol de los rituales en el mantenimiento de la identidad y las modificaciones en el sistema social que originan lo que Erickson denominó Etapa de Adolescencia Tardía.

La observación del proceso de vinculación con las normas convencionales que sucede a lo largo del período que va de la adolescencia a la vejez puede sintetizarse de la siguiente manera: El establecimiento de una identidad del yo estable y, por tanto, útil para la construcción de planes de vida, supondría tanto el acceso a modelos ideológicos confiables como una razonable expectativa de vinculación con la comunidad de adultos que plantea la ideología. En la medida que estas condiciones se cumplen, es posible afrontar los sacrificios que la adultez supone y, tanto o más importante, tolerar las transgresiones a las normas que constituyen tanto el requisito como la experiencia de la intimidad. En etapas posteriores, la madurez supondrá la capacidad para aceptar transgresiones de otros y asumir un rol formador, lo que en última instancia se expresa en la vejez bajo la forma de sabiduría, es decir un conocimiento trascendente ante el cual las demandas morales pueden ser reconocidas

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

como propias de una situación y jerarquizadas en función no sólo de los impactos inmediatos, sino en el contexto histórico amplio de los sujetos involucrados.

**Figura 14: Etapas del desarrollo vital, según Erickson<sup>14</sup>**

Etapa	Dilema	Relaciones Significativas	Prioridad	Virtud
Oral-Sensorial	Confianza v/s Desconfianza	Madre	Tomar, devolver	Esperanza, fe
Anal-Muscular	Autonomía v/s Vergüenza	Padres	Contener, dejar ir	Deseo, determinación
Locomotora	Iniciativa v/s Culpa	Familia	Continuar, jugar	Coraje
Latencia	Industriosidad v/s Inferioridad	Vecindario y escuela	Completar	Capacidad
Adolescencia	Identidad del yo v/s confusión roles	Grupo de pares y modelos	Ser si mismo	Fidelidad, lealtad
Adulto Joven	Intimidad v/s Aislamiento	Socios, amigos	“Ser” en otro	Amor
Adultez	Generatividad v/s Egocentrismo	Hogar, colegas	Apoyar, hacerse cargo	Cuidado
Madurez	Integridad v/s Desesperación	Humanidad o “familia”	Ser para “no ser”	Sabiduría

Erickson (1994) denomina sabiduría a esta capacidad de contextualización amplia de las demandas morales, señalando que es un requisito para la integración de la historia vital y la superación de la angustia que en la mayor parte de los casos supone la evaluación de los logros y fracasos que el adulto mayor debe realizar al dejar los roles económicos y sociales adultos para ingresar a la etapa de vejez. Naturalmente, esta capacidad se hará más crítica a medida que mayores sean las incongruencias en las exigencias de los distintos roles que asume un sujeto o, como es el caso de las instituciones en las cuales coexisten discursos organizacionales incongruentes, que en un mismo rol sea necesario integrar estos discursos.

<sup>14</sup> Fuente: <http://www.ship.edu/~cgboeree/erikson.html>.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En lo que toca a la función de los ritos y rituales, Erickson plantea en su texto *La Ontogenia de la Ritualización en el Hombre* (En Erickson, 1994), que éstos sirven en la adultez como expresión y refuerzo de las realidades ideológicas, lo que permite delimitar períodos y ámbitos de realidad. En este sentido, contribuyen a evitar la difusión de la identidad, particularmente posible en la llamada adolescencia tardía. Este último término hace alusión a un período vital en el cual, debido a la extensión de la educación formal, nos encontramos con que un sujeto que pese a tener edad suficiente para asumir roles adultos, se mantiene en la posición vital del adolescente, sin poder integrar una identidad con proyecciones vitales ni asumir la intimidad necesaria para el establecimiento de vínculos amorosos. La experiencia prolongada de la adolescencia tardía derivaría a una perturbación del carácter que se expresaría a través de alteración del sentido del tiempo, ya sea como extrema urgencia o abulia ante las demandas sociales. Esto también iría acompañado de una preocupación exaltada por las características físicas o psicológicas con que se es percibido y, más preocupante, por una identidad negativa, la cual estaría construida por comparación con la identidad social propuesta, la cual es vista como indeseable. Esta identidad negativa sería insuficiente para la generación de planes de vida en tanto no entrega orientaciones éticas sobre lo deseable y los medios adecuados para lograrlo. Si bien no es posible señalar que Erickson estuviera anticipando la noción de *burnout*, si es posible observar la relación entre esta dificultad para lograr una identidad útil para el ingreso a la adultez, originada por una incongruencia entre las expectativas y destrezas generadas en la adolescencia y las oportunidades y exigencias proporcionadas por los roles de las organizaciones adultas y el *burnout*, entendido como una incapacidad o pérdida en el ámbito del establecimiento de vínculos laborales significativos y su expresión en fatiga emocional y baja percepción de logro.

### 2.3.1.7. Teoría de R. Kegan

Robert Kegan, integrando los trabajos Piaget, Kohlberg y Erickson en relación a la construcción del *self*<sup>15</sup> y las estructuras relacionales que lo integran, desarrolló un modelo evolutivo que da cuenta de las transformaciones en la estructura del *self* y los correspondientes cambios en la concepción y tipo de objetos construidos por éste (Kegan, 1982). Es importante considerar que Kegan utiliza la noción

---

<sup>15</sup> Debido a que las traducciones del término *self* como *si mismo* o *yo* tienen significados específicos en la literatura, se mantendrá el uso de la palabra inglesa para aludir al significado otorgado por Kegan, quien utiliza referencias tanto a la escuela cognoscitivista como psicodinámica y que, en cualquier caso, se transforma dinámicamente en el proceso de desarrollo.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

de etapa en el sentido de balance desarrollado por Piaget para aludir a estados de equilibrio entre medio y organismo. Así, en una etapa que Kegan denomina Asimiladora, el *self* del infante está constituido básicamente por reflejos y requiere del soporte externo para su diferenciación. La primera etapa del modelo es denominada Impulsiva y aquí el niño es incapaz de separar la noción del objeto de la percepción que tienen de él, en otras palabras, el objeto de atención, si bien es reconocido como distinto, en la práctica es absorbido por los impulsos que son experimentados como el contenido del *self*. Esto es modificado en la segunda etapa, Imperial, en la cual la observación de los afectos permite su control y la creación de un mundo interno. Al mismo tiempo, la experiencia adquirida en la vinculación permite la adquisición de la perspectiva de rol necesaria para integrar una identidad coherente e interpretar las necesidades. Posteriormente, la observación de las necesidades como un objeto, en vez de lo constitutivo del sujeto, permite evolucionar a la etapa Interpersonal, en la cual el *self* se constituye como los vínculos interpersonales actuados por el sujeto, quien ahora equilibra su identidad en los roles asumidos. La cuarta etapa, Institucional, implica la separación entre el *self* y los roles actuados, los que ahora son poseídos por el sujeto, el cual adquiere una mayor capacidad de independencia y autocontrol. Finalmente, la quinta etapa, Interindividual, requiere de la generación de un discurso ideológico que permita el análisis de la ideología que antes constituía el *self*, permitiendo la vinculación con otros reconocidos como generadores de valores e historia.

Las etapas descritas por Kegan suponen la intercalación de procesos de integración y diferenciación social. Así, a la integración producida en el bebe que adquiere una identidad social en el balance de sus impulsos, le sigue la diferenciación del niño que observa sus impulsos y necesidades en el balance imperial. Posteriormente, a la capacidad de vincularse en múltiples roles desarrollada en el balance interpersonal le sigue la diferenciación producida por la búsqueda de autenticidad del balance institucional. Finalmente, el balance interindividual, permitiría la generación de intimidad en el sentido psicológico del término. Cada una de estas etapas supone un nivel creciente de complejidad tanto en la estructura del sujeto, es decir el *self* como estructura de conocimiento, como en relación al objeto de éste, ó sea el contenido del conocimiento.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Figura 15: Transformaciones del *self*, según el modelo de Kegan

Orden de Conciencia	Sujeto (Estructura de conocimiento)	Objeto (Contenido del conocimiento)	Estructura Subyacente
<b>1º Impulsivo</b>	Percepciones, impulsos	Movimiento, sensación	Único punto, inmediata y atomizada
<b>2º Imperial</b>	Concreto: Actualidad, Punto de vista del rol, Disposiciones estables	Percepciones, impulsos	Categorías durables observadas de una en una
<b>3º Interpersonal</b>	Abstracciones, idealismo, interpersonalidad, estados internos	Concreto: actualidad Punto de vista del rol Disposiciones estables	Integración de elementos entre distintas categorías (análisis multivariado)
<b>4º Institucional</b>	Sistema abstracto, ideología, regulación institucional, auto control y auto formación	Abstracciones, idealismo, interpersonalidad	Capacidad de análisis sistémico complejo pero asociado a lo institucional
<b>5º Interindividual</b>	Dialéctico, transideológico, interinstitucional, interpretación de los si – mismos	Sistema abstracto, ideología, regulación institucional, auto formación	Capacidad de realizar análisis que trascienden a la atribución concreta

La Figura 15 muestra una descripción de las etapas y su descripción y permite observar cómo los sujetos deben analizar sus discursos para lograr la construcción de los meta discursos que permiten los niveles de integración adecuados para el funcionamiento adulto. Podemos agregar, que desde un punto de vista de la identidad, esto implicará la necesidad de reemplazar las atribuciones generadas a partir de anécdotas o interpretaciones de eventos, que tienen una base principalmente concreta dada la literalidad con que se asumen las normas o valores, por atribuciones generadas a partir de interpretaciones complejas, en el sentido de que serán el resultado de interpretaciones en las cuales se integren más de una norma o creencia. Esto es lo que lleva a Kegan a denominar este nivel de conciencia con la atribución de transideológico o dialéctico. Adicionalmente, es en la medida de que se logra integrar un discurso identitario que las incongruencias del sistema social se hacen evidentes, proyectando el análisis del sujeto hacia el medio. En este último sentido Kegan proporciona una explicación de la orientación política y social mencionadas por Erickson y el grupo de autoras asociadas a Belenky (Belenky et al., 1997).

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En un trabajo posterior, Kegan (1994) desarrolla las relaciones entre los niveles de desarrollo y la estructura social, estableciendo una equivalencia entre las demandas respectivas de las sociedades tradicionales, modernas y post modernas y las capacidades desarrolladas en las etapas interpersonal, institucional e interindividual. Su planteamiento central es que la sociedad post moderna exige un balance dialéctico, en el cual el sujeto debe ser capaz de manejar discursos meta ideológicos para interpretarse e interpretar a los demás en el alto nivel de abstracción requerido para superar las contradicciones existentes entre las distintas formas de interpretación. De esta manera y basándose en Heinfetz y Zinder (En Kegan, 1994), propone que el liderazgo adecuado en sujetos insertos en una sociedad post moderna y con capacidades de nivel interindividual debería caracterizarse por una apertura a incorporar perspectivas y construir una visión conjunta, más que la mera provisión de un discurso ya elaborado. Esta propuesta es coincidente con los hallazgos de diversos autores, en el sentido de que subordinados maduros requieren mayor nivel de participación que el propuesto en el modelo transformacional (Reicher et al., 2005; Brouseau et al., 2006). Al mismo tiempo, puede decirse que Kegan pone los planteamientos de Belenky et al. (1997) en un contexto más amplio que las diferencias de género, aplicando la idea de la diferenciación respecto al discurso ético hegemónico en diversos ámbitos laborales y temas tales como juventud y paternidad.

Más recientemente, Kegan y su colaboradora Lisa Laskow Lahey (Kegan y Lahey, 2001a; 2001b) han desarrollado modelos de análisis e intervención para el enfrentamiento de incoherencias en las lógicas de acción que los distintos roles laborales imponen a los individuos. Esto basándose en un diagnóstico de la realidad social en la cual los sujetos deben reflexionar en un nivel de análisis meta discursivo como condición de una identidad integrada y compromisos vitales satisfactorios. En la práctica, estos trabajos presentan una metodología para el trabajo de liderazgo que lo acerca al coaching y el trabajo terapéutico constructivista, tal como es planteado, por ejemplo, por autores como Neimeyer y Mahoney (1998) y Krause (2005).

Finalmente, es necesario señalar que los planteamientos de Kegan han recibido creciente atención en el campo del liderazgo (McCauley et al., 2006; Torbert et al., 2004), donde se propone que mayores niveles de desarrollo se asociarían no sólo a efectividad individual, sino que también a la capacidad de generar visiones estratégicas y orientar el funcionamiento de la estructura organizacional.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.3.1.8. Teoría de W. Perry

William G. Perry elaboró, a partir de entrevistas a alumnos varones de nivel universitario en Harvard, una taxonomía que describe nueve formas de aproximación intelectual y ética ante los procesos de enseñanza-aprendizaje y la aprehensión de la realidad. Estas formas son presentadas como un eventual proceso de desarrollo y es necesario considerar que Perry utilizó la noción de *forma* y no la de *etapa*, para enfatizar el hecho de que ni la duración ni el carácter predominante de una forma de aprehensión están definidos en el modelo (Evans et al., 1998). Las formas de desarrollo ético intelectual descritas por Perry (1999) pueden ser resumidas esquemáticamente de la siguiente forma:

*Dualidad Básica:* supone un punto de vista que divide al conocimiento, las conductas y valores en términos de aquello conocido y familiar, que es representado por la idea de *nosotros* y lo desconocido o vago. Aquí la autoridad es también la fuente de conocimientos y, de acuerdo al punto de vista dual, de la verdad. En la medida de que el sujeto sólo cuenta con un punto de vista, la identidad y la perspectiva aparecen como una misma cosa.

*Dualidad pre-legítima:* Esta segunda perspectiva se origina al perderse la confianza en el conocimiento provisto por la autoridad, lo que origina la necesidad de escoger alternativas de acuerdo a la autoridad aparentemente más competente. Perry (1999) observa que la abrupta pérdida de confianza en los instructores o el desarrollo de ésta sin que se hayan desarrollado las correspondientes herramientas de análisis epistemológico, dificultan la elaboración de la pérdida de la autoridad y genera una suerte de absolutismo en la negación de cualquier conocimiento.

*Multiplicidad subordinada:* Aquí aparece la noción de que existe una incerteza legítima y que por tanto, es posible que el conocimiento sea completado en el futuro. Ahora bien, para efectos de su relación con la autoridad, el sujeto desarrolla mecanismos para responder aquello que cree le será evaluado, generando una suerte de adaptación del conocimiento para fines de vinculación.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Figura 16: Etapas del desarrollo epistemológico, según el modelo de Perry.

Etapas		Postura del sujeto
<b>Dualismo</b>	<b>1. Dualidad Básica</b>	Todas las tareas tienen “una” solución correcta, por lo que la tarea de estudiantes es aprenderla sin cuestionar.
	<b>2. Multiplicidad pre-legítima</b>	Algunas autoridades desacuerdan, por lo que se debe escoger la solución correcta e ignorar las otras.
	<b>3. Multiplicidad subordinada</b>	Hay problemas para los que se conoce la solución y otros para los cuales “todavía” no. La tarea es aprender cómo encontrar las buenas soluciones respondiendo a las expectativas de la autoridad.
<b>Relativismo</b>	<b>4. Multiplicidad correlacional o relativismo subordinado</b>	Ante el problema de la verdad, es posible revelarse ante la arbitrariedad de la evaluación o incorporarse en las vías formales de exploración de la relatividad.
	<b>5. Relativismo correlacional, competidor o difuso</b>	El sujeto asume la naturaleza de la realidad como difusa, experimentándola como una construcción social.
	<b>6. Compromiso previsto</b>	Se descubre el rol de los compromisos afectivos en el mantenimiento y desarrollo de la identidad.
<b>Compromiso</b>	<b>7. Compromiso inicial</b>	Se inician paulatinamente los compromisos vitales, desarrollando estilos de acción y, eventualmente, experimentando los resultados de una identidad extendida organizacionalmente.
	<b>8. Orientación en las implicancias del compromiso</b>	
	<b>9. Desarrollo de(l) compromiso(s)</b>	

*Multiplicidad correlacional o relativismo subordinado:* La postura de adecuación a las expectativas de respuesta de la tercera posición deja sin resolver el problema de la naturaleza de la verdad y esto se expresa en que en la posición siguiente surgen dos alternativas, las cuales serán escogidas en función del grado de oposición social o adherencia del sujeto. Multiplicidad correlacional es el nombre que Perry utiliza para referirse a una postura en la cual el sujeto reclama el derecho a tener un punto de vista en áreas en las cuales el conocimiento institucional no ofrece una respuesta validada. El relativismo subordinado, por otra parte, describe la postura de la mayor parte de los estudiantes, los

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

cuales, mediante la colaboración, establecen la creencia de que la multiplicidad es algo que la autoridad alienta a explorar como modo de conocimiento.

*Relativismo correlacional, competidor o difuso:* Esta perspectiva implica un cambio radical en relación a las anteriores, en las cuales el conocimiento novedoso, incluso la idea de pensamiento relativo, ha sido incorporado a la noción de dualidad adecuado/inadecuado. Por el contrario, en esta etapa es posible asumir que todo conocimiento es relativo, incluyendo la identidad personal y la relación con la autoridad. Perry asimila este cambio a las revoluciones científicas, de modo que aquí aparecería la capacidad de pensamiento científico tal como se lo entiende desde un punto de vista epistemológico.

*Compromiso previsto:* La solución a la difusión de la identidad que supone el relativismo es poco a poco generada a través de la comprensión del rol de los vínculos como límite de la identidad. Aquí el proceso epistemológico se integra en lo ético, buscando un sentido a la realidad a través de la acción personal.

Las formas 7 (*Compromiso inicial*), 8 (*Orientación en las implicancias del compromiso*) y 9 (*Desarrollo de(l) compromiso(s)*), suponen un cambio en la calidad de las experiencias más que en la estructura de la identidad o la relación con el conocimiento. Así, los sujetos inician compromisos que los involucran vitalmente, adquieren conciencia de la necesidad de adecuar los roles a sus valores personales y, eventualmente, experimentan su identidad a través de los logros que los vínculos han generado. Perry señala que las formas 8 y 9 son difícilmente experimentables en los límites del ambiente universitario, pero que ha encontrado discursos que llevan a predecirlas.

Estas perspectivas no necesariamente se transforman en una secuencia, ya que existe la posibilidad de que la ansiedad generada en el proceso de asimilación del relativismo genere una evasión o bien la regresión hacia discursos ideológicos dualistas. La probabilidad de estos quiebres en el proceso evolutivo va a depender tanto de características personales, tales como el nivel de ansiedad o la carga de demandas ambientales, como de los agentes de socialización de los otros ambientes organizacionales en los que participe el sujeto. Cabe señalar que el trabajo de Perry ha recibido apoyo (Chickering y Reisser, 1993; Evans et al, 1998; Moore, 2003) y permite establecer una línea de

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

integración entre el desarrollo cognitivo y la incorporación de contenidos teóricos y éticos en la adolescencia y adultez joven.

En el contexto de esta tesis, el trabajo de Perry permite, por una parte, observar la relación entre el sistema de socialización y DEC y, por otra, considerar el riesgo de que los procesos de facilitación del DEC efectuados en sujetos o grupos que no cuentan con las capacidades requeridas para manejar el estrés producido por las mayores exigencias cognitivas y afectivas del trabajo o la formación, puedan terminar siendo contraproducentes.

### **2.3.1.9. Teoría de M.L.Hoffman**

La teoría de Martín Hoffman aporta en el estudio del DEC al poner énfasis en los aspectos afectivos relacionados a la evolución del DEC. Hoffman, estudiando el comportamiento altruista, identificó 5 mecanismos que afectan la capacidad empática en cinco situaciones prototípicas (2000). El concepto central en la teoría de Hoffman es la empatía, la cual es definida como una respuesta afectiva más apropiada para la situación de otro observado que para la del sujeto que experimenta la empatía. Este concepto le permite explicar el comportamiento altruista en cinco tipos genéricos de dilemas morales. Los dilemas, en orden de menor a mayor complejidad, son Observador Inocente, Agresor, Agresor Virtual, Múltiples Acreedores Morales y Cuidado v/s Justicia. La situación de Observador Inocente es aquella en la cual el sujeto observa a otro en dolor o sufrimiento físico, emocional o financiero. Aquí el dilema consiste en escoger entre los costos de ayudar o las consecuencias psíquicas de no hacerlo. El segundo tipo de dilema es el del Agresor, quien ha dañado o se encuentra a punto de dañar a otro y por tanto debe decidir si debe contenerse o sentirse culpable por su acto. El tercer tipo, Agresor Virtual, supone que el sujeto, siendo inocente, cree que ha dañado a otro. El cuarto tipo, Múltiples Acreedores Morales, alude a una situación en la cual el sujeto debe escoger a quien responder de entre múltiples posibles opciones, todas válidas. Finalmente, el quinto tipo de dilema, Cuidado v/s Justicia, supone la existencia de múltiples demandas, pero agrega la posibilidad de que algunas de las demandas sean hechas por sujetos concretos y otras correspondan a principios abstractos como derechos, deber o reciprocidad. Aquí el dilema moral consiste en escoger entre los principios de cuidado y justicia, asumiendo los costos implicados en la elección.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

De acuerdo a Hoffman (2000) la empatía es una capacidad social que proporcionó ventajas en la competencia evolutiva al facilitar la cooperación. Su base se encontraría en el sufrimiento vicario que un sujeto padece al observar a otro que sufre directamente a raíz de un evento. Este sufrimiento vicario sería generado por cinco mecanismos complementarios: *Mimicry*, condicionamiento clásico, asociación con la experiencia propia, asociación mediatizada por procesamiento verbal y toma de perspectiva de rol. La idea de *mimicry* implica la imitación involuntaria de acciones o gestos que es posible observar en infantes y adultos y que, en algunas demencias frontotemporales, se hace evidente como síntoma. El sufrimiento vicario por condicionamiento se adquiriría a través procesos de aprendizaje temprano en los que la observación del llanto de otros infantes generaría estados de stress y sufrimiento. La asociación con la situación personal implicaría un dominio simbólico con aplicación concreta en la cual el sujeto puede establecer similitudes evidentes de manera perceptual. Los dos mecanismos superiores implican la elaboración verbal, ya sea para construir relatos y establecer relaciones en el caso del procesamiento verbal o para, en la toma de perspectiva de rol, construir modelos que expliquen afectos incluso sin tener una experiencia directa asimilable a la del otro observado. Sería a través de la adquisición de los valores y creencias integrados en el lenguaje que el sujeto internalizaría las normas sociales y evolucionaría a mayores niveles de funcionamiento ético cognitivo. En este sentido, la capacidad de razonamiento moral estaría compuesta por *scripts* que establecerían los comportamientos y afectos adecuados a cada situación en la cual se aprecia sufrimiento. Gibbs (2003) plantea que la teoría de Hoffman introduce relaciones entre lo que podría ser denominado motivación egoísta, esto es la búsqueda de la disminución del sufrimiento vicario que padece el sujeto observador, con la adquisición y aplicación de normas morales.

Para Hoffman la empatía es el fenómeno fundamental que justifica el desarrollo moral (2000), esto en la medida que provee motivación para rectificar injusticias y falta de reciprocidad. Desde este punto de vista y como se señaló en un principio, Hoffman aporta una teoría del desarrollo ético cognitivo basada en afectos, lo que la diferencia del énfasis cognitivo de los demás autores revisados hasta el momento. Al mismo tiempo, esta teoría permite ligar el desarrollo ético cognitivo con los discursos organizacionales, ya que en la medida que estos permitan la observación de los puntos de vista de otros sujetos, se facilitaría la incorporación de los niveles superiores de empatía y comprensión transideológica.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.3.1.10. Teoría de J.C. Gibbs

John C. Gibbs revisando los trabajos de Hoffman y Kolberg, así como ejemplos de las teorías derivadas de ambos, plantea que el desarrollo ético cognitivo implica no sólo una capacidad de reflexión sobre situaciones puntuales, sino que un cambio cualitativo en la manera en que el sujeto experimenta la realidad. Este cambio implicaría aspectos emocionales, tales como la sensación de profundidad o “realidad” de la vivencia y también aspectos fundamentalmente cognitivos, tales como la construcción de sistemas argumentativos que permiten la evaluación de probabilidades y cualidad moral, así como la internalización de locus de control en cuanto a la motivación (Gibbs, 2003).

En cuanto a la relación entre la motivación hacia conductas prosociales, es decir aquellas que suponen la implementación práctica de justicia o empatía, y la identidad, Gibbs (2003) plantea que aquellos sujetos que se definen a si mismos en función de atributos éticos tienden a actuar con mayor frecuencia en función de su razonamiento moral o la empatía que aquellos que no se definen en función de atributos éticos, los que incluso presentarían una mayor tendencia hacia el comportamiento antisocial.

La integración realizada por Gibbs, en la medida que permite observar la relación entre los aspectos discursivos con los emocionales y la identidad, ayuda en a relacionar el desarrollo ético cognitivo con trabajos sobre la resolución de incongruencias, como la teoría de Babrow (1992), quien plantea que los sujetos buscan integración de sus discursos en función del displacer y mayor o menor probabilidad que asocian con los distintos eventos y la teoría de las representaciones sociales, que serían la fuente de validación de los discursos organizacionales e institucionales. Esto nos permitirá, en su momento, ligar la idea de DEC con los procesos de construcción de sentido descritos en el contexto de procesos de liderazgo y generación de narrativas organizacionales (Ejemplos: Natale y Diamante, 2005; Reicher et al., 2005; Shamir et al., 1993; Sveningsson y Alvesson, 2003) y cambio organizacional (Ejemplos: Apker, 2004; El-Sawad et al., 2004; Hoggett, 2006; Symon y Clegg, 2005).

### 2.3.2. *Juicio moral y emoción*

Las teorías revisadas, en tanto teorías sobre el juicio moral y las estructuras de conocimiento, tienen mayor relación y hacen énfasis en los contenidos del pensamiento y la racionalidad. Ahora bien, además de las teorías de Hoffman y Gibbs descritas anteriormente, en los últimos años se han publicado varios hallazgos con relación a las influencias de las emociones y la intuición en la generación de juicios morales.

Desde la perspectiva de análisis teórico, Jonathan Haidt (2001) propuso un modelo en el cual el conocimiento procedural, expresado como emoción e intuición, antecede al razonamiento en la elección de los objetivos y medios apropiados para resolver problemas morales. Este modelo ha recibido apoyo desde las neurociencias (Greene y Haidt, 2002; Greene et al., 2004) y puede considerarse compatible con posturas teóricas psicodinámicas (Hunt, 2000). Así mismo, artículos más recientes (Gaudine y Thorne, 2000; Connelly et al., 2004) han propuesto y evaluado el rol específico de emociones experimentadas de manera positiva y negativa, concluyendo, en primer lugar, que emociones positivas facilitan el reconocimiento y análisis de dilemas éticos en el ámbito organizacional y que emociones negativas o desagradables inhiben el análisis. En segundo lugar se encontró que las emociones caracterizadas como pasivas, tales como pena, tienden a tener menos influencia que otras caracterizadas como activas, como sería el caso de la rabia. Finalmente, la influencia de las emociones parece ser más patente en decisiones que tienen que ver con relaciones interpersonales que con decisiones en el ámbito organizacional.

Por otro lado y desde el punto de vista del análisis de los procesos de razonamiento, Nichols y Mallon (2005) plantean que los sistemas de reglas que los sujetos utilizan para evaluar los problemas pueden ser más complejas que lo hasta ahora previsto, incluyendo distinciones acerca de variables, como consentimiento o grado de participación, que integran e influyen los procesos afectivos implicados en la toma de decisiones.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.3.3. Desarrollo ético cognitivo y desempeño organizacional

En la literatura relacionada a administración de negocios el tema del desarrollo ético cognitivo suele ser enfocado desde una perspectiva institucional, lo que limita el análisis a niveles de desarrollo que en los modelos revisados corresponderían a la aceptación de la autoridad y la existencia de una realidad evidente por sí misma. Considerando esta limitación se observa que la fortaleza institucional parece correlacionar con estabilidad del desempeño organizacional (Sørensen, 2002). Así mismo, existe un notable y creciente cúmulo de evidencia respecto a que la coherencia entre los valores personales y la organización, así como el hecho de que ésta y los ejecutivos sean percibidos como justos parecen ser dos factores determinantes de la satisfacción y lo que se ha denominado *comportamiento ciudadano*, esto es el comportamiento que va más allá de las exigencias formales del rol para la superación de problemas y la innovación (Bolino y Turnley, 2003; Manville y Ober, 2003; Herscovitch y Meyer, 2002; Tepper y Taylor, 2003). Robertson (2006) ha planteado además que la construcción de discursos que otorguen un sentido coherente a los eventos es un determinante de la percepción de justicia organizacional, lo que también estaría relacionado al uso de un lenguaje abstracto e interpretativo (Robertson y Stevens, 2006). También, y en lo que se refiere específicamente a *empowerment*, es posible mencionar trabajos como los de Mackie et al.(2001) y Fiol et al.(2001), que relacionan la participación en las fuentes de poder a satisfacción, desempeño y salud psíquica.

En relación al desempeño ejecutivo la evidencia generada hasta este momento hace necesario separar la noción de estructura de análisis de la influencia de los valores o creencias morales de los sujetos. Así, Pennino (2002) encontró que gerentes más directivos en su estilo de toma de decisiones también tendían a exhibir menores niveles de desarrollo moral. Esto podría ser interpretado, en función de los planteamientos de Broseau et al. (2006), como la consecuencia de limitaciones en los parámetros asignados a funciones directivas en los primeros niveles ejecutivos, quienes no tienen real injerencia en la generación de estrategias o visiones organizacionales.

Siguiendo la distinción entre procesos internos y desempeño del rol es necesario mencionar a Keble (1986), quien plantea un modelo de análisis de la toma de decisiones éticas que, además de variables personales como fuerza del yo, independencia y locus de control, incluye el reconocimiento a la

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

influencia de variables ambientales como la cultura organizacional, las características del puesto de trabajo o el contexto situacional inmediato. Por su parte Jones (1991), agrega una variable que denomina Intensidad Moral y que alude a la importancia y significación del problema analizado. La diferencia entre el razonamiento y el comportamiento público exigido por el rol organizacional que proponen estos modelos podría explicar los resultados publicados por Marnburg (2001), quien no encontró relación entre el nivel de razonamiento moral y las actitudes de ingenieros y administradores. Así mismo, en los últimos años han aparecido algunos autores señalando que la incongruencia entre los distintos discursos sostenidos por un individuo no sólo es habitual, si no que un requisito para la incorporación organizacional efectiva (El-Sawad et al., 2004; Whittle, 2005).

En lo que toca al liderazgo, podemos recordar lo señalado por Turner et al. (2002) quienes sugieren que un alto nivel de razonamiento moral podría reemplazar al entrenamiento en liderazgo transformacional. Finalmente es necesario mencionar el trabajo de Wimbush (1999), quien propone que subordinados con niveles de funcionamiento moral post convencional demostrarían mayor independencia de juicio respecto a sus supervisores, que aquellos de nivel pre o convencional. Como se señaló anteriormente, esta propuesta puede considerarse apoyada por los planteamientos y resultados publicados por otros autores (Kegan, 1994; Reicher et al., 2005; Brouseau et al., 2006).

### *2.3.4. El estudio del desarrollo ético cognitivo en Enfermería*

La adquisición de una identidad profesional no sólo implica la capacidad de implementar el conjunto de prácticas que la profesión tiene el derecho y la obligación de asumir en el sistema social, sino que también y más importante, implica la aceptación del conjunto de valores que identifica a la cultura profesional. En el caso de la Enfermería el valor axial explícito es el Cuidado (Watson, 1988), el cual se asocia la capacidad de postergación personal, competencia técnica, disciplina y habilidades sociales requeridas para implementarlo. La revisión de los sitios Web de las carreras de enfermería más antiguas, correspondientes a la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Concepción, así como del Colegio de Enfermeras de Chile A. G., permite observar que en Chile la profesión también se define a partir de la noción de *cuidado*. En estas condiciones el tema ético ha tenido históricamente una importancia clave y en estos momentos existe abundante literatura sobre las relaciones entre los discursos éticos tradicionales y las influencias de la innovación

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

tecnológica y el cambio en los modelos de gestión (Apker, 2004; Auvinen et al., 2004; Faithfull y Hunt, 2005; Fry et al., 2002; Kim et al., 2004; Hendel y Gefen-Liban, 2003).

Tanto los equipos de Auvinen et al. (2004) como Kim et al. (2004) trabajando respectivamente en Finlandia y Corea, han encontrado que las estudiantes de enfermería de últimos años demuestran un nivel del juicio moral asociado a los inicios del tipo de razonamiento post convencional y que las predisposiciones originadas en variables sociodemográficas parecen no tener influencia en este desempeño. Faithfull y Hunt (2005) y Fry et al. (2002) estudiando relatos de enfermeras que ya están practicando la profesión, encontraron que la influencia de las prácticas de gestión creaba nuevos conflictos éticos y aumentaba el estrés debido a la toma de decisiones conflictivas. Considerando lo anterior, es relevante lo reportado por Hendel y Gefen-Liban (2003), quienes encontraron que incluso enfermeras participantes en post grados de gestión asignaban mayor prioridad a los valores tradicionales de la profesión que a los valores propios de los nuevos estilos de gestión de negocios, tales como aceptación de la visión gerencial, toma de riesgos, competición o status. Esta alta prioridad de los valores tradicionales de la profesión, tradicionalmente asociados a expectativa de género femenino (Floge y Merrill, 1986), también afecta la percepción sobre las figuras de liderazgo. Por ejemplo, McNeese-Smith (1999) encontró que el perfil motivacional que McClelland asocia a liderazgo, constituido por alta motivación al poder y baja afiliación, era mal evaluado por las subordinadas de las enfermeras supervisoras que los poseían, incluso a pesar de correlacionar positivamente con satisfacción de los usuarios. Más recientemente, Styhre (2007) señala que existe masiva evidencia de la confrontación entre profesionales del sector salud con los principios de gestión gerencial racional económicos.

### 2.3.5. Síntesis

La revisión de las principales teorías sobre desarrollo ético cognitivo permite señalar los siguientes puntos:

- Desde la adolescencia en adelante, el DEC está fuertemente relacionado con la elaboración de la experiencia y la generación de metateorías sobre la naturaleza de la realidad y el conocimiento. Como se ha planteado desde Erickson (1994), La capacidad de generar estas

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

teorías incide de manera determinante en la capacidad de integrar los discursos de identidad y lograr un funcionamiento adecuado del sujeto en el sistema social.

- Las teorías sobre el DEC, si bien consideran la influencia e implicancias sociales, en la práctica utilizan un enfoque fundamentalmente individual para referirse al proceso de desarrollo. Esto con excepción del modelo de Belenky et al. (1997) o investigaciones como las de Vitz (1990), quienes plantean una conexión entre la evolución ocurrida en niveles superiores de DEC y la transformación social, ocurrida como resultado de la construcción de discursos que permiten reinterpretar y orientar el proceso de construcción de la identidad. Estas ideas pueden servir como una posible explicación del cómo un alto nivel de DEC podría substituir al entrenamiento en liderazgo transformacional.
- En el caso de la enfermería, una profesión fuertemente definida por sus principios éticos, el estudio del desarrollo ético cognitivo parece indicar que, pese a que las enfermeras lograrían niveles de integración post formales, en la práctica continúan utilizando los discursos tradicionales como punto de vista para generar las atribuciones de valor sobre los demás.

### 2.4. El hospital y la Enfermería

En este capítulo revisaremos las características generales de los establecimientos hospitalarios y la profesión de Enfermería, lo que servirá de contexto para el análisis de los resultados.

#### 2.4.1 La organización hospital

Si bien la profesión de Enfermería puede ser ejercida en múltiples ambientes, dado que este estudio se realizará en el ambiente organizacional de los hospitales, es conveniente comenzar por la revisión de este tipo de organizaciones. Desde el punto de vista formal, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (D.S. 140/2004) establece en su artículo 43 que *“El Hospital es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia. Con tal objeto propenderá también al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Será obligación del Hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado”*. De esta manera, se establece que las funciones del hospital incluyen, además de las actividades propias de la prevención, tratamiento y rehabilitación, las acciones requeridas para la formación y divulgación científica de sus resultados, agregando así la dimensión científica a la dimensión organizacional básica asociada a las labores de prevención, cuidado y rehabilitación.

Desde el punto de vista psicosocial, el hospital es, en tanto organización y utilizando el lenguaje de Schvarstein (2002), un establecimiento en el cual coexisten múltiples instituciones. Esta definición nos remite a su vez a la de institución, que para Schvarstein son *“cuerpos normativos, jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias y leyes que determinan las formas de intercambio social (2002, Pág. 26)”*. En palabras más sencillas se puede señalar que una institución es un campo de realidad, tales como La Salud, La Política o El Estado y que un hospital no sólo debe funcionar en base a los objetivos y criterios de las profesiones de ámbito de la salud, si no que también debe

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

integrar los criterios financieros, normativas legales e influencias políticas propias del Estado. Eventualmente y de manera más visible en los hospitales privados, también se deberán integrar los aspectos propios del funcionamiento empresarial, tales como la consideración por el lucro o la eficiencia en la inversión económica.

La heterogeneidad en los criterios y valores de las instituciones que se expresan en el hospital determina que los sujetos deban construir continuamente las bases de legitimidad y procedimientos requeridos a cada rol y sujeto, para el adecuado funcionamiento de la organización. En este sentido, un trabajo anterior del autor de este proyecto (Pucheu, 1998), propone que en los hospitales del sistema público chileno se deben considerar, al menos, los discursos institucionales asociados a la responsabilidad social del Estado, los discursos integrados en la socialización de las llamadas profesionales de la salud, los discursos asociados a los sistemas de control de gestión del Estado, los discursos culturales machistas y de clase y, más recientemente, el discurso socioeconómico neoliberal. Es importante considerar que estos discursos asignan diferentes prioridades a los valores de atención universal, calidad, innovación tecnológica y rentabilidad, lo que origina procesos de conflicto grupal e intra psíquico que todavía son evidentes en la cultura de las organizaciones de salud. Cabe señalar que este fenómeno no ha sido percibido sólo en Chile, existiendo diversos trabajos que describen las maneras en que las organizaciones de salud integran el discurso de racionalidad económica en sus narrativas históricas (Currie y Brown, 2003; Apker, 2001; 2004; Faithfull y Hunt, 2005).

Desde el punto de vista de la estructura del hospital, encontramos que éste puede ser descrito como una burocracia profesional (Gil-Monte, 2003). En la taxonomía de mecanismos de coordinación y tipos de estructura desarrollada por Mintzberg (1992), esto significa que los procesos implementados en el hospital son naturalmente variables, lo que obliga a utilizar sistemas de coordinación que, considerando la necesidad de estandarización de procesos y supervisión, permitan la estandarización de las destrezas, la estandarización de criterios y la estandarización de metas y distribución de información. Las burocracias profesionales se caracterizan por su necesidad de procesos continuos de socialización, los que deben garantizar tanto la destreza técnica como la motivación y las destrezas sociales requeridas para la evitación y manejo de conflictos.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Un elemento que agrega complejidad adicional al hospital es la necesidad de integrar los objetivos y límites financieros con las demandas de calidad en los procesos clínicos, siempre en continuo aumento y potencialmente ilimitadas. Esto incluso en el sistema público, que debe afrontar el crecimiento de los costos originado por la innovación técnica y la diversificación de áreas de especialidad en el tratamiento de sus usuarios. Adicionalmente, en la medida que se agregan funciones docentes, como es el caso de los hospitales en los cuales se desarrolló esta tesis, los roles del hospital se hacen aún más complejos, ya que se deben compatibilizar también los objetivos de formación y desarrollo personales, también de naturaleza variable y que en muchos casos cuentan con representaciones fragmentadas que aumentan la subjetividad de los puntos de vista. Denis, Lamothe y Langley (2001), estudiando organizaciones del sistema de salud pública de Canadá, establecieron que la gestión de organizaciones de salud requiere de importantes esfuerzos colectivos en el establecimiento de consensos entre los directivos a cargos de las funciones anteriores y que, dada la complejidad de los equilibrios requeridos para el funcionamiento, los procesos de cambios son particularmente difíciles. Posteriormente, Lozeau, Langley y Denis (2002), estudiando el impacto de los discursos asociados a las herramientas de cambio organizacional, plantean que en los casos en que los sistemas organizacionales no puedan adaptarse al stress generado por estas nuevas exigencias se generaran acuerdos implícitos para establecer distancia o neutralizar a las actividades formales del cambio, de tal modo que su efecto sobre los sistemas de relaciones sea nulo. Esto resulta coincidente con hallazgos publicados por Apker (2001; 2004), quien, utilizando un enfoque de *sensemaking*, ha encontrado que la integración de los discursos asociados a las diferentes funciones es una de las dificultades claves que deben enfrentar las supervisoras de enfermería.

### 2.4.2 *La profesión de Enfermería*

La labor de cuidado asociado a la Enfermería ha estado institucionalizada en el sistema educacional chileno desde comienzos del siglo XX, estableciéndose el primer curso de Enfermería, en el Hospital de Niños Roberto del Río, el año 1902. El año 1903 se abrió la primera Escuela de Enfermería Hospitalaria, en la Universidad de Chile, estableciéndose un currículo de tres años. Posteriormente, en 1926, se alarga la formación a cuatro años. En 1938 se crea la Asociación de Enfermeras Universitarias de Chile, el cual es substituido por el Colegio de Enfermeras de Chile en 1953.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

El Código Sanitario, en su artículo 113, señala que *“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.”* El Decreto Supremo 140/2004, en su artículo 34, delimita el campo de acción del cuidado de manera amplia, señalando que *“En los establecimientos de salud pertenecientes a los Servicios se realizarán, con los recursos humanos y materiales de que dispongan según su nivel de complejidad, las funciones multidisciplinarias de asistencia social, psicológicas y espirituales tendientes a colaborar en su campo de especialidad en las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas”*. En la práctica, estas disposiciones implican que el campo de acción y responsabilidad de la profesión de enfermería abarca desde la gestión administrativa hasta la implementación de procesos de cuidado en los ámbitos físicos, psicológicos y espirituales de las personas a su cuidado.

Hoy en día existen al menos catorce escuelas de enfermería, correspondientes a las Universidades Andrés Bello, Adventista, Los Andes, Antofagasta, Arturo Prat, Austral de Chile, de Chile, Católica de Chile, de Concepción, de la Frontera, Magallanes, Mayor, de Santiago de Chile y la Serena. Los programas de formación de pregrado cuentan con una duración de alrededor de 10 semestres, incluyendo al menos una asignatura relacionada a los problemas éticos que se enfrentan en el ejercicio profesional. Al igual que en otras carreras en la institución Salud, la innovación tecnológica ha impulsado la creación de nuevas especialidades y el desarrollo de estudios de post grado.

### **2.4.2.1. Las fuentes de identidad en la carrera de Enfermería.**

Cada profesión cuenta con mecanismos de socialización formal e informal para la trasmisión de los valores, habilidades y tecnologías propias de su ámbito de acción. Estos elementos, incorporados por estudiantes todavía adolescentes, terminan siendo parte de la identidad individual a través de las atribuciones y estereotipos con que los sujetos son reconocidos. En el caso de la enfermería, Pucheu (2007) ha identificado 9 grandes fuentes culturales que definen la identidad de la profesión.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.4.2.1.a) *El género predominante en la profesión*

En primer lugar y considerando que Enfermería ha sido y todavía se considera una profesión mayoritariamente femenina, encontramos que el rol tradicional machista de la mujer en la sociedad, que define una relación de subordinación y/o servicio hacia los hombres, cumple un factor clave en la conformación de los roles propios de la enfermería. Así, el machismo influye en el sentido de proporcionar estándares y expectativas sobre el comportamiento de “la” enfermera. Ejemplos de esto serían el esperar que la enfermera privilegie aspectos informales o afectivos por sobre consideraciones racionales administrativas. Esto se expresaría concretamente a través de la expectativa de la que “la” enfermera esté al servicio del “médico” en lo que tiene que ver con la contención afectiva, el apoyo informal o la “lealtad” requerida para explicar o ignorar eventuales exabruptos. En cualquier caso, es posible señalar que las categorías de género cumplen un rol clave en la estabilidad estructural de las organizaciones hospitalarias, lo que además ha sido observado en diferentes culturas (Alliot, 2006; Stein, 1984). En los últimos años esto ha cambiado notoriamente (Belenky et al., 1997), ya sea por la introducción de varones en la profesión como por el cambio en las prescripciones de género, facilitando la aparición de conflictos interpersonales y legales, sobre todo desde la legalización de nociones como acoso sexual y *bullying*, las que identifican conductas, que hasta ahora eran solamente machistas o groseras, como delito.

### 2.4.2.1.b) *El origen ético y religioso*

Una segunda fuente de la cultura de Enfermería es la ética humanista y religiosa que se ha constituido en la referencia ideológica de la profesión desde los tiempos de Florence Nightingale. En efecto, no sólo existen todavía resabios físicos del rol monástico, como la toca, sino que los valores humanistas y cristianos siguen constituyendo el substrato ideológico de la profesión. Esta influencia implica que valores como sacrificio, abnegación, postergación de intereses personales, estudio y modestia tienen un carácter central en la identidad profesional. Ahora bien, en términos prácticos esta fuente cultural es determinante en la expectativa de que la enfermera esté dispuesta a trabajar en jornadas extendidas o realice sin queja labores que van desde limpieza corporal hasta confección de inventarios.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

Al igual que la influencia anterior, el género, esta fuente cultural ha perdido fuerza y facilita la visión de enfermería como una profesión y no como una vocación, particularmente en enfermeras más jóvenes. Esta diferencia de identificación con los valores religiosos genera atribuciones negativas en el grupo de enfermeras de mayor edad y que fueron socializadas en el modelo tradicional, facilitando la aparición de conflictos.

### *2.4.2.1.c) La concepción de responsabilidad social del Estado*

Una tercera fuente clave en los valores e identidad de la Enfermería es la concepción política de que es el Estado es la principal fuerza de desarrollo nacional. Esta concepción fue compartida por todos los gobiernos desde la década del treinta a los setenta y, considerando que el Estado es y ha sido el principal formador y empleador de la profesión, ha impreso en la cultura de la Enfermería Universitaria la convicción de que valores como salud y educación son prioridades éticas irrenunciables. A su vez, esta convicción se integraba con los valores religiosos, de manera que para las enfermeras formadas hasta los ochenta, el servicio público como vocación se constituyó en una verdad evidente por sí misma. Por el contrario, la nueva hegemonía de la racionalidad económica, al transformar a los valores en unidades comparables a través de su valorización en dinero, genera una verdadera dilución de las visiones de mundo contenidas en las culturas tradicionales, las cuales ahora son percibidas como opcionales y dependientes del contexto. Desde el punto de vista de la manera en que las enfermeras perciben y denominan la relación entre los valores profesionales y su identidad, se observa la sustitución de nociones como “vocación”, asociadas a un origen religioso, por nociones como “motivación”, que tiene que ver con una comprensión del trabajo limitada esencialmente a los vínculos contractuales. Si bien esto no es aplicable de manera universal y puede que un número importante de enfermeras jóvenes conserven los valores tradicionales, también es esperable que la importancia y validez que les asignen sea menor, lo que supone un potencial problema de disciplina y conflicto.

### *2.4.2.1.d) Los sistemas de control de gestión de RRHH del Estado*

Una cuarta fuente de la identidad de enfermería son los sistemas de control de gestión y concepción burocrática del Estado. Básicamente en este punto es necesario recordar que el concepto weberiano

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

de burocracia supone el control de la discrecionalidad a través de la estandarización y división del trabajo y un fuerte énfasis en la separación por niveles jerárquicos y tipos de formación profesional. De esta manera la práctica profesional de la enfermera implicaba respecto a la jerarquía y antigüedad de manera aún más estricta que lo observable en las fuerzas armadas.

Actualmente, el Estado esta reemplazando esta noción burocrática del trabajo por modelos de integración horizontal, como la gestión por redes, que suponen el abandono de estructuras organizadas desde la diferencia de especialidades por la agrupación de acciones a través de procesos de prevención, cuidado y rehabilitación, lo que enfatiza la colaboración por sobre la división de especialidades, el ajuste mutuo por sobre la supervisión y la flexibilidad por sobre el control. Esta nueva noción, referida habitualmente como la “modernización”, implica fortalecer valores como autonomía, independencia y flexibilidad en el establecimiento de relaciones, todo lo cual obliga a construir discursos explicativos para integrar esta visión de lo que es deseable en el trabajo habitual de los servicios, todavía jerárquico y estandarizado en su mayor parte.

### *2.4.2.1.e) La naturaleza de los procesos de cuidado*

Una quinta fuente, asociada a la anterior, es la naturaleza continua y parcialmente imprevisible de los procesos de cuidado. En efecto, en la mayor parte de los servicios el cuidado se implementa a lo largo de las 24 horas del día y los siete días de la semana, siendo necesarios los sistemas de jornadas que conocemos como 4° turno, más las prácticas de turnos de llamada, protocolos para entrega de turnos y otros muchos que no es necesario mencionar. Estos sistemas obligan a que las enfermeras actúen de manera colectiva, jerarquizada y uniforme, postergando en esto los afectos y otras características personales. La naturaleza continua y colectiva del trabajo aumenta la necesidad de disciplina, autocontrol y sacrificio. Sin embargo, en la medida que altera las rutinas familiares, tiene un impacto más directo en los roles de pareja, maternidad o paternidad, que deben ser adaptados y muchas veces postergados en función de las demandas del hospital.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

### *2.4.2.1.f) La constante innovación tecnológica*

La sexta fuente es el desarrollo constante de innovaciones tecnológicas en el ámbito de la salud, que no sólo se expresa en una diversificación y aumento en la especialidad de los servicios, sino que también obliga a desarrollar una cultura donde los valores de estudio y competitividad, que serán tanto más importantes a medida que aumente la complejidad del servicio, son una fuente clave de validación y autoridad. Así mismo, la complejidad implica un aumento creciente de la importancia del control de presupuestos y, junto con esto, la aceptación explícita de la necesidad de generar ingresos adicionales. Hoy esta influencia potencia los valores propios de la racionalidad económica a través de una valoración individual y la recompensa al aporte individual.

### *2.4.2.1.g) Mecanismos de control de la ansiedad*

La séptima fuente es lo que Isabel Menzies (1960) denomina los mecanismos de defensa contra la ansiedad paranoide. Estos mecanismos, de naturaleza inconsciente, influyen en las formas de organización del trabajo en salud, particularmente en algunas aparentemente negativas. Tomemos como ejemplo el caso de la sobrecompensación en la autoafirmación que es atribuida comúnmente al personal de servicios de alta demanda, tales como UCI o pabellón. Esta característica, al igual que otras como tendencia a tomar decisiones colectivas o largos periodos en roles de aprendiz, sería necesaria para manejar la ansiedad que produce la toma de decisiones vitales bajo condiciones de incertidumbre.

### *2.4.2.1.h) La complejidad de la noción de cuidado*

La octava fuente es la complejidad de la operacionalización de la noción o valor “cuidado”, ya que en la medida que actualmente abarca a la persona humana y su familia en su totalidad, nos obliga a entrar en el amplio campo de los conceptos de prevención, promoción o salud psíquica. Tomemos el caso del cuidado de dementes y otros tipos de crónicos de edad avanzada, donde el cuidado obliga a la enfermera a desarrollar competencias en los ámbitos de la terapia, la educación o incluso la asistencia social. Así la profesión cuenta con una impronta flexible y adaptativa, lo que por otro lado la expone a la intromisión de otras profesiones en su campo de acción. Adicionalmente, la amplitud de la

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

concepción de cuidado también expone a la enfermera en tanto persona, ya que debe trabajar utilizando fundamentalmente sus habilidades sociales y valores o en espacios donde su capacidad de relacionarse puede ser tanto o más importante que su destreza técnica.

Estas fuentes culturales influyen sobre la identidad de Enfermería haciendo que sea representada como una profesión esencialmente femenina, subalterna, fuertemente jerarquizada, técnica, polivalente y donde la identidad y deseos personales deben ser postergados en función de la necesidad del servicio. Al mismo tiempo, es necesario considerar que, desde los 70's, la pérdida de los sustentos ideológicos y religiosos que regulaban las identidades profesionales en el sector Salud hace cada vez más probable la aparición de conflictos interpersonales y colectivos, especialmente en la medida que el sustento ideológico de la profesión no es claramente reconocido o apoyado por el Estado y, por lo tanto, no se contemplan las medidas adecuadas a su manejo.

### 2.4.2.1.i) *La racionalidad económica establecida como discurso político del gobierno*

La novena influencia es posiblemente la más reciente y tiene más bien una influencia negativa, en el sentido de que no constituye lo que "se es" sino de lo que "no se desea ser". Esta suerte de antivalor son los valores propios del discurso de *racionalidad económica*, entendido en el sentido de eficiencia o ahorro, valores que también son tradicionales en la profesión de Enfermería, sino que en el sentido de reemplazo de criterios éticos basados en valores de índole concreta, como el respecto irrestricto a la vida, la salud o la familia, por criterios de rentabilidad económica. Los que pueden justificar la postergación de los valores tradicionales antes mencionados. De esta manera, la búsqueda de empoderamiento de las enfermeras es más bien una manera de asegurarse de que el cuidado de las personas y los funcionarios de salud no sea postergado, que una motivación originada en los valores y creencias axiales de la identidad profesional.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 2.4.3. Síntesis

En función de lo revisado sobre la organización hospitalaria y la profesión de Enfermería, se puede señalar que:

- Los establecimientos hospitalarios y, por extensión, el sistema de salud público y privado de salud, son un espacio donde coexisten múltiples organizaciones. Esto dificulta la gestión y los procesos de cambio. Sobre todo porque el cambio que actualmente impulsa el Estado en el sistema público no sólo afecta el contenido de los valores, si no que también la manera en que se coordinan los procesos de trabajo formales e informales.
- La profesión de Enfermería integra múltiples fuentes de identidad, abarcando valores que van desde el cuidado y la abnegación hasta la gestión financiera y la investigación científica, entre otros. En la medida que se le asigna la responsabilidad por el cuidado de los pacientes y usuarios de los establecimientos hospitalarios, sistemas organizacionales complejos y en rápidos procesos de cambio, las enfermeras deben ser capaces de integrar discursos y técnicas heterogéneos y que pueden aparecer como incongruentes.
- Utilizando ideas revisadas en los capítulos anteriores, es posible suponer que el cambio en los hospitales públicos y los roles asignados a la Enfermería impliquen dificultades para integrar las narrativas de identidad de las enfermeras que podrían llegar a ser clasificables como verdaderos duelos. Estos duelos, al requerir integración de valores aparentemente incompatibles, como el cuidar y cobrar, requerirán a su vez del logro de un nivel post formal de funcionamiento ético cognitivo. Desde el punto de vista del proceso de liderazgo, esto debería implicar procesos personalizados, más cercanos a la idea de relación de ayuda que a los procesos formales de supervisión.

### III. Metodología

#### 3.1. Descripción general

La presente tesis corresponde a un estudio transversal descriptivo en el que se realizó una revisión bibliográfica y se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas. El objetivo, de carácter aplicado, fue la exploración de las relaciones existentes entre los constructos de liderazgo transformacional, relación de ayuda, *burnout* y desarrollo ético cognitivo en enfermeras universitarias chilenas que se desempeñan en un hospital público y otro privado. Específicamente, se intentó aclarar las maneras en que las supervisoras ejercen influencia sobre las enfermeras subalternas, lo cual debería servir para el desarrollo de programas en los ámbitos de autocuidado, liderazgo y desarrollo de equipos, entre otros asociados al mejoramiento de procesos y calidad de vida. El enfoque epistemológico sobre el cual se basa el trabajo es la aproximación pragmática, entendida en el sentido utilizado por James (2002), como la búsqueda de un discurso que permita no sólo la comprensión de los procesos, sino que también la superación de los problemas que los sujetos perciben.

En el proceso de investigación se implementaron cinco etapas, la primera fue la investigación bibliográfica requerida para adquirir el lenguaje y la información adecuada para pensar sobre el problema y constructos a utilizar en la investigación. Los resultados de esta revisión se presentaron en el marco teórico. En paralelo se inició el contacto y se realizaron reuniones con directivos de cinco hospitales ubicados en las regiones VI, VIII y RM, el MINSAL, la FENPRUSS y la directiva del Colegio de Enfermeras, esto a fin de establecer los compromisos que permitieran la investigación. Esta etapa proporcionó información importante, ya que las conversaciones generadas en las presentaciones permitieron observar puntos de vista y problemas que no están registrados en la literatura. Una vez definido el campo de trabajo, la tercera etapa contempló la realización de entrevistas y la aplicación de cuestionarios, para la recolección de datos sobre las variables estudiadas. La cuarta fue el procesamiento de entrevistas y cuestionarios y la quinta fue la realización de los talleres. En estos últimos se pudo explorar, junto con supervisoras y jefes de enfermería de los hospitales en los cuales se desarrolló la investigación, las posibles explicaciones y validez de las relaciones establecidas en primera instancia. Adicionalmente al proceso formal, el análisis de los fenómenos estudiados se ha enriquecido por la discusión generada en congresos y seminarios, como también en conversaciones

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

con enfermeras de otras instituciones y profesionales del Ministerio de Salud. Finalmente, también debe considerarse el aporte del Dr. Carlos Descouvieres, profesor guía de la tesis.

En el análisis de la información cualitativa se utilizó el método de análisis por teorización, el cual implica la inducción de modelos explicativos a partir del análisis de las categorías discriminadas en los discursos de los sujetos que participan de la investigación, los cuales deben observar y validar las afirmaciones generadas en primera instancia por el o los investigadores. El objetivo final fue obtener una comprensión tan “densa” como fuera posible, esto entendido en el sentido de White (2002), quien plantea que en las descripciones realizadas por profesionales existe el riesgo de desconocer la comprensión y capacidades con que los mismos sujetos manejan su relación con la realidad, lo que originaría descripciones “magras” o carentes de la profundidad adecuada a la comprensión. El análisis de datos cuantitativos fue realizado a través de diversas pruebas, a fin de evaluar la confiabilidad de los instrumentos y la posterior descripción y análisis de relaciones entre los datos. Las pruebas específicas se señalarán junto con la presentación de los resultados.

En lo que corresponde a la población y pese a que, como se señaló, inicialmente fueron contactados y se realizaron reuniones en cinco hospitales ubicados en diversas regiones del país, finalmente el estudio fue implementado en dos hospitales, uno del sector público y otro privado. Ambos hospitales son organizaciones complejas que integran funciones asistenciales y docentes, a los que se agrega, en el caso de las supervisoras, los aspectos financiero-administrativos de la jefatura operacional de sus servicios. Adicionalmente, para los efectos de ampliar la muestra y también mostrar un grupo con el cual contrastar las tendencias observadas en los resultados cuantitativos, se utilizaron datos adicionales obtenidos en un tercer hospital. El cual también cumple funciones asistenciales y docentes y puede ser considerado comparable en tamaño y complejidad<sup>16</sup>.

En la actualidad se continúa trabajando en los dos hospitales originales, a los cuales se ha agregado un tercero ubicado en la zona sur de Santiago. Con este trabajo se espera explorar la manera de superar los problemas identificados en esta tesis, así como la observación de la evaluación de los procesos de liderazgo a través del tiempo.

---

<sup>16</sup> Se utilizaron datos recabados en la tesis de Retamales, C. (2008) “Liderazgo y *burnout* en enfermeras de un hospital de la Región Metropolitana: Un estudio correlacional”. Dirigida por el autor de esta tesis y presentada en la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 3.2. *Supuestos y Objetivos*

Esta investigación fue concebida a partir de una serie de supuestos, el primero de los cuales es que existiría la posibilidad de una relación relevante entre las acciones de las supervisoras y el nivel de bienestar o malestar de sus subalternas. En segundo lugar, que el comportamiento de las supervisoras podía ser descrito en función de los modelos de liderazgo transformacional; en tercer lugar, se asumió que, desde el punto de vista de las seguidoras, la labor de liderazgo que impactaba su bienestar era la capacidad de la supervisora para generar discursos que dieran sentido a la situación y problemas de las subalternas, lo que debería tener alguna expresión en un instrumento para la evaluación del desarrollo ético cognitivo; finalmente, en cuarto lugar, que el malestar de las subalternas podría ser interpretado por los modelos e instrumentos diseñados para observar el fenómeno de *burnout*. El supuesto central fue la relación entre el liderazgo de la supervisora y el nivel de bienes o malestar de las subalternas, por lo que la tesis se orientó hacia la exploración de las formas en las cuales las enfermeras supervisoras ejercían influencia, incluyendo las percepciones que sobre esto podrían tener las subalternas y el contexto en el cual ocurre el proceso de liderazgo.

### 3.3. *Muestra*

En esta investigación se reportan datos proporcionados por 274 enfermeras y enfermeros empleados con contrato permanente en un hospital del sector público y un hospital del sector privado. Adicionalmente y para complementar algunos datos específicos, se incluyeron los datos de 42 enfermeras y enfermeros de un tercer hospital, en el cual se realizó una investigación paralela con los mismos instrumentos que se utilizaron en ésta (Ver: Retamales, 2008). En los tres casos se trata de hospitales complejos que cumplen funciones asistenciales y docentes.

El número total de entrevistas reportadas alcanza a 43, incluyendo 23 supervisoras y 20 enfermeras clínicas, las que de aquí en adelante serán identificadas con el adjetivo de "subalternas". Se realizaron 4 talleres, dos dirigidos a supervisoras y dos dirigidos fundamentalmente a subalternas, participando un total 75 enfermeras, así como también los directivos de enfermería y 3 psicólogos de ambos hospitales.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

La totalidad de las y los participantes colaboró de manera voluntaria. El proceso de contacto consistió en una reunión inicial con los directores y las enfermeras jefes de cada hospital, en la cual se explicó los objetivos y proceso. Con la aceptación de éstos se procedió a realizar una reunión con las supervisoras, con los mismos fines. Posteriormente se realizaron breves reuniones en cada servicio, explicando los objetivos y solicitando la participación. En la aplicación de los instrumentos, éstos fueron entregados de manera individual y en un sobre, indicando sólo el servicio al cual pertenecía la enfermera. El sobre fue devuelto cerrado al investigador, de tal manera que las supervisoras no tuvieran oportunidad de conocer las respuestas de una enfermera específica y no se reportaron resultados individuales si no que a las supervisoras y en relación a su auto reporte. Las respuestas alcanzaron a un porcentaje cercano al 80% del total de enfermeras de los hospitales participantes, lo cual es mayor si se considera que en aquellos servicios que el número de enfermeras era menor a 5 y para garantizar confidencialidad, no se realizó la aplicación de las encuestas.

Debido a que los temas de liderazgo y *burnout* tienen implicancias en la evaluación del desempeño y las atribuciones de personalidad, lo que podría generar sesgos en las respuestas a cuestionarios y la participación en entrevistas y talleres, no se les pidió a las participantes que registraran sus datos demográficos.

A continuación se describen algunos elementos significativos de los dos establecimientos en los cuales se realizaron las entrevistas y talleres.

### 3.3.1. Hospital Público (A)

El hospital que será descrito de ahora en adelante como Hospital A, fue construido originalmente entre 1941 y 1945, reemplazando a un antiguo hospital que hoy es monumento nacional. Es un hospital de alta complejidad, autogestionado, que atiende a la población de una provincia del centro sur de Chile. En términos de capacidades y personal, el Hospital A cuenta con 506 camas, 167 enfermeras, 485 técnicos paramédicos y 65 auxiliares de servicio, las que reportan a 17 supervisoras. A continuación se presentan su Misión, Visión y Valores.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

### **Misión**

*El Usuario es nuestro centro. Por ello, el Hospital Clínico A, a través de sus trabajadores (as) y en coordinación con la red asistencial brindará a la comunidad (de la provincia) acciones de salud oportunas y de calidad.*

### **Vision**

*Llegar a ser uno de los mejores hospitales públicos del país, en atender y satisfacer las necesidades de sus usuarios de acuerdo a la realidad epidemiológica y demográfica de la provincia y los Principios inspiradores de la reforma sanitaria en Chile.*

### **Valores**

*Satisfacción Usuaria, Eficiencia, Participación, Efectividad y Equidad.*

El Hospital A ha tenido un crecimiento constante desde su creación, siendo particularmente notorio en los últimos diez años, donde se ha aumentado tanto el volumen de operación como la cantidad de servicios. En la actualidad se encuentra en el grupo de hospitales autogestionados que y en proceso de implementar las modificaciones estructurales requeridas para poner en marcha el nuevo sistema de atención en salud, lo que incluye la fusión de servicios, el cambio en las estructuras jerárquicas y la creación de la subdirección de enfermería, así como las certificaciones de calidad en procesos de cuidado, atención de público y gestión. Sirve de campo docente a la carrera de enfermería de una Universidad Pública, así como a auxiliares y médicos de otras universidades e institutos de la región.

En el período de tiempo en el cual se implementó la investigación el hospital se encontraba realizando importantes innovaciones, como son el proceso de postulación a la autogestión y la implementación del Programa Hospital Amigo, que busca aumentar significativamente el tiempo de visita de las familias y su acceso a los pacientes. Todas las supervisoras habían tenido capacitación en técnicas de liderazgo y supervisión, elementos que se encuentran en el modelo de competencias del servicio de Salud del cual depende el hospital. El servicio ha implementado además estudios de clima organizacional y acciones para el mejoramiento de la salud psíquica de sus funcionarios, entre las que se cuentan talleres y asistencia personal con psicólogos.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

En lo que respecta a la estructura jerárquica, al iniciar el estudio las enfermeras supervisoras dependían de los médicos jefes de sus respectivos servicios y se coordinaban a través de una unidad staff con el nombre de coordinación de enfermería, de la cual tenían una dependencia funcional para efectos de orientación y asistencia técnica. Al momento de realizar el taller la estructura había cambiado y se generó una Subdirección de Enfermería, de la cual dependen las supervisoras y su personal. En estos momentos y en la medida que el hospital cuenta con autonomía en su gestión, se está evaluando la integración de servicios que pretende implementar el Ministerio de Salud, lo que debería llevar a una mayor centralización en la gestión de enfermería.

Un elemento significativo, fue que al momento de realizar el taller con las supervisoras, las enfermeras de un servicio, en conjunto con el personal técnico y auxiliar, solicitaron la salida de su supervisora. Situación de conflicto que afectó notablemente los estados emocionales tanto de la supervisora afectada como de las demás y la enfermera subdirectora de enfermería.

### **3.3.2. Hospital Privado (B)**

El hospital privado, de ahora en adelante Hospital B, fue creado originalmente en 1938 con el objetivo de servir de campo de práctica para los alumnos de la carrera de Medicina de la institución a la cual pertenece el Hospital. Inicialmente, tanto la atención de pacientes como la formación del personal de enfermería quedaron en manos de religiosas y hasta ahora depende de la Facultad de Medicina.

En la actualidad el Hospital B cuenta con 256 enfermeras y 419 auxiliares, las que reportan a 17 supervisoras. En términos de capacidad, mantiene 378 camas para hospitalización y 155 camas para la atención de pacientes que serán atendidos en Pabellón o Urgencias, totalizando 533 camas. Es un hospital complejo, equivalente en sus capacidades y servicios a un hospital regional en el Sector Público. Al igual que en el caso del Hospital A, ha estado en permanente expansión desde sus inicios, el cual se ha acelerado desde los noventa. En estos momentos se aprecia tanto un importante crecimiento y diversificación de los servicios, como también un cambio en el estilo de gestión, orientándose hacia una mayor racionalidad económica y la venta de servicios en la red de instituciones de salud de la Universidad. Actualmente, la misión formal de la red de establecimientos

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

al cual pertenece el hospital B es *“Entregar una atención centrada en los pacientes y sus familiares, que sea acogedora, integral, oportuna, eficiente y segura. Promover una cultura de calidad y seguridad en toda actividad y el constante desarrollo de su personal así como ser un campo clínico modelo para la formación de profesionales de excelencia, respetuosos de la dignidad de las personas y de una moral basada en los principios cristianos, como servicio a Chile y a la Iglesia.”*

En el periodo en que se realizó la investigación, el Hospital B estaba preparando y realizó un proceso de acreditación, lo que implicó formalizar gran cantidad de procedimientos. Otro elemento relevante desde el punto de vista de impacto en el clima organizacional fue el hecho de que el año anterior había renunciado un número significativo de enfermeras, lo que llevó a un aumento de remuneraciones y a la realización de tres de estudios de clima, gestionados por la Gerencia de Recursos Humanos de la Facultad. En lo que respecta a enfermería, la mayor parte de las supervisoras habían tenido cursos de liderazgo, incluyendo la acreditación de coaching ontológico por parte de la empresa consultora New Field.

En lo que respecta a la estructura jerárquica, las enfermeras supervisoras dependen tanto del Subdirector de Enfermería del Hospital, como de sus respectivos jefes de servicio, que son médicos especialistas. Deben coordinarse también con los docentes de las Escuelas de Medicina y Enfermería, ya que se entiende que todo profesional también cumple funciones docentes.

### **3.4. Etapas e instrumentos en la recolección y análisis de datos**

El proceso de recolección y análisis de datos incluyó la implementación de entrevistas semi estructuradas y aplicación de instrumentos, a lo que se agregó la presentación y análisis de resultados en 4 talleres en los que participaron supervisoras y subalternas.

#### **3.4.1. Entrevistas**

En función del enfoque de trabajo, se realizaron 23 entrevistas semi estructuradas a enfermeras supervisoras y 20 entrevistas a enfermeras subalternas. Adicionalmente, se realizaron entrevistas con los subdirectores de enfermería, las jefaturas funcionales de las supervisoras, 3 médicos jefes de servicio y otros profesionales staff de enfermería y las unidades de gestión de Recursos Humanos de

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

los respectivos hospitales. Estas entrevistas proporcionaron información sobre el contexto, pero no se reportan debido a la imposibilidad de estimar el grado de generalidad o difusión de las opiniones. Todas las entrevistas fueron realizadas en los respectivos servicios y, debido tanto a la dificultad experimentada en las entrevistas piloto para aislar el ruido ambiente, se optó por realizar las entrevistas grabando y tomando notas.

Los temas revisados en ambos tipos de entrevistas incluyen los siguientes puntos:

- Evaluación de las subalternas
- Causas de los eventuales problemas
- Acciones requeridas de la supervisora ante problemas personales o de desempeño
- Descripción de lo que a su juicio, es una buena enfermera

Si bien se puede señalar que las opiniones y relatos obtenidos en cada tipo de entrevistas fueron similares y esto se evidencia ya en las primeras entrevistas, se optó por continuar con esta acción como una manera de fortalecer las relaciones de confianza y facilitar la aplicación de los instrumentos.

Por razones de confidencialidad y respeto a la situación de las personas aludidas en muchas de las historias relatadas en las entrevistas y ya que los hospitales en los cuales se realizó la investigación están identificados y el proceso de trabajo continúa a la fecha, se han excluido en las citas textuales las menciones a personas o unidades específicas. Sin embargo en algunos casos se incluyen, con la debida cautela, las impresiones del entrevistador.

### **3.4.2. Instrumentos**

Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Estilos de Liderazgo desarrollado a partir de la teoría de Bass y Avolio (MLQ), el Cuestionario de Evaluación de Burnout (MBI), desarrollado por Maslach y La Prueba de Desarrollo del Juicio Moral (DIT), de James Rest.

Los cuestionarios fueron entregados a cada enfermera juntos y en un sobre, el cuales podía ser devuelto cerrado a la secretaria de las Subdirecciones de Enfermería. Los sobres estaban

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

identificados sólo con el servicio al cual pertenecía la enfermera y la respuesta a los cuestionarios fue voluntaria.

### 3.4.2.1. Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ Forma corta 5X)

El MLQ aplicado correspondió a la versión adaptada por Vega y Zabala (2004) a la población chilena a través de la aplicación y análisis en una muestra de vendedores y jefes de venta. El cuestionario consta de formas de autoaplicación y para la descripción del comportamiento de otros. Es un cuestionario escrito que consta de 82 ítems y permite observar 9 escalas en relación al comportamiento del líder y tres escalas que describen resultados organizacionales. Como se describió en el capítulo sobre liderazgo, las 9 escalas asociadas a cada subfactor son las siguientes:

Nivel de funcionamiento	Factores	Subfactores	Sigla
<b>Liderazgo Transformacional</b>	1. <i>Influencia Idealizada o Carisma</i>	1.1. Influencia Idealizada Atribuida	<b>II (A)</b>
		1.2. Influencia Idealidad Conductual	<b>II (C)</b>
		1.3. Motivación Inspiracional	<b>MI</b>
	2. <i>Estimulación Intelectual</i>	2. Estimulación Intelectual	<b>EI</b>
<b>Liderazgo Desarrollo/Transaccional</b>	3. <i>Consideración Individualizada</i>	3. Consideración Individualizada	<b>CI</b>
	4. <i>Recompensa Contingente</i>	4. Recompensa Contingente	<b>RC</b>
<b>Liderazgo Correctivo/Evitador</b>	5. <i>Dirección por Excepción Activa</i>	5. Dirección por Excepción Activa	<b>DPEA</b>
	6. <i>Dirección por Excepción Pasiva</i>	6.1. Dirección por Excepción Pasiva 6.2. Laissez-faire	<b>DPEP</b> <b>LF</b>

Las tres escalas sobre resultados organizacionales son las siguientes:

- **Esfuerzo extra**

Conceptualmente se define como el aumento en la motivación y capacidad de los subalternos para hacer el trabajo y alcanzar las metas del grupo y la organización.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- **Efectividad**

Se refiere a la capacidad del líder para optimizar los recursos materiales y humanos del grupo, de manera de obtener resultados al menor costo posible. En este sentido, esta variable integra también la noción de eficiencia.

- **Satisfacción**

Se refiere al grado en el cual los subalternos manifiestan que el líder responde a sus expectativas y necesidades.

### 3.4.2.2. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI, desarrollado por Christina Maslach, es un cuestionario escrito utilizado en la gran mayoría de los estudios sobre el burnout y ha sido aplicado en Chile en diversos estudios (Ejemplos: Garcia et al., 1999; Ponce, 2001; Quintanilla, 2004). El MBI consta de 22 preguntas formuladas como afirmaciones sobre las percepciones y emociones que el sujeto que responde ha experimentado. La escala de respuesta se presenta en forma Likert con 7 puntos que describe las frecuencias presentadas en la tabla siguiente:

Nunca	Una vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces la mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Los puntajes del MBI permiten describir tres escalas, que corresponden a los componentes del síndrome: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logro Personal. Maslach y Jackson (en Maruco, Gil-Monte y Flamenco, 2007) proponen el uso de percentiles como criterio para diferenciar magnitudes en cada una de las tres dimensiones del síndrome. Así, dividen a la población en tres grupos de igual tamaño, de tal manera que los puntajes ubicados en el tercio inferior se clasificarían como *burnout* bajo, los puntajes del tercio intermedio se clasificarían como *burnout* medio y los puntajes en el tercio superior se clasificarían como *burnout* alto. En el manual, publicado en habla inglesa el año 1986, no se indican criterios o equivalencias clínicas. Posiblemente debido a lo anterior, los autores que presentan datos en habla castellana utilizan diversos criterios y se presentan

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

resultados comparando promedios colectivos (Ejemplo: Quintanilla, 2004) y otros presentando proporciones o porcentajes de personas de la muestra que experimentan *burnout* (Ejemplo: Ordenes, 2004). Los puntajes de corte para cada categoría, según los criterios de Maslach y Jackson (en Maruco, Gil-Monte y Flamenco, 2007), son los siguientes:

	<b>Logro Personal</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>	<b>Despersonalización</b>
<b>Alto</b>	≥ 39	≥ 27	≥ 13
<b>Medio</b>	38-32	26-17	12-7
<b>Bajo</b>	≤ 31	≤ 16	≤ 6

Los estándares anteriores no son utilizados por todos los autores. Por ejemplo, De las Cuevas (En Parada et al., 2005), establece los siguientes puntos de corte para la población española.

	<b>Logro Personal</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>	<b>Despersonalización</b>
<b>Alto</b>	≥ 40	≥ 27	≥ 10
<b>Medio</b>	39-34	26-19	9-6
<b>Bajo</b>	≤ 33	≤ 19	≤ 6

Un problema con estos estándares anteriores es que en las escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización aparecen puntajes en los cuales se superpone el límite del nivel Bajo con el nivel Medio. Los promedios y desviaciones estándar para la muestra norteamericana, de la cual se obtuvieron los estándares anteriores, son los siguientes (en Beckstead, 2002):

	<b>Logro Personal</b>	<b>Agotamiento Emocional</b>	<b>Despersonalización</b>
<b>Promedio</b>	36,53	22,19	7,12
<b>D. S.</b>	7,34	9,53	5,22

Autores como Maruco, Gil-Monte y Flamenco (2007), Kristensen et al. (2005) y Halbesleben y Demerouti (2005) han propuesto medidas alternativas para la medición del *burnout*, señalando que la aplicación del instrumento y las normas de clasificación propuestas por Maslach y Jackson puede derivar en un sobre diagnóstico del síndrome o el ignorar la importancia de síntomas como culpa,

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

además de que el instrumento podría perder sus cualidades psicométricas en otras poblaciones. Pese a estas críticas, se decidió continuar con su utilización debido a la difusión de su uso y la posibilidad de realizar comparaciones. Sin embargo, considerando que el MBI es un cuestionario de auto reporte en el cual influyen las percepciones de los sujetos que responden, se agregó al análisis el estudio de las distribuciones en base a la frecuencia acumulada de respuestas 5 “Algunas veces por semana” y 6 “Todos los días”. Esto por considerar que representan una percepción de continuidad en la presencia de los fenómenos aludidos en cada ítem. Esta categoría fue invertida en los ítems de la dimensión Logro Personal, de tal modo que se consideró la frecuencia de las respuestas 0 “Nunca” y 1 “Una vez al año o menos”, que describen la experiencia de ausencia o extrema rareza del fenómeno aludido en el ítem respectivo.

### 3.4.2.3. Prueba de Desarrollo del Juicio Moral (DIT)

La Prueba de Desarrollo del Juicio Moral (DIT) fue adaptada en Chile por Grove y Halcaltergaray en 1984 y consiste en un cuestionario donde los sujetos deben realizar juicios de valor respecto a personajes e información presentes en seis situaciones. El DIT fue diseñado para su aplicación en sujetos de 12 años o más y, en diferentes versiones, ha sido aplicado en estudios con enfermeras en diversos países (Auvinen, 2004; Kim et al., 2004; Hendel y Gefen-Liban, 2003).

Los puntajes proporcionados por el DIT se expresan en porcentajes del uso que cada sujeto hace de las diferentes perspectivas o niveles de análisis en el juicio moral, se excluye el nivel de análisis 1 (Moral heterónoma u orientación al castigo – obediencia), por considerarse que sujetos normales de más de 12 años funcionarían casi con seguridad en niveles superiores. Con la suma de los puntajes de los niveles 5 y 6, referidos a funcionamiento post convencional, se elabora un índice P o Índice de Razonamiento Moral de Principios. El índice P constituye una medición que expresa la importancia relativa que el sujeto da a los principios morales y la complejidad con que los aplica en el análisis de conflictos éticos.

Grove y Halcaltergaray (1984) consideran que, para efectos de correlación con otras variables, el puntaje P debe ser utilizado agrupando las respuestas. Para lo cual proporcionan dos taxonomías, las que corresponden a la población estadounidense y que se presentan a continuación.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### Cuartiles

	<b>1<sup>er</sup> Cuartil</b>	<b>2<sup>do</sup> Cuartil</b>	<b>3<sup>er</sup> Cuartil</b>	<b>4<sup>to</sup> Cuartil</b>
<b>P</b>	0 - 22	23 – 34	35 - 46	47 ó más

### Tercios

	<b>Tercio más bajo</b>	<b>Tercio Intermedio</b>	<b>Tercio Superior</b>
<b>P</b>	Hasta 27	28 – 41	42 ó más

### 3.4.3. Talleres

Se realizaron dos talleres con enfermeras supervisoras, uno en cada hospital. Cada uno de estos talleres tuvo una duración de 16 horas. También se realizaron dos talleres con participación de enfermeras subalternas de las anteriores, en el caso del realizado con enfermeras del Hospital A, el cual tuvo una duración de 8 horas, participaron 25 enfermeras. En el caso del realizado con enfermeras subalternas en el Hospital B, de una duración de 16 horas, asistieron 20 enfermeras.

Estos talleres tuvieron dos propósitos. En primer lugar el devolver a las enfermeras participantes la información y modelos observados en las entrevistas y resultados de las encuestas y, en segundo lugar, profundizar en la comprensión de los modelos de análisis y toma de decisiones que las enfermeras ocupan al liderar y manejar el desgaste en el trabajo. Sobre este punto se puede señalar que la observación de las respuestas a los ejercicios, la discusión sobre puntos de vista y el análisis de los juegos de rol permitió mejorar la comprensión del proceso de influencia, así como las percepciones de los diferentes contextos y vínculos que se establecen tanto entre enfermeras como en relación a pacientes, familiares de pacientes, médicos, personal técnico y auxiliar. Todo esto permitió validar las ideas generadas en las entrevistas, integrando los resultados cuantitativos y precisando las etapas de las conversaciones entre supervisoras y subalternas.

Las ideas recogidas en cada taller fueron anotadas durante el trabajo o inmediatamente después. A fin de facilitar la discusión de los temas y la expresión de las opiniones, muchas de los cuales podrían

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

ser interpretadas como críticas a las instituciones o roles de autoridad, no se realizaron filmaciones ni grabaciones.

El programa de los talleres de las supervisoras incluyó los siguientes temas:

- Revisión de la teoría sobre liderazgo transformacional y *burnout*.
- Discusión sobre las prácticas de liderazgo ocupadas por las participantes.
- Presentación de los resultados de la investigación en el hospital donde se realizaba el taller y entrega personal de los resultados individuales.
- Trabajo grupal para identificar los problemas y prioridades en la gestión de las supervisoras participantes.
- Ejercicios y juegos de rol para extender los criterios y mejores prácticas de liderazgo.

Al taller realizado con enfermeras subalternas del Hospital A asistieron 20 enfermeras subalternas. Adicionalmente, asistieron también 4 enfermeras supervisoras y la Subdirectora de Enfermería. Esto ya que, como se señaló, los talleres con subalternas fueron planteados como una actividad de desarrollo y sólo secundariamente como una técnica para la recolección de datos, pese a esto se observó información importante y por esto se presentan las principales ideas conversadas en la actividad. El objetivo de este taller, escogido por las participantes, fue la búsqueda de estrategias para manejar la presión del trabajo, lo que llevó a revisar los siguientes puntos:

- Revisión de la teoría sobre *burnout* y relación de ayuda.
- Presentación de los resultados de la investigación en el hospital donde se realizaba el taller.
- Trabajo grupal para analizar las causas de la ansiedad ante el trabajo y búsqueda de vías de acción.
- Ejercicios prácticos y desarrollo de juegos de roles

El enfoque en este taller fue el de trabajo grupal y ejercicios, enfocándose los temas hacia cómo manejar la ansiedad y estrés laboral.

En el taller con enfermeras del Hospital B asistieron 19 enfermeras subalternas y una enfermera supervisora que cumple funciones staff y no cuenta con personal subalterno. Este taller se realizó con

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

el apoyo de la Subdirección de Enfermería y, al igual que el realizado en el hospital A, se planteó inicialmente como una actividad de devolución, pero se obtuvo información relevante que se incluirá en los resultados. En el programa se revisaron los siguientes contenidos:

- Revisión de la teoría sobre liderazgo transformacional y burnout.
- Presentación de los resultados de la investigación en el hospital donde se realizaba el taller.
- Trabajo grupal para identificar los problemas y prioridades en el hospital, así como los valores claves para el adecuado funcionamiento de los servicios y el hospital.
- Trabajo grupal para identificar historias de liderazgo sobresaliente.
- Ejercicios y juegos de rol para extender los criterios y mejores prácticas de liderazgo.

## IV. Resultados y Conclusiones

### 4.1. Análisis descriptivo comprensivo

#### 4.1.1. Opiniones de las supervisoras

Como se señaló en la descripción de la metodología, se realizaron un total de 23 entrevistas a enfermeras supervisoras, 10 en el Hospital A y 13 en el Hospital B. Estas entrevistas fueron realizadas en los respectivos servicios y de manera individual. Las respuestas fueron categorizadas de manera descriptiva en función de los temas abordados. Por razones de confidencialidad y respeto a la situación de las personas aludidas en muchas de las historias relatadas en las entrevistas y ya que los hospitales en los cuales se realizó la investigación son identificables y el proceso de trabajo continúa a la fecha, se han excluido en las citas textuales las menciones a personas o unidades específicas.

Pese a que el nombre del cargo en el hospital privado es “coordinadora”, de aquí en adelante se utilizará el nombre “supervisora”, debido a que es utilizado con mayor frecuencia en el sistema de salud y la literatura, a la vez que permite mantener la uniformidad en el análisis.

*4.1.1.1. En lo que refiere a la descripción del grupo de enfermeras clínicas a su cargo, ambos grupos de supervisoras manifestaron opiniones similares, señalando que en general su opinión sobre sus subalternas era positiva, existiendo, como principal punto de referencia, diferencias generacionales en el nivel de compromiso y capacidad técnica.*

Al ser consultadas sobre su apreciación respecto a las enfermeras clínicas de sus respectivos servicios, las supervisoras de ambos hospitales manifestaron un discurso similar, indicando que su evaluación era positiva, destacándose las virtudes de compromiso, buenas relaciones interpersonales y capacidad técnica. Ejemplos de estos juicios se encuentran en las siguientes afirmaciones:

*“Muy motivadas y como concentradas en el trabajo... Muy eficaces, colaboradoras, trabajadoras...”*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*“Ahora como grupo ellas son como bien afiatadas, se llevan bien, es un grupo bastante comunicativo, mantienen un contacto fuera del hospital incluso con gente que ya se ha ido, y la gente que viene a reemplazar encuentra que es un grupo muy cálido.”*

Sin perjuicio de lo anterior, en los relatos aparece la afirmación de que tanto las enfermeras más jóvenes como las más experimentadas podrían estar manifestando problemas de motivación. Esto es atribuido a desajustes entre sus expectativas y las condiciones de trabajo. Así, las enfermeras más jóvenes experimentarían malestar debido a que su formación fue menos rigurosa en términos de la formación de valores profesionales, lo que las llevaría a percibir a las normas como una obligación injusta. Ejemplos de los juicios sobre las enfermeras más jóvenes se encuentran en las siguientes afirmaciones:

*“Y nos encontramos con que últimamente las enfermeras, no las de (su servicio), si no la gente de los últimos años, de las últimas generaciones, es una persona que trabaja, hace sus cosas y se va pero no hay como mayor compromiso. Cuesta ver esa entrega de antes...”*

*“yo creo que es una cuestión de formación, de generación, los cabros ahora ni a los papás los respetan, entonces es una cuestión de estructura que en el quehacer, en la atención se nota, de repente son muy ligadas a la tarea, al hacer las cosas, y al cuánto vas a ganar, o sea, “me quedo media hora más pero me la pagai” osea “yo tomo 5 pacientes más pero me los pagai””*

*“Hay un grupo de gente como afiliada con el tema de la enfermería... Darlo todo por la enfermería, eh y de lograr, poder mejorar el nivel, y hay un grupo que no, que tiene otro también listado de prioridades y que la enfermería es una parte de las cosas que tienen en su vida así que no están dispuestas a sacrificar tiempos personales.”*

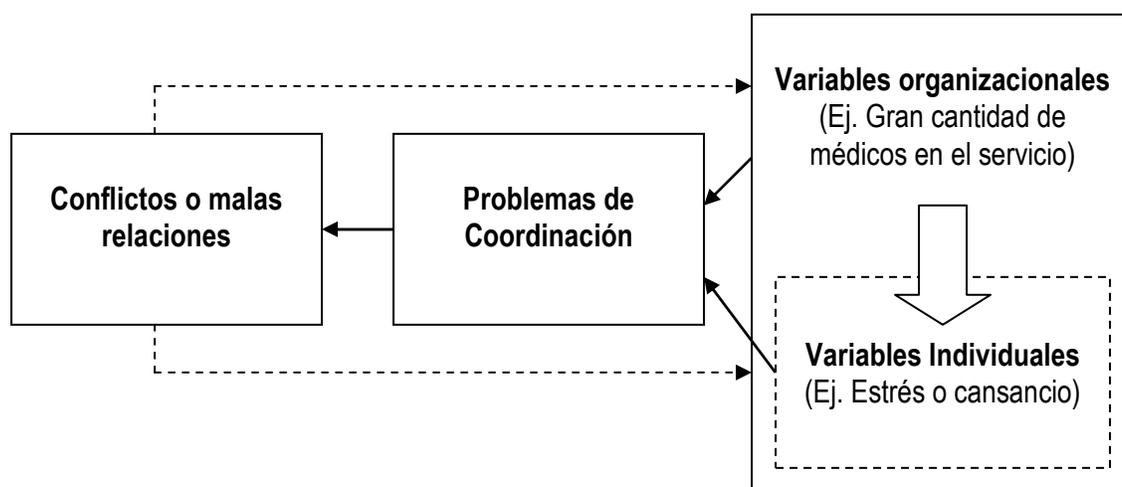
4.1.1.2. Al ser consultadas por problemas en sus subalternas, las supervisoras señalan causas últimas de tipo organizacional.

Las supervisoras de ambos grupos señalaron que los problemas que identificaban en sus subalternas se expresaban generalmente como fallas en la coordinación a partir de las cuales

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

se producían conflictos personales entre enfermeras o con médicos. Las causas de estas fallas en la coordinación estarían asociadas a deficiencias en la comunicación atribuidas a variables personales, tales como cansancio, y condiciones organizacionales como el exceso de trabajo o gran cantidad de personas con las cuales hay que coordinarse. Estas últimas causas constituirían el origen de los problemas. Si bien en muchos casos se aludió a médicos, las enfermeras supervisoras no aluden a ellos como una categoría profesional, si no que en tanto individuos.

**Figura 17: Esquema de las relaciones causa efecto en las descripciones de los problemas que las supervisoras identifican en sus subalternas**



Ejemplos de los tipos de problemas anteriores se encuentran en los siguientes párrafos:

*“El clima? O sea... A ratos tenso, a ratos relajado, obviamente si hay un médico que está enojado o hay un problema técnico la gente rinde no de la manera más óptima, hay más dificultad para concentrarse, y uno ve que en pabellones donde el cirujano que es gritón, que hay pelambres, que la gente no lo está pasando bien, cometen errores...”*

*“Ahí cada una como que lo enfrenta de diferente manera, porque yo de repente ni me entero de los problemas que ellas tienen, pero cuales son mayoritariamente los problemas, “oiga doctor usted no hizo tal cosa” y la gritonean, que son ineptas, pero de ese tipo, ya cuando, o llaman 10.000 veces al médico y nunca le contestó ahí yo ya cuando de repente involucran*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*mayor tiempo o un cosa más grande yo le aviso a mi jefe y mando un memo para que él tome distintas medidas al final se arregla o las chiquillas ya los conocen, entonces algunas no los pescan o algunas, ya las que tienen mas años, (les dicen) “doctor, hágame la orden”*

*“Conflictos con las colegas aquí no hay... Tengo problemas con un jefe de servicio... Que me tiene... Yo les digo a las chiquillas, nunca he sido así como muy estresada, me adapto fácil y todo, pero estoy entrando en una etapa en la que no quiero ponerme nerviosa... El Jefe (del Servicio X) es muy poco comprometido con la parte administrativa y pasa un mes y él no ve la correspondencia, no abre el computador y cuando nos llega la evaluación de los compromisos de gestión...”*

### 4.1.1.4. Percepciones respecto al proceso de cambio en los roles de la profesión

Al referirse a los problemas que deben ser manejados en la relación con las enfermeras clínicas, en ambos grupos se manifiesta la creencia de que tanto el rol de la enfermera ha ido cambiando, en el sentido de aumentar la importancia de aspectos administrativos y los valores de las nuevas enfermeras en el sentido de una menor prioridad del sacrificio, la disciplina y el espíritu de cuerpo.

El primer elemento, el cambio de la profesión, se evidenciaría en la incorporación de tecnologías de acreditación de calidad, sistemas de control de gestión y mejoramiento de procesos, los que se agregarían a las innovaciones técnicas propias de las especialidades de enfermería. Estas innovaciones irían asociadas a procesos de acreditación o cambios en los modelos de gestión, tales como los del Programa Hospital Amigo. Las siguientes afirmaciones ejemplifican las opiniones anteriores:

*“Pero en 11 años esta cosa empezó a cambiar, empezó a cambiar la complejidad y obviamente los requerimientos del personal fueron diferentes la gente que ahora llega pensando que viene destinado a las termas se encuentra con una realidad totalmente diferente porque los pacientes son bastante más complejos que antiguamente, demandantes porque obviamente estamos en una sociedad ahora más exigente y que hace valer sus*

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

*derechos, y es el paciente, es el entorno y su familia, o sea además hay que lidiar con esa otra parte, que es la familia. A veces el paciente no es tan complicado como la familia...”*

*“Se han incorporado muchas actividades en que la enfermera tiene que estar sacando cosas del computador, lo que la va distanciando un poco del contacto con el paciente porque en el fondo tu asistencial sabes que tienes tantos enfermos que ver y cosas que hacer y en comunicarte con el enfermo, de repente estás con él pero también estás pensando, “chuta todo lo que tengo que hacer” entonces el tipo y la calidad de tiempo que le estás dando no es lo que más se acerca a lo que el paciente requiere...”*

En relación con el cambio percibido en el estilo de las enfermeras egresadas en los últimos años y como se señaló en el punto 4.2.1.1., se evidencia una opinión unánime respecto a que las enfermeras más jóvenes establecen límites respecto al compromiso horario e involucramiento afectivo con los pacientes y el trabajo que se les asigna. Esto marcaría una diferencia respecto a las “antiguas”, que aparecen como más comprometidas con el trabajo, lo que se expresaría en la disposición a permanecer en el puesto más allá del horario o sacrificar sus compromisos personales por las exigencias del cuidado. Si bien esto se expresa señalando que el nuevo estilo de relación con el trabajo permitiría una mejor calidad de vida, también se señala que genera problemas de gestión y que en muchos casos va asociado a objetivos de aumento de ingreso que llevan a las enfermeras jóvenes a trabajar en más de una institución, por lo que puede terminar llevando a desgaste y baja en la capacidad profesional.

*4.1.1.5. Ante la pregunta por el manejo de problemas de desempeño o conflictos, se distinguen dos niveles de intervención en el manejo de los problemas. El primero se refiere a acciones para generar un clima global adecuado y en el segundo se relatan las conversaciones específicas para acordar medidas correctivas con las subalternas.*

Las supervisoras de ambos hospitales también manifestaron un discurso similar en relación a las actividades necesarias para manejar problemas de desempeño o conflictos, distinguiéndose dos niveles de análisis. En el primer nivel, se hace referencia general a las

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

condiciones requeridas para mantener un buen clima en el servicio y en el segundo nivel, más específico, se hace referencia a la necesidad de conversar para corregir el desempeño y estado emocional de sus subalternas. En los siguientes trozos de entrevista se presentan ejemplos de las acciones de impacto general.

*“Acá, cuando alguien tiene un problema, yo no aplico el reglamento, si no que hablo y me pongo en el lugar de la persona. Y esas cosas se agradecen. Entonces, cuando yo necesito de ellas, ya hay un depósito y yo luego, si tengo un problema, entonces dicen Sra. (su nombre) la solución puede estás en... ahí yo cobro mis depósitos”.*

*“Primero, te digo, yo tengo una jefatura bien horizontal... A mí mi puerta está abierta y la gente pasa y si quiere entrar, entra. Los turnos, comienzan a las siete, se vienen temprano, la gente no toma desayuno y entonces hay un comedor y tipo nueve, hay como un desayuno... Vamos todos... en el almuerzo lo mismo.”*

Ejemplos de afirmaciones referidas al segundo y más específico nivel de acción se encuentran en:

*“Yo trato de que conversamos, ver cómo estamos y los problemas que tenemos y me cuentan y yo les digo “ya, lo voy a conversar con el doctor...” (Y les pregunto) y... ¿Cómo la han manejado ustedes? Y trato de no darle más importancia, para que no quedemos con la frente arrugada...”*

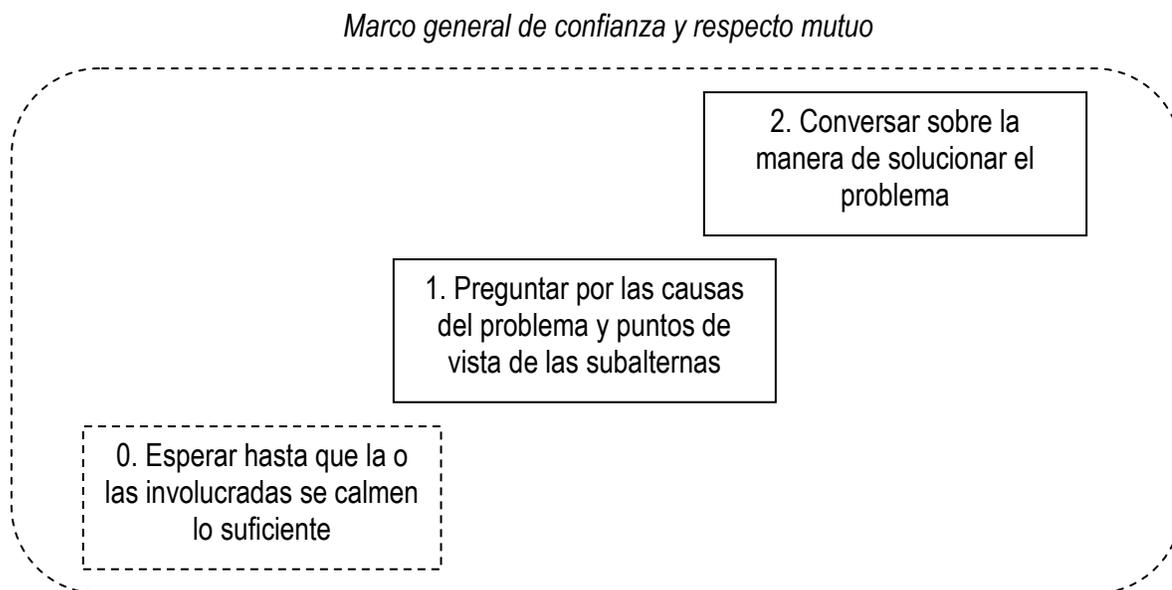
*“Yo lo primero que hago es escucharlas (A las enfermeras subalternas que presentan un problema), y conversar, ver qué se puede hacer.”*

*“(Cuando llegan las subalternas al servicio) Pasa el tiempo, un largo rato, hasta que se agarra confianza, hasta que llega un momento y yo soy como bien directa, le digo “mire, tengo este problema, yo veo así la cosa”... Es cansador, porque hay que sacarle lo bueno a la gente, independiente de lo que venga detrás, del historial y he tenido buenos resultados... Y a la gente le digo al final “Usted, cuando llegó, venía con qué cartel y ahora ¿Cómo se*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*considera?... Pero, te digo, a mi en lo personal me significa una relación personal, para conocer sus fortalezas y debilidades..."*

**Figura 18: Secuencia de acciones para el manejo de problemas de desempeño**



Las supervisoras del Hospital B manifestaron la idea de que los problemas interpersonales y de ánimo estarían relacionados a mal clima organizacional. La asociación de problemas de relación y ánimo con clima organizacional se puede comprender en la medida que, durante el año anterior al momento de las entrevistas, la Gerencia de Recursos Humanos del Hospital B había realizado tres estudios de clima. Estos estudios se originaron como una manera de analizar la renuncia de un número significativo de enfermeras.

### 4.1.1.6. Opiniones sobre su propio estado emocional

Durante la entrevista, 9 supervisoras del Hospital A y 2 de las supervisoras del Hospital B manifestaron que había tenido algún grado de malestar psíquico durante el último año. Esto se había expresado en licencias médicas asociadas a estrés, problemas familiares y conflictos con médicos, personal paramédico y otras enfermeras.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

*“Y esto, como ha sido un largo tiempo, me tiene como cansada, Ahora, yo diría como hace 5 años... Finalmente salgo igual adelante, pero yo noto que me demoro más, que me molesta más, que me provoca más enojo. Antes no, como que me lo tomaba más con Andina, más light.”*

*“De alguna manera, este cansancio se transformó el año pasado en una situación que según la (Enfermera Subdirectora) era una forma de somatización. Y yo creo que puede haber sido así... Estamos hablando de hipertensión, estamos hablando de intolerancia a la glucosa, una ansiedad por comer y en las mañanas, de no querer levantarme para venir a trabajar...”*

### **4.1.2. Opiniones de las enfermeras subalternas**

Se realizaron 10 entrevistas a enfermeros subalternos del Hospital A y 10 entrevistas a enfermeras subalternas del Hospital B. Estas entrevistas fueron realizadas en los servicios, usualmente en las piezas destinadas a descanso, y de manera individual. Al igual que en el caso de las supervisoras, las categorizaciones fueron realizadas de manera descriptiva en función de los temas y preguntas que se reportan a continuación.

En estas entrevistas se preguntó a las entrevistadas si habían observado alteraciones de ánimo en sus compañeras que pudieran asociarse al trabajo, las características y causas de estas alteraciones, el comportamiento de las supervisoras y sus expectativas respecto a la manera en que debieran ser manejados estos temas.

#### **Opiniones de las enfermeras subalternas del Hospital A**

Se entrevistaron 9 enfermeras y un enfermero, dos de cada uno de los servicios de cirugía, traumatología, urgencias, medicina y pediatría.

*4.1.2.1. Existiría la percepción de que en el Hospital se presentan problemas afectivos asociados al trabajo.*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

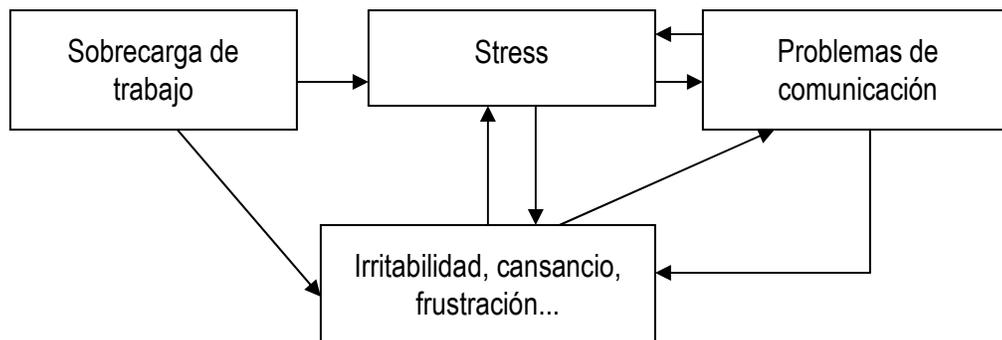
La totalidad de los entrevistados planteó que sabían de compañeros que demostraban problemas de ánimo debido al trabajo. Estos problemas fueron descritos como irritabilidad, agresividad y pérdida de tolerancia a problemas menores. Si bien una primera causa mencionada era la de problemas en la comunicación, al ser interrogadas respecto a la causa de la mala comunicación, todos los casos fueron atribuidos a sobrecarga de trabajo, indicándose que no se debía al trabajo en sí, sino que a la carga adicional generada por la necesidad de registros, el manejo de familiares y acompañantes de los pacientes y la falta de reemplazos. Ejemplos de estos juicios son:

*“Aquí uno tiene más problemas con la sobrecarga, más que por el trabajo mismo. A mí me gusta ser enfermera y es el problema de la sobrecarga. A mí me gusta lo que hago, me encanta lo que hago...”*

*“Yo creo que es lo que uno siempre comenta cuando llega acá... Los turnos, que está cansado, que está estresado, que no durmió bien... (Refiriéndose a las causas) Puede ser por el lugar donde trabajamos, que hay mucho público, que estamos sometidos a mucho estrés, tanto por la calidad de los pacientes y por los familiares, que ya vienen nerviosos... Y entre el paciente y los familiares se produce una situación de agobio”*

*“La causa de estos problemas.. Yo creo que el aumento de la carga laboral, sobre todo en cuanto a registros... Por lo menos es lo que a mí más me ha afectado”.*

**Figura 19: Modelo de causas de estrés, según enfermeras subalternas del Hospital A**



## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

4.1.2.2. *Existiría la percepción de que las supervisoras intervienen en los casos en que se presentan problemas, pero que estas intervenciones tienen un impacto limitado.*

En relación al rol de la supervisora. Los entrevistados manifestaron que, en los casos en los que se enteraban, las supervisoras conversaban con las afectadas o realizaban otras acciones, como talleres o solicitud de apoyo a los psicólogos del servicio. Sin embargo, al mismo tiempo señalaron que el efecto de estas conversaciones es limitado, debido a que las causas reales de los problemas se encuentran fuera del alcance de las supervisoras.

En los casos en los que las supervisoras no se enteran, serían las mismas compañeras las que se encargarían del tema, también a través de conversaciones. En dos de los servicios las entrevistadas señalaron que el tema estaba siendo tratado con la ayuda de psicólogos. Sin embargo, al igual que en el casos de las supervisoras, se señaló que la efectividad de las conversaciones era limitada.

*“Junto con el jefe (la supervisora y el médico jefe de servicio), se han hecho talleres, talleres de lo que nosotros estamos insertos, para mejorar tanto nuestro estado de ánimo como nuestras relaciones personales.”*

*“Lo más importante es el trabajo directo, yo sé que es complicado, pero lo más importante es el contacto directo con el trabajo diario es lo que permite se vayan salvaguardando esos conflictos y los roces que se producen porque la comunicación no llega bien... (¿Qué se hace en esos casos?) En realidad poco se hace en esos casos, de hecho tenemos en este mismo servicio una colega que por mi percepción la veo ansiosa, la veo como que anda a la defensiva, como que ella piensa que la jefatura está pendiente de ella y eso casos son los que pueden terminar mal y no veo que se maneje...”*

*“Si ha conversado con algunas, si recuerdo en una ocasión haber visto que ha conversado con una colega, pero no es algo que se da muy a menudo... A veces no se da ni cuenta y lo arreglamos entre nosotras mismas”*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.1.2.3. Opiniones sobre el tipo de intervención requerido a las supervisoras.

Al preguntárseles por el cómo debieran manejarse las personas que manifiestan estados de ánimo negativos, los enfermeros subalternos entrevistados respondieron con frases generales alusivas al mantenimiento de un buen trato y a la obtención de recursos.

*“Si yo fuera supervisora haría hincapié en el trato que cada uno se merece y pedir las cosas por favor y con un tono distinto, a lo mejor no cuesta...”*

*“Yo creo que ella nos tendría que escuchar... ¿No es cierto? A lo mejor juntarnos y decir está ocurriendo esto, las exigencias cada día son mayores, a lo mejor se requiere contratar una persona, sobre todo los fines de semana...”*

### 4.1.2.4. Percepciones sobre las causas de los problemas.

Las causas últimas de los problemas de ánimo fueron identificadas en dos grupos. El primero, mencionado unánimemente, agrupa a los proyectos y programas que aumentan la carga de trabajo, incluyendo al Programa Hospital Amigo y la categorización de los pacientes. La segunda causa que se mencionó fue la falta de compromiso de los médicos, los cuales delegarían funciones propias de su rol, incluyendo la redacción de recetas y, de manera más seria, se negarían a examinar pacientes. Esta causa fue mencionada por cuatro enfermeras, incluyendo anécdotas en las que los médicos no sólo retardaban o se negaban al examen, sino que también maltrataban verbalmente a enfermeras o auxiliares.

A modo de impresión del entrevistador, se señala que la intensidad emocional de las anécdotas sobre los médicos fue mayor que la asociada a la carga de trabajo, esto debido a que las anécdotas fueron más detalladas y acompañadas de expresiones como “esto está cada vez peor...”; “ya no es cómo antes”; “es increíble...”.

*“Yo creo que la causa es la demanda asistencial, la demanda administrativa, en cuanto a los registros que nosotros manejamos... El hecho de manejar pacientes en sala, los mismos*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*documentos y a la vez curaciones... Y también ha habido un cambio y ha dificultado la gran cantidad de tiempo que tienen con visitas, que nos obliga a terminar antes de las 12 y es toda una hazaña...”*

*“La sobrecarga de trabajo, uno llega aquí y ya se ve sobrepasada, más pacientes que tenemos afuera, más papeles, que hay que categorizar, las IH... Y nos vemos sobrepasadas”.*

*“Es un desorden de los médicos, ellos no se hacen cargo, sobre todo los... que no se hacen cargo de que tienen que hacer altas para poder desocupar camas. Hay un problema de carga importante...”*

Es importante mencionar que los entrevistados no atribuyeron los problemas a variables personales, tales como atribuciones de personalidad o redes sociales, incluso a pesar de que se consultó explícitamente por el tema. Sólo en un caso se mencionó que la manera de ser de la supervisora podía afectar los problemas, pero en el sentido de ser una influencia potencialmente negativa.

### 4.1.2.5. Opiniones sobre los roles de las enfermeras

Al preguntárseles por los roles e identidad de las enfermeras, seis de los entrevistados contestaron que es una persona o profesional que se dedica al cuidado integral de los pacientes, discriminando los aspectos psicológicos y físicos. Cabe señalar que ninguna mencionó aspectos espirituales. Cuatro de los entrevistados se refirieron a la enfermera como una persona que debía hacerse cargo de la administración de los servicios, asumiendo diversas tareas. Estas definiciones incluyeron ideas como “es la dueña de casa del servicio” y “stress, sinónimo de stress”.

*“Y ahora... Es la que hace todo, para mí es la dueña de casa del hospital, porque uno ahora tiene que saber de todo, de lo clínico, del paciente, de la cama, si hay que cambiar una ampolla... Como que vemos con todo, y eso a veces es un poco agotador, como que la frase típica es “pregúntale a la enfermera”. En eso...”*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*“Para mí una enfermera es un profesional que trabaja en un servicio de salud, que está dispuesta en todo momento a colaborar en la recuperación de la salud que ha perdido el enfermo. Y eso se supone que yo debo hacerlo con muy buena disponibilidad, con buen trato”*

*“Es un profesional que per se tiene una pega muy estresante, porque hay muchas cosas de las que tiene que estar preocupado en su turno.”*

### Opiniones de las enfermeras subalternas del Hospital B

Se entrevistaron 10 enfermeras, pertenecientes a los servicios de cirugía, pensionado, urgencias y medicina.

#### 4.1.2.6. Existiría la percepción de que en el Hospital se presentan problemas afectivos asociados al trabajo.

La totalidad de las entrevistadas tenía conocimiento de compañeras que habían experimentado desánimo o tristeza en el trabajo. Sin embargo, señalaron que estas emociones eran pasajeras y que se debían a problemas como sobrecarga de trabajo, dificultades en las relaciones con compañeras, jefaturas, pacientes y médicos o la muerte de algún paciente con el cual habían desarrollado un vínculo especial. En este contexto los problemas se describen como una parte del trabajo. Respuestas que ejemplifican lo anterior son:

*“Quizás si puede haber sido (enfermeras que se hayan sentido tristes o enojadas a causa del trabajo), un par de personas, pero por motivos puntuales que después solucionaron.”*

*“Efectivamente, es lo que me está pasando a mí ahora, pero en relación netamente a la sobrecarga laboral por la que estaba pasando.”*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

La sobrecarga de trabajo es una causa de estrés mencionada por la totalidad de las entrevistadas y se asocia a una percepción de que la administración del Hospital no asume la carga como un problema, lo que a su vez genera emociones negativas hacia la administración.

*“Todos quieren que les den el alta ahora y yo vivo atrasada, atrasada, atrasada, atrasada. Nunca puedo estar a tiempo...”*

*“Tenemos muchos pacientes y yo, por lo menos, no daba abasto... Entonces no había respiro, era trabajar, bueno, hasta el sábado pasado, trabajar, trabajar, trabajar... No hay tiempo de nada, ni de sentarte 10 minutos en un turno de 8 a 9 horas...”*

*“Como están las condiciones a veces, es demasiada la carga de pacientes, entonces no se puede hacer el trabajo bien y exigen y exigen.”*

Junto a las respuestas anteriores, las entrevistadas manifestaron espontáneamente el juicio según el cual una enfermera debía mantener un alto autocontrol emocional. Lo que se describió como una capacidad personal asociada al análisis y la solución participativa de problemas. Ejemplos de estos juicios son:

*“Acá igual tenis que estar bien en todos los sentidos. O sea, no podis andar depresiva, achacá y echándole la culpa a todos los que pasan porque al final el problema está en tu casa, no es con la gente.”*

*“Ser neutral, reflexionar un poco sobre el problema, ver los pros y contras, pedir ayuda si es necesario y tomar una decisión en conjunto... Esa es la forma en que una buena enfermera debe tratar de ser.”*

*“ (Y entonces... ¿Cómo piensa una buena enfermera?) Yo creo que primero analizar la situación... cuáles son los factores que están interviniendo. Si son problemas laborales, de las personas, primero hablar con todos las partes que tienen que ver y, digamos, dónde se*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*generó el problema, qué medidas se pueden tomar para solucionarlo... Valorarlo, valorar primero es tomar información.”*

### 4.1.2.7. Percepciones sobre la influencia de las supervisoras y las compañeras

En relación a la influencia de las supervisoras (coordinadoras), las entrevistadas no aludieron espontáneamente a su influencia. Al ser consultadas de manera explícita, describieron la relación en términos positivos, asociados a la orientación sobre los problemas y la representación ante la administración.

*“(En respuesta a la consulta por la influencia de la supervisora) Primero por el trato. Siempre un trato cercano, siempre de conversar los problemas, dando opiniones... ¿Qué medidas podemos tomar para facilitar tanto el crecimiento del personal como del servicio?”*

*“(En respuesta a la consulta por la influencia de la supervisora) Las decisiones que ellas toman producen directas reacciones en nosotros. La forma en que guían al grupo, que lideran al grupo, yo creo que sí tiene que ver. Si tienes una supervisora que tú ves que se la juega por ti en determinados puntos o problemas que se puedan dar, tú te vai a sentir apoyada, si tú sentí que no te apoyan, eee... tú vai a decir “pucha, hago mi trabajo y filo no más, lo que venga después, si tengo algún problema, mejor ni peleo porque yo sé que nadie va a estar detrás mío para apoyarme”.*

Al mismo, las entrevistadas manifestaron que las compañeras eran una influencia relevante en el manejo de los problemas. Esta influencia se asocia al establecimiento de relaciones cálidas y la consideración por las necesidades de los demás.

*“Toda persona con la que tú interactúas adentro, en el equipo de trabajo, tiene algún efecto sobre la otra, ya sea positivo o negativo.... Sobre todo porque nosotras pasamos más de 12 horas juntas. En este caso, somos 4 enfermeras por turno en el día, y 3 en la noche. A veces nos vemos más de lo que tú ves a tus mismas personas queridas en la casa. Son más de 12 horas, entre que llegas acá y te vas son como 13, 14 horas. Claro que influye.*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

*Influye que si tú llegas enojada, cachai?, porque estás enojada vas a contaminar de mala onda al resto, y así si llegas en buena onda también. Eso, yo creo que influye más que nada en la interacción que tenemos, por eso te digo, pasamos mucho tiempo juntas...”*

*“Es decir, cuando una colega llega como nuevita y tú la tuviste que entrenar en el primer tiempo, hacerle la inducción y enseñarle el manejo del servicio, yo creo que esas personas adoptan ciertas influencias de uno, del modo de trabajar.”*

### 4.1.2.8. Opiniones sobre la causa de los problemas

En relación a las causas de los problemas, las entrevistadas identificaron como elementos centrales a la relación con el Hospital, de la cual dependerían los recursos y a la naturaleza del trabajo, que obliga a funcionar en turnos y jornadas que no se adecuan a la vida familiar y personal. Los siguientes fragmentos de entrevistas presentan ejemplos de afirmaciones que describen los puntos anteriores.

*“No es una buena relación, entendemos qué es lo que quiere el Hospital, o sea, si no te gusta hay que irse no más...”*

*“yo creo que están las coordinadoras y la jefatura y la dirección y la gerencia. O sea, en general, te piden, te exigen: cursos de perfeccionamiento, funcionamiento, ¿te das cuenta?, entonces en ese sentido esta institución es sumamente exigente en ese aspecto. Tú tienes que ser funcionaria al 100, tú tienes que dar al 100, tú tienes que perfeccionarte a 100... y sería rico que ese 100 se valorizara.”*

*“Es complejo el sistema de trabajo, porque trabajamos con turnos y, en el fondo, tú vives un poco dispar con el resto de la gente porque mientras todo el mundo está acostumbrado a funcionar de lunes a viernes y el sábado y domingo es familiar y todo, tú vives todo el año de corrido con un sistema de turnos que para ti no existe feriado, no existe Año Nuevo, no existe Navidad, y si te tocó trabajar para Navidad mala pata y te la sufres acá y tratai de que no sea tan malo, pero igual te la sufres el hecho de no estar con tu familia”*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.1.2.9. Opiniones sobre el tipo de intervención requerida

Al referirse al tipo de intervención requerida para solucionar los problemas, las enfermeras entrevistadas se refirieron a la obtención de recursos y el fortalecimiento de las relaciones al interior del grupo de enfermeras. Sobre este último punto, se observa un énfasis por relaciones o trato más personal, que considere a la enfermera más allá de los roles de trabajo.

*“No, yo creo que básicamente pasa por la relación con el Hospital... Y en relación con ellas (las supervisoras), en el fondo ellas son nuestras representantes a nivel de estamentos más altos, que no sé po’, el Director o el Jefe de Servicio. En el fondo lo que nosotros esperamos de ellas es que nos logren conseguir otra enfermera...”*

*“Yo creo que va más allá de preocuparse de lo profesional y lo técnico, preocuparse de las personas. Uno es un ente biopsicosocial y que, a lo mejor vas a hacer super bien tu pega técnica; pinchar al niño, administrar medicamentos, hacer lo que tengai que hacer, pero detrás de eso está la yo enfermera, persona, que se la está sufriendo porque el niño está sufriendo y ves que una mamá sufre y todo.”*

### 4.1.2.10. Opiniones sobre los roles de las enfermeras

Al preguntárseles por los roles e identidad de las enfermeras, las entrevistadas señalaron que el trabajo de la enfermera implicaba una responsabilidad general por el servicio y el cuidado de los pacientes y que estas responsabilidades tenían el carácter de urgencia. Al mismo tiempo, enfatizaron la necesidad de mantener un contacto personal y humano con el paciente y sus familiares. Los siguientes fragmentos de entrevista ejemplifican estas afirmaciones.

*“Yo siempre le digo a las chiquillas: “a ti te tiene que gustar lo que estás haciendo... Tú en este servicio eres la dueña de casa, tú no eres la enfermera hacedora de cosas: yo pongo la inyección, yo pongo medicamentos, yo hago un sondeo vesical... tú aquí eres la dueña*

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

*de casa... o sea, aquí la cosa funciona si tu quieres que funcione y eso significa manejar personal, manejo con el doctor, manejo de los pacientes, anteponer a situaciones, manejo del paciente crítico”.*

*“En el fondo, tú tienes que tratar de ser asertiva en las decisiones que tomes porque todo es rápido. Y eso es identificar el problema, las causas y lo que tú puedes hacer para solucionarlo, tomando en cuenta tanto el bienestar del paciente, de los papás y también del tuyo como personal. Tienes que tratar de abocarte a todos los ámbitos tendientes a solucionar ese problema. Y siempre tratando de no olvidar que, aparte de los cuidados técnicos que se da a los niños y todo, existe la parte humana”.*

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.2. Resultados cuantitativos

Los siguientes resultados corresponden a una muestra total de 316 enfermeros, 75 del Hospital A, 199 del Hospital B y 42 pertenecientes a tres servicios de un tercer hospital. Como se señaló en la descripción de la metodología, este tercer hospital también es un hospital complejo, ubicado en la Región Metropolitana, que cumple funciones docentes y que es equivalente en complejidad y tamaño a los dos anteriores. Se le identificará en las tablas con el nombre de Hospital C.

Se aplicaron originalmente 329 encuestas, pero debieron eliminarse 9 sujetos del Hospital A y 4 sujetos del Hospital B, debido a que uno o más de los cuestionarios estaban incompletos o presentaban respuestas sin variación. Por ejemplo, si sólo se había marcado respuestas 5 ó 1.

#### 4.2.1. Resultados Descriptivos

##### 4.2.1.1. Resultados globales obtenidos con el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ)

Los promedios obtenidos en la aplicación del MLQ varían entre un promedio de 2,88 para la evaluación de frecuencias del grupo de comportamiento asociado a Dirección por Excepción Activa hasta 1,21 para el grupo de comportamientos asociado a un estilo de relación Laissez-Faire. Esto en una escala que va desde 0 a 4 y que corresponde a las siguientes categorías:

Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Frecuentemente o siempre
0	1	2	3	4

El promedio de la dimensión Liderazgo Transformacional es de 2,61, con una desviación estándar de 0,95. El promedio de la dimensión Liderazgo Desarrollo/Transaccional es de 2,44, con una desviación estándar de 0,96 y el promedio de la dimensión Liderazgo Correctivo Evitador es de 1,82, con una desviación estándar de 0,44. Tanto los promedios como las desviaciones estándar de los Hospitales A y B son bastante similares, destacándose el que la dimensión Liderazgo Correctivo Evitador no sólo aparece con la menor frecuencia, si no que también con una desviación estándar (D.S.) que es

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

prácticamente la mitad de las otras dimensiones. Esta similitud también se extiende al Hospital C, el cual, como se observa en las siguientes tablas, muestra resultados esencialmente similares a los de los otros dos.

**Tabla 8: Resultados obtenidos en el MLQ por hospital y muestra total**

	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Muestra Total	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Liderazgo Transformacional</b>	2,60	1,05	2,61	0,95	2,64	0,80	2,61	0,95
<b>Liderazgo Desarrollo / Transaccional</b>	2,48	1,03	2,43	0,97	2,42	0,82	2,44	0,96
<b>Liderazgo Correctivo Evitador</b>	1,93	0,51	1,78	0,40	1,84	0,42	1,82	0,44

Al observar los subfactores, se aprecian los siguientes resultados:

**Tabla 9: Resultados de los subfactores del MLQ, por hospital**

	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Muestra Total	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>II (A)</b>	2,66	1,08	2,76	0,95	2,91	0,74	2,76	0,96
<b>II (C)</b>	2,79	0,98	2,80	0,86	2,80	0,74	2,80	0,87
<b>MI</b>	2,75	0,98	2,66	0,91	2,49	0,81	2,66	0,91
<b>EI</b>	2,46	1,00	2,43	0,92	2,45	0,74	2,44	0,91
<b>CI</b>	2,42	1,07	2,40	1,01	2,40	0,82	2,41	1,00
<b>RC</b>	2,57	1,01	2,46	0,97	2,44	0,87	2,49	0,97
<b>DPEA</b>	2,94	0,75	2,81	0,78	3,10	0,63	2,88	0,76
<b>DPEP</b>	1,60	0,78	1,53	0,83	1,55	0,86	1,55	0,82
<b>LF</b>	1,35	1,10	1,18	0,74	1,12	0,61	1,21	0,83

Los promedios de los niveles de funcionamiento Transformacional Constructivo y Correctivo se encuentran en el rango que va desde el mencionado 2,88 a 2,41, lo que corresponde a respuestas

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

que estarían en las categorías “A veces” (2) y “A Menudo” (3) y la dimensión de Comportamiento Evitador está entre 1,55 y 1,21, lo que corresponde a su vez a respuestas “A veces” (2) y “Rara vez” (1). En relación a las dimensiones de resultados organizacionales, los resultados totales y por hospital son los siguientes:

**Tabla 10: Resultados organizacionales, total por hospital**

	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Total	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Efectividad</b>	2,74	0,92	2,71	0,85	2,59	0,80	2,70	0,86
<b>Esfuerzo extra</b>	2,53	1,07	2,54	0,96	2,58	0,72	2,54	0,96
<b>Satisfacción</b>	2,60	1,13	2,65	0,99	2,76	0,89	2,65	1,01

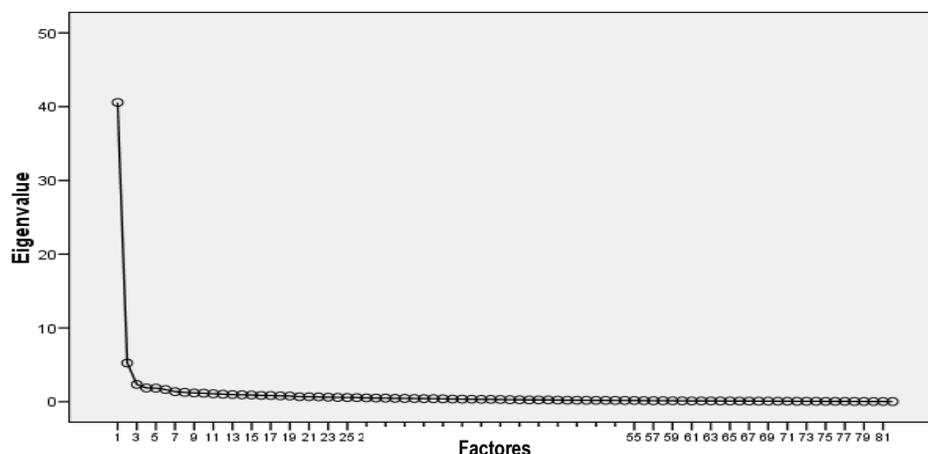
Los promedios obtenidos por los Hospitales A y B en las dimensiones de resultados organizacionales son prácticamente idénticos, siendo levemente mayor la dispersión en el Hospital A. En cualquier caso, la interpretación de los resultados indicaría la percepción de que las enfermeras supervisoras de ambos hospitales, en tanto grupo, tienden a optimizar el uso de recursos, aumentar el deseo de sus subalternas para cumplir con el trabajo y responder a las expectativas y necesidades de sus subalternas.

### 4.2.1.2. Análisis factorial del MLQ

Si bien el análisis del MLQ realizado a través de la prueba Alpha de Cronbach arrojó resultados adecuados para todos los subfactores, obteniendo índices que variaban entre 0,95 y 0,81, se realizó un análisis factorial exploratorio sobre la totalidad de los ítems. En este análisis se utilizó el modelo de extracción Maximum Likelihood, y el tipo de Rotación Varimax. Este análisis permitió observar 12 factores, los que explicarían un 67% de la varianza. Al mismo tiempo se observó que un solo factor, asociado a las dimensiones de Liderazgo Transformacional, explicaba cerca del 49% de la varianza. A fin de explorar este factor se realizó un análisis factorial exploratorio sobre los ítems exclusivos de la dimensión Liderazgo Transformacional. La figura siguiente presenta los resultados de este análisis de manera gráfica.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Figura 21: Peso de los factores evaluados en la varianza total



Considerando el mayor peso de un factor en la varianza total, se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de extracción Maximum Likelihood y el tipo de Rotación Varimax, forzado a un solo factor y sólo con los ítems de la dimensión de liderazgo Transformacional, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 11: Ítems incluidos en el Nivel de Funcionamiento Liderazgo Transformacional

Ítem (redacción de la encuesta para enfermeras clínicas)	Carga en el factor	Dimensión (Nivel de agrupación)	
		1	2
2. Acostumbra a evaluar críticamente creencias y supuestos, para ver si son los apropiados.	0,509	EI	
5. Le cuesta involucrarse cuando surge alguna situación relevante.	-0,359	IIC	C/I
6. Expresa sus valores y creencias más importantes.	0,588	EI	
10. Me siento orgulloso/a de estar asociado con ella.	0,874	MI	C/I
12. Se decide a actuar sólo cuando las cosas funcionan mal.	-0,434	IIA	C/I
14. Considera importante tener un objetivo claro en lo que se hace.	0,719	MI	C/I
16. Deja en claro lo que cada uno podría recibir, si lograra las metas.	0,688	IIC	C/I
18. Por el bienestar el grupo es capaz de ir más allá de sus intereses.	0,703	IIA	C/I
19. Me trata como individuo y no sólo como miembro de un grupo.	0,787	IIA	C/I
24. Realiza un seguimiento de todos los errores que se producen.	0,532	IIC	C/I

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

26. Construye una visión motivante del futuro.	0,819	IIA	C/I
28. Le cuesta tomar decisiones.	-0,451	MI	C/I
30. Me ayuda a mirar los problemas desde distintos puntos de vista.	0,802	EI	
41. Puede trabajar conmigo en forma satisfactoria.	0,844	EI	
42. Aumenta mi motivación hacia el éxito.	0,877	IIC	C/I
43. Es efectiva en encontrar las necesidades de la organización.	0,766	MI	C/I
44. Me motiva a trabajar más duro.	0,718	IIC	C/I
53. Espera que las situaciones se vuelvan difíciles de resolver para empezar a actuar.	-0,505	IIA	C/I
54. Tiende a no corregir errores ni fallas.	-0,497	MI	C/I
55. Hace que yo desee poner más de mi parte en el trabajo.	0,076	EI	
56. El rendimiento productivo del grupo que dirige es bien evaluado dentro de la organización.	0,562	IIC	C/I
57. Es coherente entre lo que dice y lo que hace.	0,834	IIA	C/I
58. Para mí ella es un modelo a seguir.	0,911	MI	C/I
66. Generalmente prefiere no tomar decisiones.	-0,421	EI	
69. Manifiesta interés por lo valioso de mis aportes para resolver problemas.	0,819	IIC	C/I
70. Encuentro satisfacción al trabajar con ella.	0,933	EI	
71. Le interesa conocer las necesidades que tiene el grupo de trabajo.	0,866	IIC	C/I
78. Cree que muchos problemas se resuelven solos, sin necesidad de intervenir.	-0,368	MI	C/I
79. Logra contar conmigo cada vez que hay trabajo extra.	0,399	EI	
80. La escucho con atención.	0,615	IIA	C/I
82. Me es grato trabajar con ella.	0,894	MI	C/I

El modelo de un factor, sobre estos resultados, logra explicar el 46% de la varianza extraída. Del total de los 31 ítems, se seleccionaron finalmente los 22 que contaban con una carga en el factor superior al 0,4. El análisis de confiabilidad sobre estos ítems arrojó un resultado de 0,969 en la prueba Alpha de Cronbach, lo que se considera alto. No obstante lo anterior, al observar la matriz de correlaciones ítem test, se observó que al eliminar los últimos 5 ítems y replicar el análisis factorial forzado a un factor, el ajuste del modelo a los datos mejoraba, pudiendo explicar un 69% de la varianza inicial; y un 67% de la varianza extraída. Esto con un resultado de 0,972 en la prueba Alpha de Cronbach. Por este motivo en el análisis de relaciones se utilizarán los promedios de los ítems 1 al 17 de la tabla anterior, lo que constituirán el indicador de "Liderazgo Transformacional Percibido" (LTP), el que se

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

incluye en los resultados de las supervisoras y enfermeras clínicas. En la tabla 12 se presentan los ítems del factor LTP, ordenados desde el que cuenta con mayor al que cuenta con menor carga en el factor.

**Tabla 12: Ítems de la dimensión Liderazgo Transformacional Observado**

Ítem		Carga en el factor LTP	Subfactor
1	Encuentro satisfacción al trabajar con ella.	0,933	EI
2	Para mí ella es un modelo a seguir.	0,911	MI
3	Me es grato trabajar con ella.	0,894	MI
4	Aumenta mi motivación hacia el éxito.	0,877	IIC
5	Me siento orgulloso/a de estar asociado con ella.	0,874	MI
6	Le interesa conocer las necesidades que tiene el grupo de trabajo.	0,866	IIC
7	Puede trabajar conmigo en forma satisfactoria.	0,844	EI
8	Es coherente entre lo que dice y lo que hace.	0,834	IIA
9	Manifiesta interés por lo valioso de mis aportes para resolver problemas.	0,819	IIC
10	Construye una visión motivante del futuro.	0,819	IIA
11	Me ayuda a mirar los problemas desde distintos puntos de vista.	0,802	EI
12	Me trata como individuo y no sólo como miembro de un grupo.	0,787	IIA
13	Es efectiva en encontrar las necesidades de la organización.	0,766	MI
14	Considera importante tener un objetivo claro en lo que se hace.	0,719	MI
15	Me motiva a trabajar más duro.	0,718	IIC
16	Por el bienestar el grupo es capaz de ir más allá de sus intereses.	0,703	IIA
17	Deja en claro lo que cada uno podría recibir, si lograra las metas.	0,688	IIC

Los ítems 1, 2, 3, 5, 7 están redactados de manera que expresan percepciones sobre el grado de satisfacción de la subalterna en su trato con la supervisora. Los ítems 4, 13 y 15 expresan el logro de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

resultados; Los ítems 8, 10, 11, 16 y 17 se refieren a categorías conductuales y los ítems 6, 9 y 14 están contruidos de manera tal que expresan las percepciones sobre los intereses o motivación de la supervisora. Como se aprecia en la tabla 13, los tres hospitales presentaron promedios prácticamente idénticos. Sin embargo, las desviaciones estándar muestran diferencias, siendo mayor en el caso del Hospital A.

**Tabla 13: Promedios de los tres hospitales en el factor LTP**

	<b>Promedio</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Hospital A</b>	2,60	1,05
<b>Hospital B</b>	2,61	0,95
<b>Hospital C</b>	2,64	0,80

Considerando que estos resultados son similares a los promedios y desviaciones estándar obtenidos en las respuestas de las subalternas para la dimensión Liderazgo Transformacional y que se muestran en la tabla 11, se consideró prudente presentar los resultados obtenidos en los subfactores. Considerando, eso si, que las relaciones relevantes son aquellas establecidas entre el nivel de funcionamiento transformacional y las demás variables estudiadas.

### *4.2.1.3. Resultados de las supervisoras en el MLQ*

Al identificar los datos de las supervisoras, 9 de cada hospital, se aprecia que los promedios asociados a los niveles de funcionamiento en liderazgo indican el uso de los niveles Liderazgo Transformacional y Liderazgo Transaccional en categorías ubicadas entre “a menudo” y “frecuentemente o siempre”. El nivel Liderazgo Correctivo Evitador se ocuparía en una frecuencia que se expresa como intermedia entre “rara vez” y “a veces”. Si bien los puntajes son un poco mayores en el caso del Hospital A, los perfiles son similares. Las desviaciones estándar muestran el mismo comportamiento, siendo menores en el caso de las opiniones sobre el uso del nivel Liderazgo Correctivo Evitador.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 14: Promedios y D.S. de las supervisoras en el MLQ**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Liderazgo Transformacional</b>	3,25	0,39	3,35	0,33	3,16	0,44
<b>Liderazgo Transaccional</b>	3,20	0,44	3,35	0,43	3,05	0,43
<b>Liderazgo Correctivo Evitador</b>	1,68	0,22	1,71	0,23	1,65	0,22

Al observar los resultados en los subfactores de cada uno de los niveles de funcionamiento, se aprecia que los tres hospitales muestran perfiles similares. Los mayores puntajes se encuentran en las categorías de Influencia Idealizada Atribuida y Conductual. Los menores puntajes se encuentran en las categorías de Laissez-Faire y Dirección por Excepción Pasiva. El factor de Liderazgo Transformacional Percibido muestra un promedio de 3,35 en el Hospital A y 3,16 en el Hospital B. En lo que respecta a las desviaciones estándar, se aprecia que éstas son menores en el factor Influencia Idealizada Conductual, llegando a ser sólo de 0,11 en el caso del Hospital A. las mayores desviaciones estándar están en Dirección por Excepción Pasiva en el caso del Hospital A y Recompensa Contingente en el caso del Hospital B.

**Tabla 15: Resultados de las supervisoras en los subfactores del MLQ**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>II (A)</b>	3,29	0,45	3,25	0,47	3,32	0,45
<b>II (C)</b>	3,68	0,24	3,81	0,11	3,55	0,27
<b>MI</b>	3,27	0,43	3,42	0,34	3,13	0,48
<b>EI</b>	3,19	0,30	3,28	0,29	3,09	0,30
<b>CI</b>	3,20	0,42	3,26	0,45	3,14	0,41
<b>RC</b>	3,20	0,54	3,47	0,45	2,93	0,51
<b>DPEA</b>	3,27	0,43	3,42	0,34	3,13	0,48
<b>DPEP</b>	2,93	0,40	2,96	0,51	2,90	0,28
<b>LF</b>	1,20	0,37	1,27	0,37	1,14	0,38
<b>LTP</b>	3,25	0,39	3,35	0,33	3,16	0,44

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En lo que respecta a las dimensiones asociadas a resultados organizacionales, las supervisoras perciben que realizan las conductas asociadas a frecuencias que también están entre “a menudo” y “frecuentemente o siempre”. El promedio más alto se encuentra en Esfuerzo Extra en el Hospital A y Satisfacción en el Hospital B, donde Esfuerzo Extra es la de menor promedio. Las desviaciones estándar parecen, en conjunto y sin superar a las más altas en las categorías anteriores, mayores que las de las escalas de niveles de funcionamiento en liderazgo.

**Tabla 16: Resultados de las supervisoras en las dimensiones de resultados organizacionales**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Efectividad</b>	3,07	0,46	3,17	0,46	2,98	0,47
<b>Esfuerzo Extra</b>	3,08	0,46	3,30	0,44	2,87	0,40
<b>Satisfacción</b>	2,94	0,48	2,85	0,53	3,02	0,44

### 4.2.1.4. Resultados de las subalternas en el MLQ

Al observar la información que las enfermeras subalternas entregan sobre su opinión respecto a las conductas de las supervisoras, se aprecia tanto que los promedios son más bajos que los de las supervisoras en los niveles Liderazgo Transformacional y Liderazgo Transaccional, 2,61 v/s 3,25 y 2,44 v/s 3,20 respectivamente, como que las desviaciones estándar son el doble o más grandes. Así, en el nivel Liderazgo Transformacional la D.S. pasa de 0,39 a 0,95, en el nivel Liderazgo Transaccional se pasa de 0,44 a 0,96 y en el nivel Liderazgo Correctivo Evitador se pasa de 0,22 a 0,44. Con esto promedios los reporten indicarían la percepción de que el uso de los niveles Liderazgo Transformacional y Liderazgo Transaccional se encontraría en categorías ubicadas entre “a veces” y “a menudo”. El nivel liderazgo Correctivo Evitador, en coincidencia con lo apreciado a través de los puntajes de las supervisoras, se ocuparía en una frecuencia que se expresa como intermedia entre “rara vez” y “a veces”. Al igual que en el caso de las supervisoras, los perfiles son similares en los dos hospitales. Ahora bien, al observar por subfactores, se aprecia que las frecuencias asignadas a Dirección por Excepción Activa obtienen los mayores promedios en los tres hospitales, a diferencia de los resultados de las supervisoras, que mostraban a Influencia Idealizada Conductual como el subfactor con mayor frecuencia, pero que en las subalternas aparece en segundo lugar. En lo que

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

toca al subfactor con menor frecuencia, Laissez-Faire, se observa que no sólo es el que obtiene la menor frecuencia en ambos grupos, si no que además presenta promedios muy similares.

**Tabla 17: Resultados de las subalternas en su reporte de las supervisoras en el MLQ**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
Liderazgo Transformacional	2,61	0,95	2,60	1,05	2,61	0,95
Liderazgo Transaccional	2,44	0,96	2,48	1,03	2,43	0,97
Liderazgo Correctivo Evitador	1,82	0,44	1,93	0,51	1,78	0,40

**Tabla 18: Comparación de los promedios y D.S. entre supervisoras y subalternas**

	Promedio		Desviación Estándar	
	Supervisoras	Supervisadas	Supervisoras	Supervisadas
Liderazgo Transformacional	3,25	2,61	0,39	0,95
Liderazgo Transaccional	3,20	2,44	0,44	0,96
Liderazgo Correctivo Evitador	1,68	1,82	0,22	0,44

**Tabla 19: Resultados de las subalternas en su reporte sobre las supervisoras, subfactores MLQ**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>II (A)</b>	2,76	0,96	2,66	1,08	2,76	0,95
<b>II (C)</b>	2,80	0,87	2,79	0,98	2,80	0,86
<b>MI</b>	2,66	0,91	2,75	0,98	2,66	0,91
<b>EI</b>	2,44	0,91	2,46	1,00	2,43	0,92
<b>CI</b>	2,41	1,00	2,42	1,07	2,40	1,01
<b>RC</b>	2,49	0,97	2,57	1,01	2,46	0,97
<b>DPEA</b>	2,88	0,76	2,94	0,75	2,81	0,78
<b>DPEP</b>	1,55	0,82	1,60	0,78	1,53	0,83
<b>LF</b>	1,21	0,83	1,35	1,10	1,18	0,74
<b>LTP</b>	2,61	0,95	2,60	1,05	2,61	0,95

De manera consistente con los resultados anteriores, las escalas de resultados organizacionales muestran promedios más bajos que los de las supervisoras y un perfil similar entre ambos hospitales.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 20: Resultados de las subalternas en las dimensiones de resultados organizacionales del MLQ**

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Efectividad</b>	2,70	0,86	2,74	0,92	2,71	0,85
<b>Esfuerzo Extra</b>	2,54	0,96	2,53	1,07	2,54	0,96
<b>Satisfacción</b>	2,65	1,01	2,60	1,13	2,65	0,99

### 4.2.1.5. Resultados globales obtenidos con el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI)

Los resultados obtenidos con la aplicación del MBI entregan un promedio 3,5 puntos para la Escala de Despersonalización, con una desviación estándar de 4,0; 21,33 puntos para la Escala de Fatiga Emocional, con una desviación estándar de 9,87; y un promedio de 40,77 para la Escala de Logro Personal, con una desviación estándar de 5,51. En la siguiente tabla se presentan estos datos comparados con los estándares estadounidenses generados por Maslach y Jackson (M y J) con una muestra de 1.104 individuos y publicados en 1981 (En Beckstead, 2002).

**Tabla 21: Resultados totales comparados con los resultados de Maslach y Jackson**

	Promedio Muestra	Normas M y J	D. S. Muestra	D. S. M y J
<b>Despersonalización</b>	3,50	7,12	4,00	5,22
<b>Fatiga Emocional</b>	21,33	22,19	9,87	9,53
<b>Logro Personal</b>	40,77	36,53	5,51	7,34

Como es posible apreciar, la Escala de Despersonalización aparece con un promedio más bajo y menor variabilidad, Logro Personal aparece con un promedio mayor y también menor variabilidad y es en la dimensión Fatiga Emocional donde los resultados parecen coincidentes, con sólo centésimas de diferencia entre promedios. La siguiente tabla presenta los resultados por hospital.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 22: Resultados descriptivos del MBI por establecimiento**

	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
<b>Despersonalización</b>	3,08	4,01	3,45	3,84	4,45	4,56
<b>Fatiga Emocional</b>	19,77	11,40	22,27	9,51	19,93	8,03
<b>Logro Personal</b>	42,04	5,11	40,79	5,51	38,43	5,54

En los resultados obtenidos por establecimiento se aprecian las mismas tendencias de los resultados generales, existiendo variaciones en las que el Hospital A aparece con puntajes levemente más favorables, pero sin diferencia significativa, en las tres escalas. Al comparar utilizando los estándares de Maslach y Jackson y de De las Cuevas, se aprecia que todos los promedios de la dimensión Despersonalización caen en el rango de bajo *burnout*, todos los promedios de la dimensión Fatiga Emocional en el rango de *burnout* medio y los promedios de la dimensión Logro Personal de los Hospitales A y B caen en el rango bajo *burnout*. En el caso de los tres servicios del Hospital C, el promedio de la dimensión Logro Personal caería en bajo *burnout* con las normas de Maslach y Jackson, pero al aplicar las normas de De las Cuevas cae en el rango de *burnout* medio.

Al distinguir los resultados de las enfermeras clínicas, se encuentra que el 71,4% es asignable al nivel alto de Logro Personal, 32,6% es asignable al nivel bajo de Fatiga Emocional y 78,4% es asignable al nivel bajo de Despersonalización. Al observar los extremos negativos, 7,0% es asignable al nivel de Logro Personal bajo, 26,6% al nivel alto de Fatiga Emocional y 3% al nivel alto de Despersonalización. Estos porcentajes continúan presentado a Fatiga Emocional como la dimensión donde se encuentran los resultados menos favorables.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Tabla 23: Resultados subalternas según nivel de *burnout* (Estándar de De las Cuevas)

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Muestra Total
Logro Personal	Bajo	4,1%	6,5%	14,3%	7,0%
	Medio	17,6%	20,5%	33,3%	21,6%
	Alto	78,4%	73,0%	52,4%	71,4%
Fatiga Emocional	Bajo	43,2%	27,0%	38,1%	32,6%
	Medio	35,1%	43,2%	40,5%	40,9%
	Alto	21,6%	29,7%	21,4%	26,6%
Despersonalización	Bajo	83,8%	80,0%	61,9%	78,4%
	Medio	13,5%	17,3%	33,3%	18,6%
	Alto	2,7%	2,7%	4,8%	3,0%

Tabla 24: Porcentajes de enfermeras de cada hospital que no presentarían y si presentarían *burnout*, de acuerdo a los distintos criterios.

Criterio	Categoría	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Maslach y Jackson	Libre de <i>burnout</i>	77,3%	73,9%	47,6%
	<i>Burnout</i>	22,7%	26,1%	52,4%
De las Cuevas	Libre de <i>burnout</i>	73,3%	67,3%	47,6%
	<i>Burnout</i>	26,7%	32,7%	52,4%
Estándar Estricto	Libre de <i>burnout</i>	87,8%	89,2%	100,0%
	<i>Burnout</i>	12,2%	10,8%	0,0%

Al utilizar el criterio de agrupación de los sujetos que se encuentran en las categorías de Logro Personal bajo o medio; Fatiga Emocional media o alta y Despersonalización media o alta, se obtiene que, de acuerdo al criterio de Maslach y Jackson, el 22,7% de las enfermeras del Hospital A y el 26,1% del Hospital B presentarían *burnout* al momento de la encuesta. Al utilizar el estándar de De las Cuevas, estos porcentajes suben a 26,7 % y 32,7% respectivamente. Ahora bien, considerando que los estándares de Maslach y Jackson y De las Cuevas no están asociados a indicadores clínicos y que al utilizar el criterio de contar sólo los sujetos que tuvieran bajo Logro Personal, alta Despersonalización y Alta Fatiga Emocional se encontró con que no existían sujetos en la categoría,

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

se decidió realizar un análisis utilizando un estándar más estricto, que considerara sólo los promedios asociados a respuestas 5, “Algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”. Los resultados obtenidos bajan a 12,2% para el Hospital A, 10,8% para el Hospital B y 0% para el hospital C.

### 4.2.1.6. Análisis factorial del MBI

El análisis factorial del MBI, realizado a través de una solución factorial forzada, de extracción Maximum Likelihood y Rotación Varimax, si bien no fue óptima y sólo explicó el 58% de la varianza, arrojó resultados compatibles con el modelo teórico del instrumento, por lo que se optó por utilizar los tres factores descritos. El indicador Alpha de Cronbach para la dimensión Fatiga Emocional fue de 0,855, para la dimensión Despersonalización fue de 0,631 y para la dimensión Logro personal fue de 0,718.

Al observar las relaciones existentes entre los factores, se aprecia que las dimensiones Despersonalización y Fatiga Emocional manifiestan la tendencia a variar de manera directamente proporcional entre sí e inversamente proporcional en relación con la dimensión Logro Personal. Estas correlaciones son estadísticamente significativas al  $\alpha = 0,01$  y, en conjunto con el análisis factorial, sugieren que en el grupo de enfermeras que constituyó la muestra de esta tesis, existiría un grado de superposición entre ambos factores.

**Tabla 25: Correlaciones entre las dimensiones del MBI**

	<b>Despersonalización</b>	<b>Fatiga Emocional</b>	<b>Logro Personal</b>
<b>Despersonalización</b>	1	0,376(**)	-0,403(**)
<b>Fatiga Emocional</b>	0,376(**)	1	-0,461(**)
<b>Logro Personal</b>	-0,403(**)	-0,461(**)	1

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.2.1.7. Resultados de las supervisoras en el MBI

Utilizando el criterio de las Cuevas y considerando un total de 18 resultados válidos, se observa que 4 de 9 supervisoras del Hospital A y 3 de 9 supervisoras del Hospital B manifestarían *burnout*. En términos porcentuales estos resultados son sensiblemente mayores que los de la muestra total. Ahora bien, al utilizar el estándar estricto, que corresponde sólo a los promedios asociados a respuestas de frecuencia semanal o mayor, no se encontrarían supervisoras en la categoría de *burnout*.

### 4.2.1.8. Resultados en términos de frecuencia de respuestas

Además del análisis en función de las categorías del modelo teórico a la base del MBI también se observó las frecuencias de respuestas 5 y 6, que indicaban frecuencias de “algunas veces a la semana” y “todos los días”<sup>17</sup>. Considerando que los ítems de las dimensiones Despersonalización y Fatiga Emocional están redactados de manera tal que describen sensaciones desagradables y juicios negativos y que los ítems de la dimensión Logro Personal describen sensaciones positivas explícitas, la expresión de que los síntomas negativos son percibidos con una frecuencia semanal o mayor o que los síntomas positivos serían experimentados con frecuencias anuales o nunca, indicaría la experiencia de un estado de malestar permanente, lo que posiblemente indicaría una situación con concomitantes clínicas o, al menos, los focos de mayor malestar.

Al clasificar a las enfermeras de acuerdo a la cantidad de respuestas de frecuencia semanal o mayor, se obtuvo una dispersión que fue desde una enfermera que señaló 14 respuestas con frecuencias semanales o mayores, hasta 69 que no marcaron ninguna respuesta “algunas veces a la semana” y “todos los días” La siguiente tabla muestra la cantidad de enfermeras supervisadas en función de la frecuencia de respuestas.

---

<sup>17</sup> En el análisis de los datos, las respuestas en los ítems de la dimensión Logro Personal fueron invertidos, para observar las frecuencias de “Nunca” y “Una vez al año o menos”.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 26: Frecuencia de respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”**

N° respuestas 5 “algunas veces a la semana” y 6 “todos los días”	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	
<b>Hospital A</b>	20	16	12	3	5	7	2	1	4	3	1	1	0	75
<b>Hospital B</b>	45	42	28	24	17	11	17	7	3	2	2	0	1	199
<b>Hospital C</b>	4	4	13	8	7	1	2	2	1	0	0	0	0	42
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>62</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>316</b>
<b>FF acumulada</b>	69	131	184	219	248	267	288	298	306	311	314	315	316	
<b>% acumulado</b>	22%	41%	58%	69%	78%	84%	91%	94%	97%	98%	99%	100%		

Se observa que el 22% de las enfermeras que respondieron el MBI no señalaron ninguna respuesta que indique un síntoma semanal y más del 90% indicó 6 ó menos respuestas. Sólo 28 enfermeras manifestaron más de 7 respuestas, quedando 18 de éstas entre 7 y 8 respuestas. Al agrupar los resultados por hospital, se aprecia que 10 enfermeras del Hospital A, 15 del Hospital B y 3 del Hospital A están en el grupo que indicó 7 ó más síntomas con frecuencia semanal o superior.

**Tabla 27: Frecuencia de enfermeras que marcaron 6 ó menos y 7 ó más respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”, por hospital**

		<b>Hospital A</b>	<b>Hospital B</b>	<b>Hospital C</b>
<b>Frecuencia</b>	0 a 6 respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”	65	184	39
	7 ó más respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”	10	15	3
<b>Porcentaje</b>	0 a 6 respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”	86,7%	92,5%	92,9%
	7 ó más respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”	13,3%	7,5%	7,1%
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>199</b>	<b>42</b>

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.2.1.9. Resultados obtenidos con la Prueba de Desarrollo del Juicio Moral, de James Rest

La Prueba de Desarrollo del Juicio Moral (DIT) sólo fue respondida por las supervisoras. Así, se observa que las supervisoras del Hospital A tienen un promedio de 20,67 puntos en el indicador P, con una desviación estándar de 4,5 puntos. En el mismo indicador las supervisoras del Hospital B tienen un promedio de 28,56 puntos, con una desviación estándar de 9,95. En ambos casos y utilizando las referencias recomendadas por Grove y Halcartegaray (1984), los promedios caerían en el tercio inferior de la población e incluso, en el caso del Hospital A, en el 1<sup>er</sup> cuartil.

**Tabla 28: Promedios y desviaciones estándar de los puntajes P de las supervisoras**

Muestra Total,		Hospital A		Hospital B	
Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
24,61	8,52	20,67	4,50	28,56	9,95

Estos resultados indicarían un funcionamiento ético cognitivo de nivel predominantemente formal, en el cual predominaría el uso de análisis y juicios basados en normas asumidas como absolutas y cuya principal consideración estaría asociada al cuidado de la moralidad y el orden social.

Al analizar la diferencia desde los resultados del Hospital A se observa que el promedio del Hospital B dista alrededor de 1,75 desviaciones estándar del promedio del Hospital A. Ahora bien, desde los resultados del Hospital B, el promedio del Hospital A se encuentra dentro de una desviación estándar. En cualquier caso, lo reducido del número de supervisoras impide establecer una opinión sobre si existe una diferencia significativa entre ambos grupos.

### 4.2.2. Relaciones entre la percepción de liderazgo y *burnout* en las subalternas

Al aplicar la prueba de correlación de Pearson entre los promedios de las escalas del MBI y los promedios de los niveles de funcionamiento evaluados en el MLQ de las subalternas, se obtienen resultados que indican relaciones significativas al 1% (\*\*\*) y al 5% (\*), las que se presentan en la tabla siguiente.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 29: Correlaciones entre los niveles de funcionamiento de liderazgo atribuidos por las subalternas y los factores de *burnout***

Niveles de funcionamiento	Dimensiones de Burnout		
	Despersonalización	Fatiga emocional	Logro personal
Liderazgo Transformacional	-0,156(*)	-0,252(**)	0,206(**)
Liderazgo Transaccional	-0,168(**)	-0,234(**)	0,173(**)
Liderazgo Pasivo Evitador	0,199(**)	0,165(**)	-0,046

De acuerdo a la predicción esperable a partir de la revisión teórica, el nivel de funcionamiento Liderazgo Transformacional tiene una relación inversamente proporcional con las dimensiones Despersonalización y Fatiga Emocional y una relación directamente proporcional con el Logro Personal, lo mismo ocurriría con el nivel de funcionamiento Liderazgo Transaccional. A su vez, el nivel de funcionamiento Liderazgo Pasivo Evitador tendería a presentar relaciones positivas con las dimensiones de Despersonalización y Fatiga Emocional y, sin significancia estadística, directamente proporcionales con la dimensión Logro Personal. Ahora bien, pese a su significancia estadística, relaciones anteriores son relativamente bajas e indican que existen otras variables que podrían estar influyendo en las relaciones.

Al observar las relaciones entre los subfactores del MLQ y las dimensiones del MBI se pueden observar resultados que mantienen los sentidos observados anteriormente. Estableciéndose la relación más fuerte entre la escala de Motivación Inspiracional y Fatiga Emocional ( $r = -0,282$ ,  $\alpha = 0,01$ ). Se observa también que el subfactor Dirección por Excepción Activa no presenta una relación significativa con Despersonalización y Logro Personal y que Dirección por Excepción Pasiva tampoco correlaciona con la escala de Logro Personal.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Tabla 30: Correlaciones entre los subfactores de liderazgo atribuidos por las subalternas y los factores de *burnout*

	Despersonalización	Fatiga Emocional	Logro Personal
Influencia Idealizada Atribuida	-0,140(*)	-0,214(**)	0,188(**)
Influencia Idealizada Conductual	-0,142(*)	-0,217(**)	0,197(**)
Motivación Inspiracional	-0,180(**)	-0,282(**)	0,223(**)
Estimulación Intelectual	-0,126(*)	-0,240(**)	0,170(**)
Consideración Individualizada	-0,156(*)	-0,217(**)	0,176(**)
Recompensa Contingente	-0,173(**)	-0,244(**)	0,158(*)
Dirección por Excepción Activa	-0,094	-0,181(**)	0,081
Dirección por Excepción Pasiva	0,219(**)	0,177(**)	-0,054
Laissez-faire	0,170(**)	0,151(*)	-0,043

A fin de identificar la capacidad predictiva de las relaciones, se utilizó un modelo de análisis de regresión logística con inclusión de predictores Forward Step Conditional, en el cual los predictores se van ingresando uno a uno, lo que permite identificar el mejor predictor entre todas las variables del modelo. Con estos análisis se aprueba el supuesto de ajuste entre los valores observados y los predichos, mediante la prueba de identidad de Hosmer y Lemershow. Con el modelo empleado se observa que la mayor capacidad predictiva se encuentra en la relación con el subfactor Motivación Inspiracional, el cual permite predecir con éxito la ocurrencia de *burnout* en 60,2% de los casos, existiendo correlaciones negativas y significativas con Despersonalización ( $r=-0,180$ ;  $\alpha = 0,01$ ); con Fatiga Emocional ( $r=-,282$ ;  $\alpha = 0,01$ ); y con Logro Personal ( $r=0,223$ ;  $\alpha = 0,01$ ). Sin embargo, pese a que la relación es significativa en términos estadísticos, en términos de significancia práctica sólo explica cerca del 8% de la varianza observada en las dimensiones de *burnout*, lo que indicaría una relación débil.

Las escalas de resultados organizacionales muestran relaciones inversamente proporcionales con Despersonalización y Fatiga Emocional y directamente proporcionales con Logro Personal, siendo las más fuertes las establecidas con la dimensión Fatiga Emocional. Sin embargo, estas relaciones son

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

todas iguales o inferiores a 0,265 y por tanto, más allá de la significancia estadística, su capacidad predictiva es relativamente escasa.

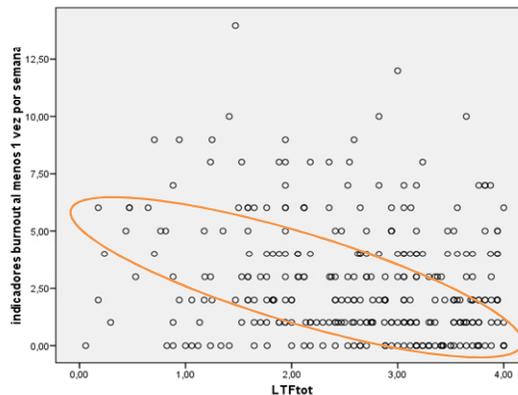
**Tabla 31: Correlaciones entre las dimensiones de resultados organizacionales y los factores de *burnout***

Dimensión	Despersonalización	Fatiga Emocional	Logro Personal
Efectividad	-0,203(**)	-0,255(**)	0,226(**)
Esfuerzo extra	-0,158(*)	-0,250(**)	0,206(**)
Satisfacción	-0,183(**)	-0,265(**)	0,200(**)

### 4.2.3. Relación entre el Factor Liderazgo Transformacional Percibido y Burnout

En función de los resultados obtenidos con el análisis factorial y considerando que en el análisis factorial del MLQ se había obtenido un factor, Liderazgo Transformacional Percibido (LTP), que explicaba un 69% de la varianza inicial y que el análisis realizado a los resultados obtenidos en el MBI permitía discriminar variaciones en la frecuencia de respuestas que indicaban alta frecuencia en los síntomas, se evaluó la correlación entre el promedio LTP y la frecuencia de respuestas 5 y 6 en el MBI. Se obtuvo una correlación negativa de  $-0,202$  ( $\alpha = 0,01$ ). No obstante, esta relación no es constante y su evaluación está dificultada por el bajo número de individuos que indicaron 7 ó más síntomas con frecuencia semanal o superior.

**Figura 21: Representación gráfica de la correlación entre LTP y respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”.**



## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Figura 23: Relación entre los puntajes de LTP y la cantidad de respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días”, en el MBI



Considerando las limitaciones en el número de individuos que indicaron 7 ó más respuestas “una vez a la semana” y “todos los días”, se decidió considerar sólo a los sujetos que habían indicado seis o menos de estas respuestas. Para evaluar la relación con LTP se decidió realizar una comparación entre promedios, lo que requería confirmar primero si podían ser considerados grupos homogéneos. Para esto último se aplicó la prueba de Levene de homogeneidad de varianza, cuyos resultados indicaron que los grupos eran efectivamente comparables ( $\alpha = 0,05$ ).

Al realizar el análisis comparativo entre los grupos, se observa que existen diferencias significativas en relación a sus promedios de Liderazgo Transformacional Percibido entre los grupos extremos ( $\alpha = 0,01$ ) y que la diferencia puede ser considerada como una variable ordinal ( $\alpha = 0,01$ ). En términos de las diferencias entre grupos consecutivos, la mayor diferencia se encontraría en el grupo con 6 respuestas 5 y 6, en contraste a los grupos con 0 y 1 respuestas. Esto puede ser interpretado en el sentido de que existe, en las enfermeras subalternas, una relación inversamente entre la percepción sobre la frecuencia diaria o semanal de los síntomas de *burnout* y la percepción sobre las frecuencias con que se presentan los juicios incluidos en la variable LTP en las supervisoras.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Tabla 32: Diferencias de promedios LTP, agrupados por número de respuestas 5 y 6.

N° Resp. 5 y 6	Diferencia de promedios	Error Estándar	Significación de la diferencia respecto al grupo con 6 respuestas	Límites del intervalo de confianza ( $\alpha = 0,05$ )	
				Límite inferior	Límite superior
0	-0,82292	0,238014	0,01	-1,55296	-0,09288
1	-0,76174	0,235416	0,02	-1,48382	-0,03967
2	-0,72874	0,24042	No significativa	-1,46616	0,008681
3	-0,46076	0,257367	No significativa	-1,25016	0,328644
4	-0,6887	0,267165	No significativa	-1,50815	0,130755
5	-0,45108	0,29522	No significativa	-1,35659	0,454422

Al utilizar los ítems de la variable Liderazgo Transformacional original, se obtienen resultados similares respecto a la homogeneidad de los grupos evaluada con el test de Levene ( $\alpha = 0,05$ ) y respecto a la relación entre Liderazgo Transformacional y la cantidad de respuestas 5 y 6 en el MBI ( $\alpha = 0,01$ ). Esto permite señalar que habría una relación lineal inversa, ya que a medida que aumentan los síntomas semanales, decrecen los niveles de liderazgo transformacional percibidos y viceversa. Al igual que el caso de la variable LTP, las diferencias se hacen estadísticamente significativas entre los grupos extremos. Así, el grupo de 6 respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días” tiene diferencias estadísticamente significativas respecto a los grupos de 0 y 1 respuestas 5, “algunas veces a la semana” y 6, “todos los días” ( $\alpha = 0,05$ ).

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

### *4.3. Opiniones obtenidas en los talleres*

Como se señaló anteriormente, se realizaron 4 talleres, dos en cada hospital. En los primeros dos talleres participaron supervisoras y en los siguientes participaron fundamentalmente subalternas. En los siguientes puntos se presentan las principales ideas obtenidas a través de la observación de los trabajos grupales y presentaciones.

Las opiniones consignadas en esta parte de los resultados fueron registradas en papelógrafos y notas, siendo posteriormente analizadas y agrupadas en las categorías que se presentan.

#### **4.3.1. Opiniones obtenidas en el taller realizado con supervisoras del Hospital A**

En este taller participaron 12 supervisoras, más la Subdirectora de Enfermería del hospital y un psicólogo perteneciente al Departamento de Recursos Humanos. Es importante dejar constancia que en este taller pudo haber interferido el hecho de que una de las supervisoras, que no había participado en la aplicación de los cuestionarios, estaba siendo removida de su servicio debido a serios conflictos con el personal paramédico, lo cual puede haber sesgado las opiniones de las participantes, en el sentido de expresar una percepción más negativa que las que hubieran podido ser observadas en otras circunstancias.

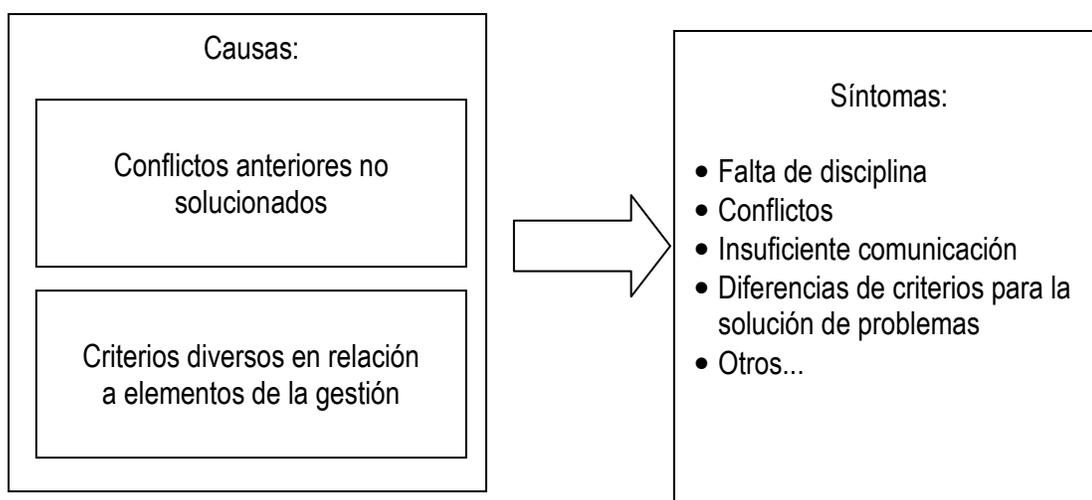
##### *4.3.1.1. Opiniones sobre el contexto*

El trabajo de la primera mañana del taller estuvo abocado a generar un modelo de la relación entre causas y efectos en la situación y problemas experimentados por las supervisoras, obteniéndose consenso tanto en relación a la situación general como sobre los principales síntomas experimentados. En lo que se refiere a la situación general se la evaluó como mayormente positiva, existiendo avances y oportunidades para el desarrollo de un modelo de enfermería más autónomo. Al mismo tiempo, se reconoció la existencia de múltiples problemas, tales como falta de disciplina, conflictos, insuficiente comunicación, sensación de inseguridad en relación a estar controlando adecuadamente los aspectos técnicos y relacionales que no se registran formalmente y diferencias de criterios para la solución de problemas incluso al nivel de supervisoras. Estos problemas se deberían a dos tipos de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

causas. La primera sería el hecho de que conflictos pasados, algunos de los cuales son de larga data o que involucran a otros ámbitos de la gestión, no se cerraron oportunamente. La segunda razón se encontraría en la misma heterogeneidad de criterios respecto a múltiples temas, entre los que se contaría el tipo de uniforme, criterios de sanción, manejo de días libres y cambio de turnos. Cabe recordar que a la fecha del taller se había anunciado recientemente la conformación de la Subdirección de Enfermería, pero hasta ese momento cada supervisora era una subalterna directa del médico jefe de servicio, por lo que la heterogeneidad de criterios está también asociada a la variedad de condiciones de los servicios.

**Figura 23: Modelo de causas y síntomas en relación a los problemas, de las supervisoras del Hospital A**



Las relaciones de causalidad en el análisis anterior alcanzaron hasta el Servicio de Salud del cual depende el Hospital A y, en algunos casos, incluso hasta el Ministerio de Salud. En este sentido puede decirse que el análisis de los problemas se realizó en un contexto amplio y en el cual se presentaban tres o más niveles de relaciones causa efecto que van desde las orientaciones del Gobierno en relación al control de costos y la necesidad de mostrar resultados de gestión, hasta las políticas del servicio o los programas del MINSAL y desde ahí a la carga de trabajo y el estado físico y psíquico de las enfermeras. La tabla 33 muestra una lista de once problemas que aparecen como recurrentes y que serían síntomas de la falta de recursos humanos y materiales en relación a la carga de trabajo. Estos síntomas serían

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

causados por la insuficiente planificación y el aumento de las exigencias impuestas por los programas ministeriales para la autogestión, acreditación, aseguramiento de la calidad e integración de las familias de los pacientes.

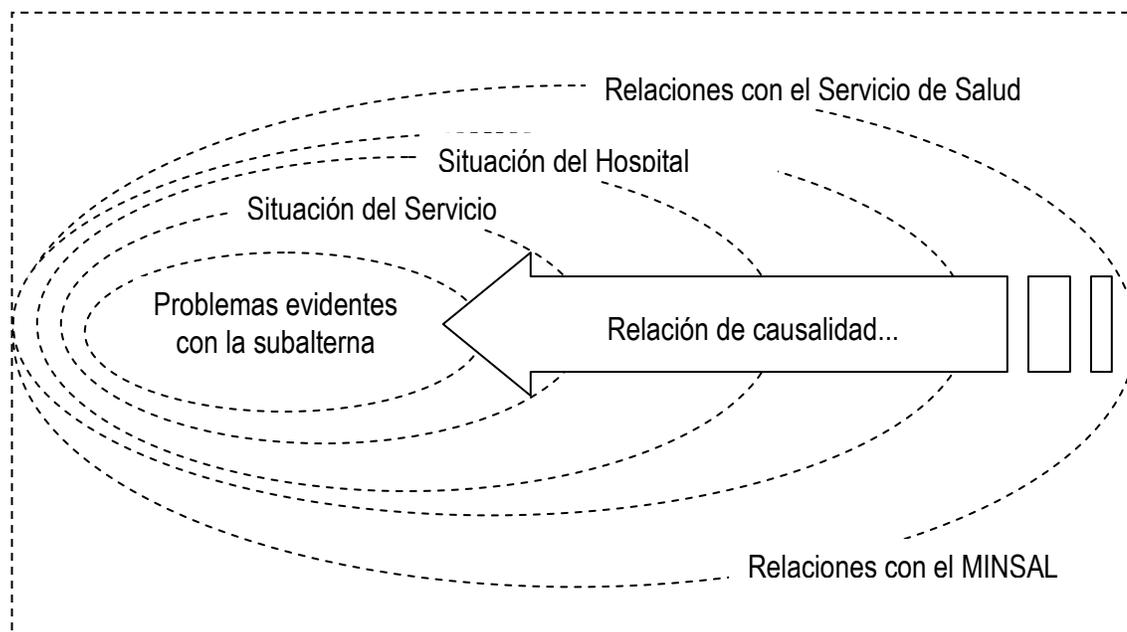
**Tabla 33: Ejemplos de situaciones conflictivas que aparecen en el trabajo de las enfermeras y que se deben al aumento en la carga y complejidad del trabajo.**

<p>Un médico no hace una receta o no visita a un paciente que lo necesita. La enfermera a cargo de la sala debe pedirle a un médico que se encuentra de turno en Urgencia u otro servicio que vea al enfermo. El segundo médico, después de mucho insistir, atiende al paciente señalando que es un favor personal para la enfermera o la reta. Las causas a las que se atribuyen la conducta del primer médico tienen que ver con que se van a sus consultas privadas y el hecho de que están estresados, por lo que intentan minimizar el contacto con los pacientes.</p>
<p>Un médico se enoja porque no hay un insumo o se atrasa un proceso y lo descarga gritando o acusando a la enfermera, la que se siente humillada. Esto puede variar en intensidad dependiendo de la relación médico-enfermera, si es pensionado o sala común o la cantidad de involucrados.</p>
<p>Una enfermera empieza a manifestar problemas emocionales o de capacidad de trabajo, lo que recarga a las demás y genera conflictos. Los problemas de la primera enfermera pueden deberse directamente a la sobrecarga de trabajo o, de manera secundaria, a través de problemas en la vida personal de la enfermera.</p>
<p>Hay atrasos u omisiones en la entrega de turnos. Esto se debe a que una enfermera se atrasa y la otra está cansada y apurada por irse. Esto se agrava en los casos en los que una de las enfermeras tiene dos o más trabajos y puede considerarse una extensión del problema anterior.</p>
<p>Las técnicas paramédicos (TPM) reclaman debido a que sienten que la división del trabajo entre ellas y las enfermeras es injusta. Este tipo de reclamo deja en evidencia la percepción de que el rol de supervisión y control de las enfermeras respecto a las TPM parece ilegítimo y se percibe como violento, por lo que frecuentemente se asocia a reclamos por el trato.</p>
<p>Conflictos debido a la necesidad de que las enfermeras clínicas cubran más turnos por licencias o vacaciones, esto debido a los compromisos familiares de cada enfermera y al hecho de que, en muchos casos, se percibiría a la supervisora como desconsiderada.</p>
<p>Exceso de carga de trabajo administrativa, que impide hablar con los pacientes o sus familiares. Esto aumenta el riesgo de conflictos debido a mala capacitación y afecta la sensación de logro de las enfermeras, que se sienten haciendo algo de poca utilidad.</p>
<p>Los familiares se aprovechan de las condiciones del Programa Hospital Amigo, incluso suplantando nombres de personas o usando los nombres de pacientes que todavía no han sido visitados, para poder ingresar en mayor número. Al mismo tiempo, reclaman violentamente por cualquier observación de la enfermera. Estos elementos serían síntomas de una percepción negativa del Hospital por parte de la población.</p>
<p>Falta de espacios y recursos que llevan a que los pacientes o sus familiares reclamen porque creen que el personal no los quiere atender, no saben por cuánto tiempo deben esperar o tratan de obtener más espacio. Al mismo tiempo, hay incomodidad de los pacientes, ya que muchos ya no tienen las condiciones ni para orinar en privado y los familiares de otros pacientes de sala no quieren dejarlos solos.</p>

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Aumento de la carga administrativa asociada a funciones docentes y al control de costos o prevalencia. Ya que ahora por todo se cobra se hace necesario realizar controles que antes eran inexistentes.
Pérdida del contacto entre compañeros. Al aumentar el número de personas y la complejidad de los servicios ya no es posible realizar actividades de integración y la gente no se conoce, más dos trabajos y más administración, esto influye en la despersonalización.

**Figura 25: Ámbitos en los cuales puede ser realizado el análisis de los problemas**



Si bien el plenario final terminó con la conclusión de que existían oportunidades de mejora, no se indicó un plan de trabajo más allá de señalar la necesidad de mayor integración y búsqueda de consensos en la gestión.

### 4.3.1.2. Opiniones sobre los resultados de los cuestionarios

Si bien cada supervisora que había participado en la recolección de datos cuantitativos recibió sus resultados individuales, sólo se analizó en el taller los resultados colectivos del Hospital. No hubo manifestaciones de sorpresa en relación a los niveles observados de *burnout* o los puntajes de liderazgo y la conclusión de la conversación sobre los resultados puede expresarse señalando que el resultado del cuestionario estaría expresando el hecho de que las supervisoras y enfermeras clínicas enfrentan el trabajo de manera individual, subsidiando

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

con sus capacidades personales la falta de estructura o claridad de roles. Esto causaría agotamiento pese a los valores o logros alcanzados por cada profesional.

En el caso del MLQ, los puntajes fueron percibidos de manera positiva, señalándose, respecto de los promedios generales, que eran previsibles en la medida que el rol de supervisora y las condiciones de cambio en el hospital obligaban a dedicar parte importante del tiempo a labores de control y administración, dificultándose el establecer una relación personal con las distintas enfermeras clínicas.

Finalmente, en el caso de la prueba de desarrollo del juicio moral y luego de una reseña para explicar la teoría, donde se analizó el tema desde la perspectiva de Belenky et al. (1997), asociando el desarrollo de un nivel post formal a la construcción de un discurso sobre la situación organizacional y política, la opinión manifestada unánimemente fue que era necesario aumentar el nivel de conversación y acuerdo sobre los problemas éticos que se enfrentaban en el Hospital y que la instauración de la subdirección de enfermería era una oportunidad para fortalecer los valores y la identidad de enfermería. Al mismo tiempo, se manifestó que el hecho de que hasta ese momento dependieran de un o una médico, les había proporcionado mayor autonomía y poder a cada supervisora y que el generar un discurso común implicaba un esfuerzo y una renuncia a este poder individual.

### *4.3.1.3. Opiniones sobre el proceso de liderazgo*

En el taller se confirmaron las distinciones que habían aparecido en las entrevistas. La primera respecto a que en el proceso de liderazgo existen acciones de la supervisora que generan un contexto de confianza y respeto y acciones orientadas a manejar los problemas específicos que deben ser solucionados en un momento dado. La segunda respecto a que en el proceso de manejo de problemas específicos aparecen secuencias de acciones recurrentes, las que pueden ser descritas como protocolos informales. Ejemplos de estos protocolos se encontrarían en la manera de manejar un conflicto entre subalternas, déficit en el desempeño o estados emocionales negativos.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En el caso de enfrentar un conflicto entre dos subalternas se aplicaría un protocolo que puede ser aplicado también a otros casos de reclamos de un miembro del servicio respecto a otro, como podría ser un técnico paramédico que reclame por el trato de una enfermera. En primer lugar se conversaría con cada una de las partes en privado, esto a fin de calmarlas, obtener más información y analizar el problema para definir de manera preliminar los acuerdos a lograr. Posteriormente se reuniría a las partes para obtener un acuerdo sobre la versión de lo que ocurrió y formalizar los acuerdos. Finalmente y en la medida de lo posible, se controlaría. En los casos en que el reclamo es efectuado por un médico respecto a una enfermera o viceversa, el proceso incluye conversaciones con el jefe de servicio para acordar quien y cómo conversará con el médico.

Al conversar con una subalterna que presenta problemas de desempeño debido a la manera en que trata a los demás, lo que frecuentemente se asociaría a la presencia de emociones como rabia o pena y la presencia de problemas personales, el protocolo informal de intervención implicaría una o más conversaciones para preguntarle lo que le está pasando, analizar sus causas, ayudarla a desahogarse y acordar acciones correctivas. Si bien esta descripción general del proceso fue compartida, sí hay diferencias en el manejo de largo plazo de los problemas, ya que algunas supervisoras compartían la percepción de que existen problemas, como la excesiva carga de trabajo o problemas económicos, en los cuales las conversaciones sólo tienen un efecto paliativo de corto plazo. Por otro lado, también se planteó que las personas debían asumir la situación y que por tanto la responsabilidad de las supervisoras era acotada a lo que efectivamente podían manejar.

Finalmente, en lo que respecta a considerar que el proceso de liderazgo incluiría una dimensión de apoyo personal, en el sentido de relación de ayuda o *coaching*, se manifestó consenso respecto a que ésta era una relación relativamente evidente y que, como se demuestra con la existencia de protocolos informales para el manejo de conflictos y problemas de desempeño, una parte significativa de trabajo de las supervisoras guarda relación con apoyar a las subalternas cuando enfrentan problemas personales o profesionales.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.3.2. Opiniones obtenidas en el taller de supervisoras del Hospital B

Al taller de las supervisoras del Hospital B, de 16 horas de duración y dividido en dos jornadas de ocho horas, asistieron el primer día las 13 supervisoras del hospital B más 7 otras pertenecientes a la red de salud en la cual está incorporado el Hospital, más dos psicólogas de la Gerencia de Recursos Humanos de la institución a la cual pertenece el hospital, el Subdirector de Enfermería y la Subjefe de Enfermería. El segundo día no asistieron las psicólogas de la Gerencia de RRHH, pero si las supervisoras de la red de salud y los directivos.

#### 4.3.2.1 Opiniones sobre el contexto

Al igual que en el taller de las supervisoras del Hospital A, se realizó un análisis de la situación del Hospital y el grupo de supervisoras. La opinión general fue que el hospital estaba creciendo y que la Enfermería, en tanto profesión y unidad funcional, había ido posicionándose como un referente válido ante la dirección del Hospital y las unidades de administración general y de recursos humanos. Al mismo tiempo, se planteó que todavía existían problemas en la relación con el Hospital y que se reflejaban en los resultados de las encuestas de clima organizacional.

Las supervisoras manifestaron que las percepciones de sus subalternas que explicarían los resultados de clima se agruparían en tres temas. El primero sería la percepción de que el Hospital no respalda verdaderamente la labor de Enfermería, lo que se originaría por la existencia de anécdotas en las cuales las supervisoras fueron excluidas de decisiones sobre cambios físicos en los servicios o compra de equipamiento, la sensación de que no se asignan los recursos requeridos para un desempeño adecuado y la sensación de que en caso en los que había existido algún tipo de agresión o maltrato por parte de un médico hacia una enfermera, los directivos no habían reaccionado o apoyado la respuesta de las supervisoras. El segundo tema sería la falta de equidad ocasionada por el hecho de que las enfermeras tendrían menos oportunidades de desarrollo profesional y formación que los médicos; finalmente, el tercer tema tendría que ver con la percepción de que los sueldos y condiciones

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

de trabajo se habrían deteriorado, reaccionándose sólo en los casos en los que la falta de enfermeras obligaba a cerrar salas. La conclusión a partir de estos elementos fue que existía la necesidad de fortalecer el trabajo de liderazgo, de modo tal que se manejaran las percepciones y emociones negativas que estaban afectando el desempeño y la salud de las subalternas.

### 4.3.2.2. Opiniones sobre los resultados de los cuestionarios

De la misma manera que en el caso del Hospital A, cada supervisora recibió sus datos individuales, pero sólo se discutieron públicamente los promedios del Hospital. La opinión general fue que éstos eran positivos, más considerando los resultados de clima y las opiniones anteriores. En lo que toca a los resultados del MBI, se discutió sobre las razones por las cuales la dimensión Fatiga Emocional aparecía más crítica, siendo la conclusión que esto se debía a la carga de trabajo y a las dificultades para armonizar las exigencias de la vida personal con las demandas de los turnos. También se planteó, sin tener estadísticas al respecto, que existía la percepción de que había aumentado la cantidad de enfermeras con dos trabajos, así como las expectativas de renta.

En lo que toca a los puntajes del MLQ, se manifestó que parecían adecuados, sobre todo considerando que los perfiles de las supervisoras y las subalternas eran similares, indicando el uso preferente del nivel transformacional y un uso menor de estilos pasivos de liderazgo. Ahora bien, el hecho de que la correlación entre los puntajes del MLQ y el nivel de *burnout* de las subalternas apareciera como una relación significativa pero débil fue apreciado como una evidencia favorable, en el sentido de que la opinión formal de la Gerencia de Recursos Humanos era que el problema de clima era una responsabilidad directa de las supervisoras y la correlación observada MLQ-MBI podía ser utilizada como un argumento para demostrar la influencia de otras relaciones en la percepción de clima. Esta reacción fue paralela a la opinión de que, en cualquier caso, era necesario realizar intervenciones para disminuir la intensidad y prevalencia de los indicadores de *burnout*.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

El puntaje P promedio fue bien evaluado en la medida que su comparación con el promedio del Hospital A resultaba favorable. Ahora bien, si bien se presentó una breve reseña sobre la teoría a la base en función del modelo de Belenky et al. (1997), no se generó una discusión sobre su relación con otros elementos y se reafirmó la idea según la cual era necesario fortalecer el rol de la enfermería para apoyar a las enfermeras clínicas y mejorar las situaciones de conflicto.

### **4.3.2.3. Opiniones sobre el proceso de liderazgo**

Las supervisoras del Hospital B también confirmaron las distinciones sobre los niveles de acción de las líderes y el proceso de manejo de problemas, incluyendo las secuencias, que se describieron de manera similar a lo presentado en el punto 4.4.1.3. Ahora bien, en la descripción de los problemas se trabajó sobre los tres temas descritos en el punto 4.4.2.1., enfatizándose la necesidad de conversar y mantener informado al médico jefe de servicio, de manera que éste apoye las decisiones de la supervisora.

En lo que toca a la relación que podría observarse entre las prácticas de liderazgo y relaciones de ayuda o *coaching*, también se manifestó consenso sobre el que la orientación y apoyo personal a las subalternas es una parte importante y evidente del trabajo de la supervisora, indicándose además que esto era más evidente en servicios complejos y ante situaciones de cambio, en los cuales los niveles de estrés aumentarían notoriamente.

### **4.3.3. Opiniones obtenidas en el taller con subalternas del Hospital A**

En este taller participaron 25 enfermeras, incluyendo a la Subdirectora de Enfermería, cuatro supervisoras y 20 enfermeras clínicas. Como se indicó en la descripción de la metodología, este taller estuvo orientado inicialmente a ser una actividad de compensación por la participación de las enfermeras del Hospital en el estudio. Sin embargo, se obtuvo información sobre los siguientes puntos:

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.3.3.1. Opiniones sobre el contexto

Al conversar sobre la situación del hospital desde el rol de enfermera, el análisis se realiza a partir de la observación de los límites con otras profesiones, en particular los médicos y los técnicos paramédicos (TPM) y se extiende hacia la situación general del país. En la relación con lo médicos aparecen dos juicios que parecen ser compartidos unánimemente. El primero es que, en términos generales, los médicos se encuentran estresados y no saben cómo reaccionar frente a las mayores demandas de los pacientes y los estándares de atención, como el consentimiento informado. Esto se evidenciaría en resistencias a atender pacientes, ingresos indiscriminados en Urgencia para no enfrentar los reclamos y agresiones de lo familiares, conductas agresivas hacia las enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares e incluso declaraciones explícitas, tales como “soy un ser humano y tengo derecho a cansarme”. El segundo juicio es que, también de manera general, los médicos están acostumbrados a no respetar las normas y que en la situación actual, esto se combina con la ambición de ganar dinero, facilitando la aparición de negligencia en el trato con pacientes, responsabilidades administrativas y ausentismo o no cumplimiento del tiempo que deben estar en el hospital. Estas opiniones no implicarían que todos los médicos actuarían de esta manera, pero si que existen ejemplos que afectan tanto la imagen profesional como la disciplina y relaciones interpersonales en los servicios.

En la relación con los TPM aparece el juicio de que ellos, como grupo, sienten que la relación con las enfermeras es injusta debido a que la división del trabajo les asigna tareas tales como limpiar a los pacientes y ayudarlos a orinar y defecar, las que consideran que deberían ser compartidas. A la base de esta percepción de injusticia se encontraría la disminución de las diferencias de formación y clase social, que son notorias en relación a los auxiliares de servicio, pero que han disminuido al punto de que ahora existen enfermeras que anteriormente se desempeñaron como TPM. El manejo de estos reclamos parece ser conflictivo y varias enfermeras reportaron que les señalaban que esta era la división de roles, lo que terminaba siendo percibido como maltrato.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.3.3.2. Opiniones sobre los problemas que enfrentan las enfermeras

Al analizar los problemas que enfrentan las enfermeras, se identifica como un factor central el aumento de la carga de trabajo producida por los programas de Autogestión, AUGÉ, Hospital Amigo, Acreditación y Gestión del Cuidado, los que además están cambiando la estructura en base a servicios, aumentando el estrés y la demanda técnica de todo el personal que trabaja en ellos.

Desde el punto de vista del trabajo de las enfermeras clínicas, los programas de gestión les obligan a aumentar el número de registros y protocolos al punto de que no cuentan con el tiempo necesario para realizar las tareas de cuidado de los pacientes. Al mismo tiempo, el hecho de que los familiares de los pacientes se encuentren permanentemente en las salas genera dificultades debido a la falta de privacidad al realizar intervenciones, falta de espacio, sobrecarga de los servicios higiénicos y de alimentación y problemas en la medida que algunos familiares se aprovechan del sistema para ingresar masivamente usurpando los nombres de otros pacientes. Se mencionaron incluso casos de hombres que se acostaban en las camas de las pacientes y agresiones físicas a las enfermeras, TPM y auxiliares de servicio.

Los problemas anteriores repercutirían más fuertemente en enfermería debido a que las enfermeras no tienen límites claros en relación a los ámbitos de responsabilidad, por lo que se las considera y se consideran responsables por el funcionamiento global de los servicios. Abarcando desde el cuidado de los pacientes hasta las labores de gestión y administración del edificio. Un ejemplo de esta difusión de los límites se encuentran en el hecho de que las enfermeras “están encargadas” de recordarles a los médicos el que hagan las recetas y, en los casos en que no lo hacen, de conseguir que otro médico las haga. La existencia de límites difusos en las responsabilidades de las enfermeras no se percibe como un resultado de la carga de trabajo, si no que sería el resultado de asumir muchos roles y el “sentirse responsables de los servicios”, que sería una característica cultural de la Enfermería.

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

Desde el punto de vista de la experiencia emocional de los problemas, las participantes señalaron que eran frecuentes las sensaciones de cansancio, pena, enojo, miedo y ganas de no volver al Hospital. Al igual que en las entrevistas individuales la experiencia de las enfermeras podría describirse como el encontrarse sin apoyo o sólo con el apoyo de pequeños grupos o relaciones personales. Por contraste, el Hospital sería una entidad más difusa asociada a las exigencias formales y sin recursos para proporcionar protección.

### *4.3.3.3. Opiniones sobre el proceso de liderazgo*

En relación al proceso de liderazgo, en este taller se plantearon opiniones similares a algunas ya planteadas en el taller de las supervisoras, en el sentido de que el manejo de los problemas afectivos y de desempeño no sólo era realizado por la supervisora, si no que también incluía a las enfermeras compañeras de la o las afectadas. También se planteó la idea de que el medio principal para ayudar a una compañera era conversaciones privadas, agregándose opciones informales, como el salir juntas. El grado de camaradería también sería un elemento importante en la relación supervisora-subalterna y se expresaría como un trato cálido o la comprensión de la situación personal de la subalterna por parte de la supervisora y, en muchos casos, viceversa.

En cuanto al contenido de las conversaciones de apoyo, se planteó que un elemento central en el apoyo sería la facilitación de la reflexión, para lo cual sería necesario facilitar el desahogo y apoyar la reflexión para buscar soluciones o cambiar el punto de vista en los casos en que el problema estaba originado por problemas fundamentalmente afectivos.

### **4.3.4. Opiniones obtenidas en el taller con subalternas del Hospital B**

En este taller participaron 19 enfermeras subalternas, las que fueron seleccionadas por la subdirección de enfermería en base al criterio de ser reemplazantes de la supervisoras o realizar, además de las funciones clínicas, tareas de coordinación. Además de ellas, participó una supervisora de unidad Staff, que no cuenta con subalternas directas.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.3.4.1. Opinión sobre el contexto

En el análisis de la situación general, las enfermeras participantes utilizaron como eje fundamental la evolución del Hospital, identificando dos grandes etapas o estilos, que se perciben como polos en un proceso de evolución que habría tomado cerca de veinte años.

En el polo del pasado se encontraría un estilo de gestión familiar, en el cual se recuerdan anécdotas tales como el que todos los miembros de un servicio tomaran desayuno juntos. En este período el Hospital se describe como una organización más pequeña, de fines caritativos y altamente orientada a la calidad. Algunas asistentes recordaban haber ingresado a trabajar sin remuneración, esperando una vacante. Al mismo tiempo, se recuerda que las remuneraciones eran excelentes, lo mismo que las condiciones físicas y el clima laboral.

Desde el punto de vista del estilo de liderazgo, se recordaron anécdotas sobre la cercanía de los directivos. Un ejemplo de las cuales se encuentra en el hecho de que una enfermera jefe habría reemplazado en un turno de año nuevo a una enfermera clínica joven, para que ésta fuera a visitar a sus padres en Concepción. En la tabla 34 se presentan breves reseñas que describen a enfermeras líderes en el pasado del hospital.

Por contraste, la situación actual del Hospital se describió en términos de mayor volumen de trabajo, número de personas y nueva tecnología, pero con la pérdida de la calidad de las relaciones y la fortaleza de los valores originales. Entre las anécdotas que justificaban estas opiniones, se mencionó una que generó bastante discusión y que describía una reunión en la cual un ejecutivo del área de administración habría echado de la reunión a una enfermera que habría reclamado por el estado y mantenimiento de un cierto tipo de equipos. Esta anécdota se mencionó como un ejemplo de pérdida de valores y desconsideración hacia las enfermeras. La percepción sobre el aumento del volumen de trabajo y la tecnología de gestión es que habrían resultado contraproducentes, ya que disminuirían la cantidad de tiempo para realizar tareas de cuidado a los pacientes y no se percibía que hubieran impactado la gestión o que fueses una prioridad para la actual dirección del hospital.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

**Tabla 34: Ejemplos de historias de líderes recordados como ejemplares en el Hospital B (Se han omitido los nombres)**

Ejemplo 1: Trabajó en neonatología y fue pionera en técnicas de ventilación mecánica. Se la recordó porque proporcionaba seguridad a través de un trabajo conjunto con las subalternas, el que se describe como amable y franco. Se utilizaron adjetivos como “querible”, “amiga”, “consecuente”, “guía” y “competente”.
Ejemplo 2: Una ex enfermera jefe, creó el procedimiento de entrega turnos del hospital y en una huelga estuvo 17 días asistiendo y levantando el ánimo a sus enfermeras. Se la recordó como “plenamente integrada, cercana, alegre, cálida”, “comprometida, luchadora”, “capaz de pedir ayuda y decir que no sabe”.
Ejemplo 3: Una enfermera clínica muy comprometida con los pacientes, en una ocasión hizo una rifa para ayudar a uno a pagar la cuenta del hospital. Se la describe como “siempre alegre y cálida”.
Ejemplo 4: Introdujo el concepto de “humanización” y trabajó en la negociación de sueldos de las enfermeras. Se la recuerda como “apoyadora, cercana”, “amable con los enfermos”.
Ejemplo 5: Supervisora descrita como “exigente, pero comprensiva, incluso reemplazó en turnos a algunas de sus enfermeras”.
Ejemplo 6: Supervisora que llegaba con una linterna a revisar su servicio en las noches de temporal. También llegaba con tortas y regalos para todos en las navidades. Fue descrita como “exigente y humana.”
Ejemplo 7: Supervisora descrita como “de metas claras y trabajar con otros”, “combinaba la exigencia con el ofrecer ayuda pese a su propia pega, incluso se quedaba sin almorzar.”

En el marco del contexto anterior, también se señaló que en el Hospital actual también había ejemplos de líderes ejemplares en el grupo de médicos y enfermeras, identificándose historias en los cuales las jefaturas habían realizado innovaciones técnicas, compartido el trabajo clínico y apoyado en la implementación de mejoras o proyectos.

### 4.3.4.2. Opiniones sobre los problemas de las enfermeras

Además del ya mencionado aumento en la carga de trabajo asociada a registros y administración, también se mencionaron problemas asociados a maltrato por parte de médicos, falta de reconocimiento por parte de las jefaturas y directivos del Hospital, falta o mal estado de equipos e insumos, el aumento en los estándares de atención de público.

Las enfermeras subalternas del Hospital B coincidieron en señalar que los límites del trabajo de las enfermeras eran poco claros, proporcionando ejemplos similares a los de las

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

enfermeras del Hospital A, como el tener que recordarles a los médicos de algunas de sus obligaciones o el asumir responsabilidad por los problemas con insumos o mantenimiento.

Al analizar las emociones que las producían los problemas, las participantes describieron más de un tipo de vínculo u objeto al cual se dirigían sus emociones. Así, una enfermera a la cual un médico le había gritado delante del personal auxiliar no sólo se enojaría con el médico y experimentaría impotencia, si no que también sentiría rabia con el “Hospital”, su supervisora, el médico jefe de servicio e incluso los pacientes o sus familiares. Otra situación analizada fue la de sentir que no se contaba con los recursos y apoyos suficientes para realizar las tareas de cuidado adecuadamente. Esto no sólo produciría temor por el riesgo de daño, si no que también por el riesgo de ser demandada por el paciente. Junto al miedo se describió la experiencia de enojo hacia los directivos del hospital, los que se percibirían como negligentes e incongruentes entre las declaraciones formales de búsqueda de la calidad y trato humano y la práctica en la asignación de presupuestos.

### *4.3.4.3. Opiniones sobre el proceso de liderazgo y las supervisoras*

La opinión de las subalternas respecto a las supervisoras fue favorable, reconociéndose su esfuerzo y trayectoria profesional. Al mismo tiempo, en lo que dice relación con la capacidad de la supervisora para influir en las subalternas, se planteó que en lo que se refiere a la capacidad de las supervisoras para influir en problemas específicos, ésta estaría limitada por la formalidad de las relaciones y el hecho de que las supervisoras no trabajan en el sistema de turnos, lo que limita su contacto directo con los problemas y hace que su intervención ocurra sólo cuando las consecuencias son notorias. Ahora bien, su influencia sería mayor en aspectos más generales, como el nivel de camaradería y la relación con las distintas unidades staff y proyectos del Hospital. En este sentido, la supervisora actuaría aportando orden, moderando el impacto de las medidas que deben ser implementadas y promoviendo el desarrollo profesional y acceso a capacitación de las subalternas.

En un análisis más amplio sobre el tema, las subalternas planteaban que el nuevo estilo de gestión del Hospital y la Subdirección de Enfermería estaría limitando la comunicación entre

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

los distintos niveles jerárquicos. Como un ejemplo de lo que estaría justificando esta opinión se señaló que la actual subdirección sólo se reunía con las supervisoras, limitando la comunicación directa con las demás enfermeras. Otro elemento que influía en la calidad del liderazgo sería la complejidad de la estructura organizacional del Hospital y la facultad de medicina de la cual depende, que hace que algunos médicos sean simultáneamente jefaturas y subalternos de otros, con cargos de duración limitada que inhiben el desarrollo de proyectos de largo plazo o la toma de decisiones que pudieran perjudicar los intereses económicos o estatus de algunos médicos con poder en sus especialidades o servicios. A partir de estos elementos la conclusión fue que la capacidad de las jefaturas de los servicios para implementar cambios era escasa y que el proceso de desarrollo del Hospital continuaría como hasta ahora.

Finalmente, al opinar sobre la secuencia de acciones específicas que apareció en las entrevistas y taller de las supervisoras, las subalternas confirmaron el que algunos problemas recurrentes eran resueltos a través de procedimientos informales. Estos procedimientos suponían la realización de conversaciones privadas, el manejo de las emociones y la toma de compromisos de acción. Esto sin perjuicio de que la solución de problemas de desempeño o relación también implicase la implementación de reuniones informativas, talleres de capacitación y apoyo directo de otras enfermeras.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 4.4. *Opiniones e ideas obtenidas en actividades paralelas a las incluidas en la metodología*

Las siguientes ideas se han generado a partir de las múltiples conversaciones que ocurrieron en el proceso de definir el tema de investigación, obtener las autorizaciones para realizar las actividades, en las presentaciones de resultados a los directivos de los hospitales participantes y en la difusión de resultados parciales en congresos y programas académicos. Se presentan ya que representan el contexto desde el cual se fueron interpretando los discursos y emociones que se observaron en las entrevistas y talleres e influyen sobre los resultados y conclusiones que a continuación se presentan. Además de los agradecimientos a la directiva del Colegio de Enfermeras de Chile, ejecutivos del Ministerio de Salud, directivos de FENPRUSS, profesoras de las Escuelas de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de los Andes y la Universidad de Santiago de Chile, debo agradecer las opiniones y comentarios recibidos en el XVI Congreso Nacional de Enfermería, el II Congreso Internacional de Enfermería, el II Congreso Chileno de Psicología, los Diplomados en Derecho de la Salud y Mediación en Salud de la Universidad de los Andes, la Jornada de Actualización en Enfermería de la Universidad Andrés Bello realizada el año 2007, la XII Jornada Chilena de Enfermería Escolar, el Segundo Seminario Internacional Gestión de Riesgos y Seguridad Clínica del Paciente, el 52° Congreso Anual del Capítulo Chileno del American College of Surgeons y las Séptimas Jornadas de Enfermería del Hospital del Cobre. Adicionalmente, muchos de los comentarios que las mismas supervisoras y enfermeras clínicas me hicieron luego de las entrevistas, por correo o en reuniones adicionales contribuyeron a la comprensión de lo aquí expuesto.

#### **4.4.1. El trabajo en Enfermería es un proceso colectivo que requiere un alto nivel de coordinación y disciplina, afectando incluso a las familias de las enfermeras.**

El esfuerzo físico y psicológico que demanda el trabajo en un hospital incluye no sólo la aplicación de técnicas de cuidado para el manejo del sufrimiento de los pacientes y sus familias, sino que también las demandas de la coordinación entre personas pertenecientes a múltiples profesiones y especialidades, la adecuación de la vida personal y familiar al sistema de turnos,

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

la adecuación al estrés producido por habitar ambientes en los cuales las condiciones de luminosidad, calefacción o mobiliario son insuficientes e incluso el manejo de agresiones por parte de pacientes, familiares o compañeros de trabajo emocionalmente alterados.

Justificar este esfuerzo a través de la recompensa económica es difícil incluso en el sector privado, que tiene sueldos que pueden incluso duplicar los del sector público, pero además es riesgoso, ya que la explicación del compromiso a través de la recompensa facilita la pérdida de las explicaciones éticas que dan sentido a la identidad profesional y personal. Un trabajador del sector salud que comienza a comprender su trabajo sólo como un medio de ganarse la vida tenderá a buscar ambientes que no le exijan tanto o, aún peor, buscará la manera de no hacer tanto.

El cómo adaptar la vida al sistema de turnos es posiblemente el problema más recurrente en las conversaciones y permite apreciar la necesidad del apoyo familiar o de pareja para la enfermera o enfermero, ya que hay una alta posibilidad de que las festividades y fiestas familiares coincidan con turnos largos o de noche y en el caso de servicios de alta intensidad, donde el personal de reemplazo, si es que es posible de contratar, es escaso, es frecuente que los reemplazos impliquen semanas continuas de jornadas extendidas incluso por sobre las 12 horas diarias. De más esta decir que esto también se extiende al personal técnico y auxiliar.

### **4.4.2. La exigencia del trabajo en los servicios hospitalarios incluye un importante monto de autocontrol emocional**

Cuidar de los pacientes y sus familias, mantener la comunicación requerida para el traspaso de los pacientes y controlar la adecuación de los tratamientos a las indicaciones de diferentes médicos u otros especialistas obliga al personal de enfermería a mantener un alto nivel de autocontrol emocional, ajustando su comportamiento incluso cuando la pérdida de un paciente con el cual se han encariñado justificaría la expresión del duelo o en otras situaciones en las cuales se esperaría que una persona manifieste pena, asco, rabia u otra emoción percibida como negativa. Esto no sólo se reporta en servicios que atienden pacientes crónicos o de alta

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

intensidad, como diálisis, pabellones o UCI, sino que también en otros servicios de menor intensidad, como pediatría, pensionado o medicina.

Lo anterior permite comprender el por qué problemas que podrían pasar desapercibidos en otras organizaciones, como el que dos personas no se hablen o mantengan una relación distante, en el hospital requieran el involucramiento de la supervisora. Esto mismo ocurre para las apreciaciones sobre el nivel de compromiso organizacional, expresado como la capacidad de postergar necesidades o deseos personales frente a la necesidad de reemplazar turnos o ajustarse a vacaciones, licencias médicas u otras demandas imprevistas, que en el hospital pasan a ser una frecuente causa aparente de problemas.

El estrés que implica el autocontrol hace que el mantener relaciones calidas al interior de la comunidad de enfermeras y enfermeros sea muy valorado, ya que constituyen un refugio personal para la expresión de la intimidad. A partir de esto es posible suponer, que en el lenguaje de la teoría del liderazgo transformacional, la consideración individual sea un factor clave en el establecimiento de vínculos.

### **4.4.3. El cambio organizacional en el Sector Salud esta implicado políticamente.**

La idea de que la orientación de los valores y el desempeño de las enfermeras implica un proceso colectivo en el cual se integran aspectos de política organizacional y nacional aparece espontáneamente tanto en personal del MINSAL como en las directivos del Colegio de Enfermeras y los jefes de Enfermería, así como en muchas de las enfermeras con las que he tenido contacto. En el caso del Colegio este discurso implica el establecimiento de contactos internacionales y se explica a través de una historia en la cual hay alusiones explícitas a la persecución política efectuada por el gobierno militar, así como a la pérdida del status universitario de la profesión o las confrontaciones con las políticas del Ministerio de Salud. En el caso de los jefes de enfermería el discurso sobre la necesidad de establecer alianzas e integrar diversos criterios aparece asociado a la necesidad de coordinar la implementación de proyectos y procesos de mejora, así como al manejo de diferencias en políticas, presupuestos y problemas específicos.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

En el caso de la gestión de los hospitales públicos la necesidad de acuerdos políticos se hace evidente a partir del hecho de que, pese a que en estos momentos hay un cambio de los directivos a través de concursos públicos, todavía buen aparte de los directivos de los servicios de salud y los hospitales son cargos de confianza política, lo que implica la necesidad de integrar criterios técnicos con las instrucciones y orientaciones de los partidos a los cuales pertenecen los directivos. Si a esto se suma la influencia de los colegios profesionales y las federaciones de trabajadores de la salud (FENPRUSS; CONFENATS, FENATS y el reciente Colegio de Técnicos Paramédicos), la influencia y relaciones políticas se extienden hasta la gestión de los servicios.

### **4.4.4. El personal de Enfermería recibe instrucciones de múltiples líneas de mando jerárquico y funcional, por lo que la supervisora es una de varias posibles influencias.**

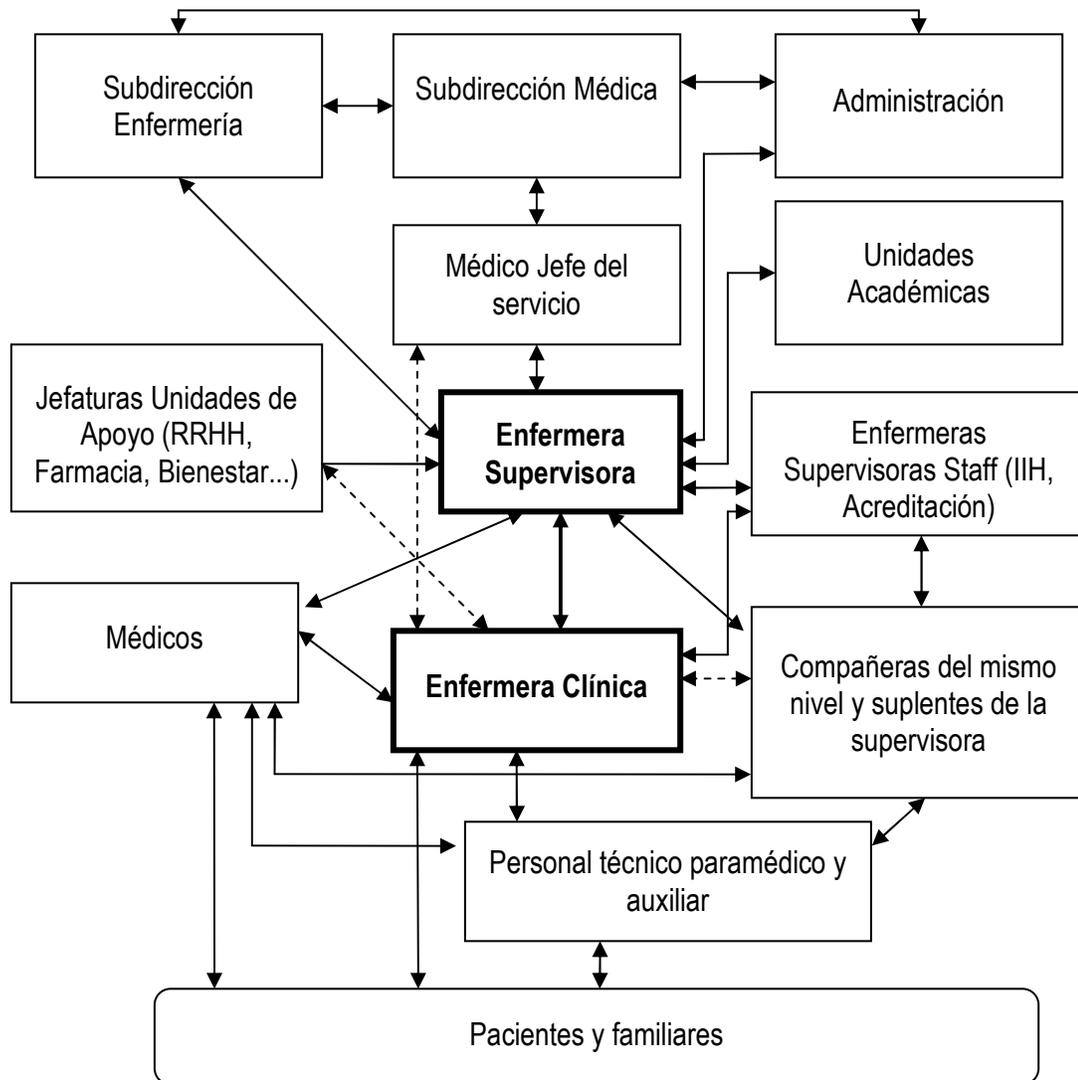
Las redes de supervisión de los servicios hospitalarios funcionan de manera matricial, incluyendo líneas de control vertical en los aspectos clínicos, administrativos y docentes, a las que se integran líneas de dependencia staff en aspectos como acreditación, programas para la prevención de infección intrahospitalaria o desarrollo de recursos humanos, entre otras. En el caso del personal de enfermería de los servicios clínicos, se deben integrar al menos dos líneas de dependencia: La línea jerárquica que va desde la Subdirección Médica a los médicos jefes de servicios y de ellos a la enfermera supervisora y la línea de dependencia técnica, que va desde la Subdirección de Enfermería a las enfermeras supervisoras de cada servicio. En los hospitales en los que se realizó este estudio se agregan, además, las unidades docentes a las cuales pertenecen los médicos y enfermeras de cada servicio y las líneas directas de supervisión administrativa, que tienen que ver con aspectos presupuestarios, abastecimientos, control de gestión y administración de recursos humanos, entre otros temas propios de la gestión y los procesos de cambio organizacional asociados a los estándares requeridos para la autogestión u otros cambios estructurales.

La siguiente figura pretende graficar algunas de las influencias más evidentes en la socialización de una enfermera clínica y que, como resulta evidente, indican que la influencia de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

la supervisora no puede ser considerada una vía exclusiva o aislada de las demás relaciones formales e informales en el sistema organizacional del hospital.

**Figura 25: Algunos de los vínculos establecidos por la enfermera subalterna en un servicio hospitalario**



Debe considerarse, además, que la relación entre una enfermera clínica y las supervisoras staff, los médicos y otras unidades o jefaturas jerárquicas puede ser directa y no intermediada por la supervisora. Esto en función de variables tales como antigüedad, experiencia, área de especialización, relaciones informales o las mismas demandas del sistema de turnos, que

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

obligan a que las enfermeras clínicas trabajen sin supervisión durante buena parte del día y los fines de semana. De esta manera puede considerarse que la relación entre una enfermera clínica y su supervisora no tiene el mismo nivel de verticalidad que en otros sistemas productivos, toda vez que ambas son profesionales que a su vez supervisan al personal auxiliar y técnico.

### **4.4.5. La escasez de recursos es una causa encubierta de problemas que aparecen luego como causados por variables individuales.**

Al ingresar al Hospital A uno de los elementos más evidentes es que los pasillos están con las luces apagadas y que hay muchas áreas de tránsito sin calefacción, las murallas de los pasillos presentan grietas o se han descascarado en partes. Las oficinas de las supervisoras son pequeñas y muchas cuentan con deficiencias en aislación, ventilación o mobiliario. Estas son las manifestaciones más evidentes de la escasez de recursos y que se refleja en falta de equipos, insumos o presupuestos para cubrir reemplazos, sin considerar al personal que se encuentra contratado de manera supuestamente temporal por largos periodos. En el caso del Hospital B la escasez es menos evidente o se asocia a políticas organizacionales, pero sin embargo apareció en los relatos de entrevistas y talleres.

Se puede señalar, sin necesidad de realizar una investigación, que enfermeras que tienen dos o más trabajos y que deben cubrir las licencias médicas y vacaciones de sus compañeras, desempeñándose entonces hasta por 24 ó más horas seguidas, tendrán un nivel de cansancio que les dificultará mantener el nivel de autocontrol requerido por las demandas de calidad técnica y coordinación de sus trabajos. Si a esto se le suma la falta de insumos o las sobrecargas estacionales que pueden producirse en algunos servicios, es posible explicar una parte importante de la irritabilidad o desgano que luego se expresan en conflictos interpersonales o incapacidad para manejar las quejas y molestia de los pacientes o sus familias.

## V. Análisis Relacional y Conclusiones

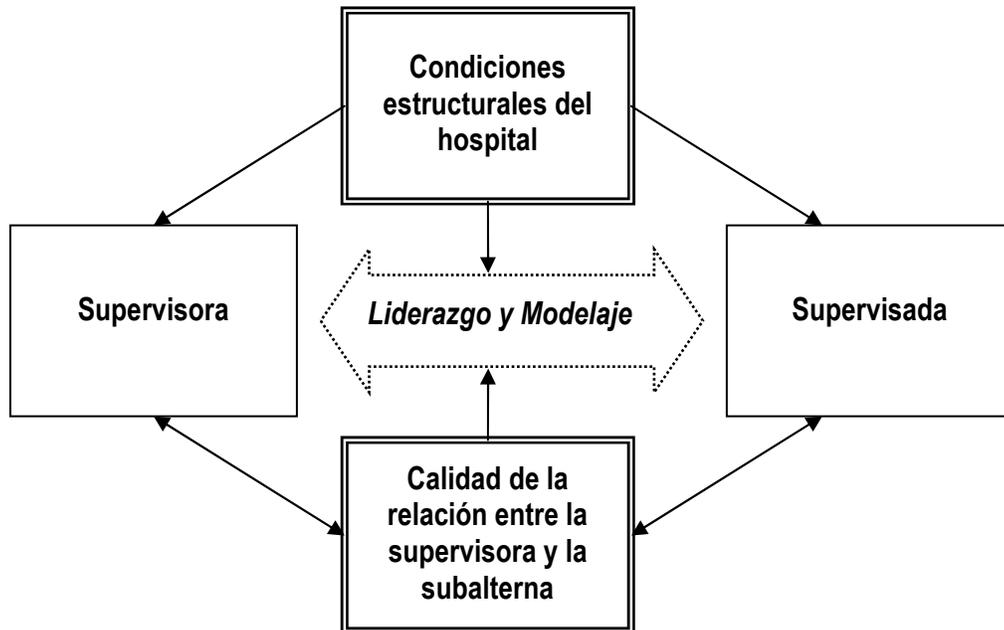
### 5.1. Análisis Relacional

A partir de las opiniones y datos observados anteriormente, es posible establecer las siguientes relaciones:

**5.1.1. La influencia de la enfermera supervisora sobre la enfermera subordinada está moderada tanto por variables asociadas a la estructura del hospital como a la percepción general sobre la relación construida entre la supervisora y la subordinada.**

Al parecer, las condiciones estructurales del hospital, que incluyen desde las orientaciones estratégicas hasta el sistema de turnos, la división del trabajo, la disponibilidad de recursos y los sistemas de registro y control de gestión, afectan la influencia de la supervisora sobre las subalternas.

**Figura 26: Factores que moderan la influencia de la supervisora sobre la subalterna**



La primera manera en que se evidencia esta influencia se refiere a los temas o problemas que hacen necesario el que la supervisora implemente procedimientos para gestionar el desempeño o apoyar a la subalterna. Por ejemplo, la carga de trabajo y recursos del hospital

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

impactaría en la capacidad de las subalternas para trabajar, al mismo tiempo que influyen su percepción sobre equidad, colaboración con los médicos y técnicos paramédicos. La segunda manera tiene que ver con las percepciones sobre el contexto en el que se ejerce la influencia, que estaría condicionada por el poder formal de la supervisora, su capacidad para enterarse rápidamente de los problemas o su grado de dominio de las habilidades utilizadas por las enfermeras subalternas. Ejemplos de estos serían el que, al trabajar en jornada diurna, a las supervisoras se les haría difícil percibir directamente algunos problemas que ocurren en turnos de noche. Así mismo, las restricciones legales impiden que las supervisoras de hospital público puedan escoger su personal o despedirlo, por lo que las sanciones asociadas a movilidad sólo ocurren bajo condiciones excepcionales. Una tercera forma en que las condiciones del hospital afectarían la capacidad de influencia de las supervisoras se refiere a la antigüedad y camaradería en el grupo de las enfermeras. Así, no es lo mismo supervisar a un grupo homogéneo y afiatado de enfermeras, donde la función de liderazgo y supervisión podría distribuirse, que a un grupo diverso desde el punto de vista de la experiencia y que no se conoce entre sí, donde se requerirá mayor supervisión directa. Todo lo anterior en contextos de incorporación de tecnología, implementación de programas para la estandarización de procesos y con mayor exigencia de los pacientes y sus familias.

Otro elemento clave que afectaría la capacidad de la supervisora para influenciar a las subalternas es la relación que ha construido con subalterna y la manera en que ha contribuido en la formación del clima organizacional del servicio. Esto afectaría a diversos elementos, incluyendo el grado de confianza personal entre supervisora y subalterna, el comportamiento del grupo, que puede ser más o menos congruente con los objetivos y discurso de la supervisora, y la posibilidad de que la subalterna escoja a la supervisora como un modelo a seguir. Así, en la manera que la historia de la supervisora es percibida por sus subalternas de manera congruente con los valores de la profesión y que además existe evidencia de que es capaz de proporcionar recursos y protección a sus subalternas, su ascendente será mayor que en los casos en los que no se producen las condiciones anteriores. Al mismo tiempo, en la medida que la historia o el comportamiento de la supervisora es escogido como un modelo a seguir para la subalterna, es más probable que sus intervenciones sean efectivas. Esto es coincidente con la observación de Hendel y Gefen-Liban (2003), quienes encontraron que incluso enfermeras con postgrados en administración todavía seguían evaluando a sus

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

supervisoras de acuerdo a los estándares éticos tradicionales de la profesión. Al observar los ítems que conforman la variable Liderazgo Transformacional Percibido, es posible percibir que, de los cinco con mayor peso en el factor (“Encuentro satisfacción al trabajar con ella”; “Para mí ella es un modelo a seguir”; “Me es grato trabajar con ella”; “Aumenta mi motivación hacia el éxito” y “Me siento orgulloso/a de estar asociado con ella”), dos se refieren explícitamente a evaluaciones con connotación ética y dos se refieren al grado de satisfacción de la subalterna. Estos elementos estarían asociados al quinto factor, “Aumenta mi motivación hacia el éxito”, que sería una forma de expresar el resultado del proceso de liderazgo transformacional.

### **5.1.2. Las percepciones sobre el aumento en carga de trabajo aparece como un factor clave en el malestar de las enfermeras.**

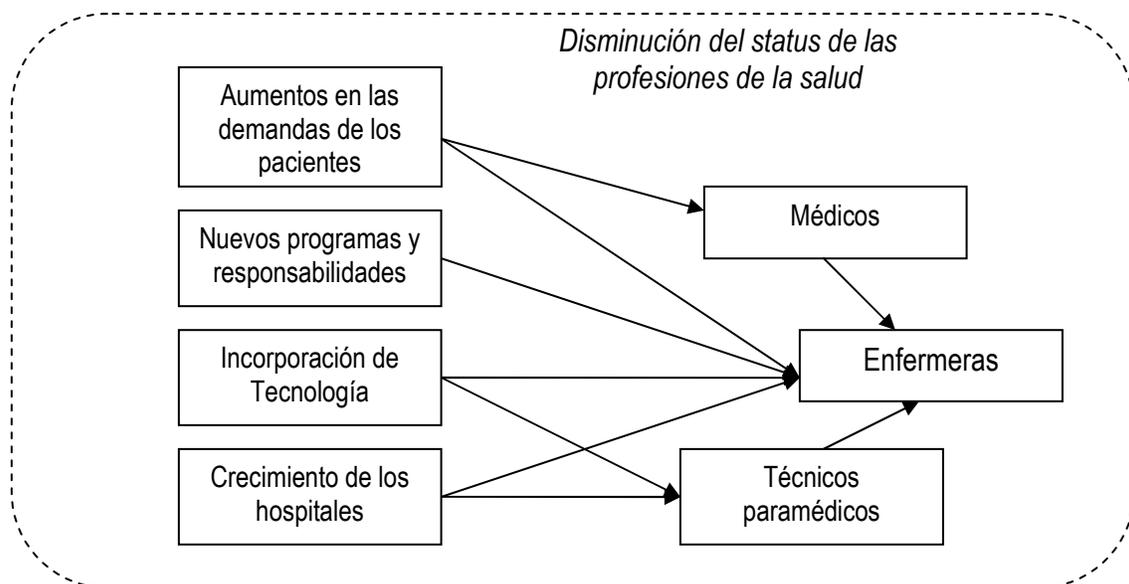
El concepto de “carga de trabajo” o “exceso de trabajo” expresa la causa fundamental de estrés que perciben las enfermeras de ambos hospitales. Este concepto alude a una serie de factores, entre los que se incluyen el aumento de las demandas y necesidades de los pacientes y sus familiares respecto al trato, rapidez de atención, seguridad en el diagnóstico y otros elementos con los que evaluarían la “atención” que reciben; la puesta en marcha de diversos programas de mejoramiento y el consiguiente aumento de las responsabilidades de las enfermeras; la incorporación de nuevas tecnologías de cuidado, registro y gestión; y el crecimiento de los hospitales, que aumentaría la complejidad de la coordinación y disminuiría la posibilidad de establecer relaciones personales entre las enfermeras y el resto del personal.

El aumento en las demandas y necesidades de los pacientes y sus familias es un fenómeno complejo y que estaría asociado a múltiples factores, incluyendo los cambios en la edad y tipos de patología, cambios en la situación de las familias y su manera de tratar a ancianos y enfermos crónicos, aumento en las expectativas de calidad y servicio y las campañas de difusión del MINSAL, en las cuales se enfatiza la idea de “derechos” y que orientaría a la población a solicitar el servicio de manera más agresiva. En el mismo sentido, las noticias sobre accidentes o problemas en hospitales contribuirían a que los pacientes y sus familiares llegaran al hospital con desconfianza y mayor ansiedad. Este tema fue conversado largamente en ambos talleres con enfermeras subalternas y, con la diferencia de que en el

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Hospital B se agregaría el que pacientes de alto nivel socioeconómico tratarían a las enfermeras con poca deferencia, la situación se relata de manera similar. Además de la influencia directa sobre la enfermera, el aumento en las demandas de los pacientes también tendría una influencia indirecta a través de aumentar la ansiedad y prácticas de trabajo de los médicos. Por ejemplo, algunos médicos de urgencia del Hospital A ingresarían pacientes que eventualmente podrían haber sido tratados en sus casas para no tener que enfrentar la agresión de los familiares o se demorarían en atender. Esto aumentaría la carga de trabajo de las enfermeras y llevarían a que ellas tengan que enfrentar a los familiares.

**Figura 27: Principales maneras en que se expresa el aumento en la “carga de trabajo”**



En los dos Hospitales se habían implementado o se estaban implementando una serie de programas de innovación. En el hospital A se incluía un programa de acreditación que afectaban diversos elementos de la administración clínica y financiera y que permitió que el Hospital consiguiera la calidad de autogestionado; un programa para el aumento del tiempo e involucramiento de los familiares de los pacientes y se estaba comenzando a implementar el modelo de gestión del cuidado, que afecta la estructura de los servicios y la manera de atender a los pacientes. En el Hospital B se estaba realizando un proceso de acreditación internacional. En ambos, además, se realizan labores docentes, aumentando las tareas y responsabilidades de las enfermeras.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

La incorporación de tecnología clínica y de gestión, particularmente en lo que refiere a mejoramiento de procesos, también es un factor que aumenta la complejidad del trabajo de la enfermera y produce estrés. Ahora, este estrés no es tanto producto de un mayor esfuerzo como de la presión generada en el manejo del tiempo. Por ejemplo, en el taller con enfermeras subalternas del Hospital A se mencionó que sólo la carga de registros ocupaba gran cantidad del tiempo antes dedicado al trato personal con los pacientes, lo que se agravaba con la percepción de que los registros no eran utilizados. En el caso del taller con subalternas del Hospital B, se mencionó que la percepción era que el programa de acreditación parecía haber perdido prioridad debido a un reciente cambio en la dirección del Hospital, por lo que el esfuerzo realizado también parecía innecesario.

El crecimiento de los hospitales y la mayor distancia y formalidad de las relaciones aumenta la carga de trabajo a través de una mayor necesidad de comunicación formal, con la consiguiente demora en los tiempos de respuesta y posibilidad de pérdida de información. Esto fue descrito como particularmente importante por las enfermeras subalternas del Hospital A. El crecimiento de los hospitales y la incorporación de tecnología también aumentarían la carga de trabajo de las enfermeras del Hospital A por la vía de los cambios en las expectativas y estatus de la profesión de técnico paramédico, la cual se encuentra en un estatus técnico y social intermedio entre las enfermeras y las auxiliares, desempeñando labores de ambos grupos, lo que produce difusión en la claridad de los roles. Esto se uniría a la percepción de las técnicas de que las enfermeras deberían compartir todo o gran parte del trabajo con ellas, para generar situaciones de conflicto potencial, en las cuales les técnicos desconocen la validez de la autoridad de las enfermeras y obligan a estas últimas a realizar esfuerzos por restablecer la disciplina. Esto no pasaría en el caso del Hospital B, donde todavía todo el personal paramédico se denomina "auxiliar".

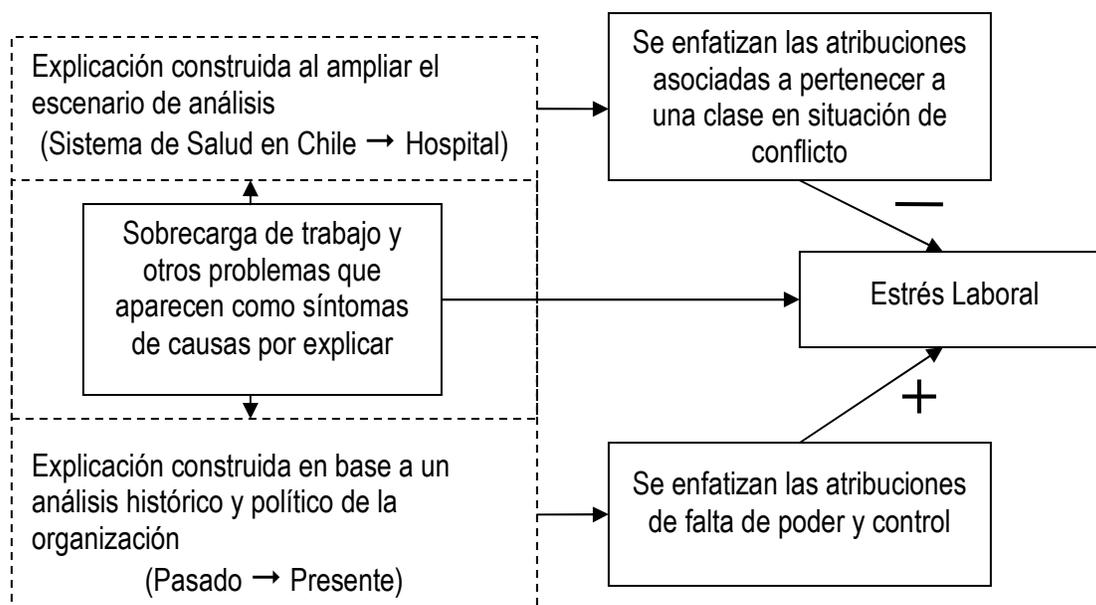
Considerando todo lo anterior, se plantea que la idea de "carga de trabajo" excede a las responsabilidades formales y alcanza a la totalidad de los roles de la enfermera, la cual no "trabajaría como enfermera", si no que "sería enfermera", con toda la carga identitaria y la vinculación social que esto involucra.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 5.1.3. La manera en que las enfermeras orientan el análisis y explicación de los problemas que las afectan podría afectar la identidad que se autoasignan y, a través de esto, la respuesta emocional que manifiestan.

Al identificar las fuentes de los problemas que perciben, las enfermeras de cada hospital tendieron a enfatizar distintas dimensiones. Así, en el Hospital A, ante la pregunta por el diagnóstico de la situación, el discurso de supervisoras y subalternas se refería a la situación del Sector Público de Salud, el cual, en su experiencia por visitas o haber trabajado en otros hospitales, sería esencialmente similar a lo que estaba ocurriendo en su Hospital. En el caso de las supervisoras y subalternas del Hospital B, la misma respuesta se refería a la historia de las organización, describiendo como aspectos políticos y estructurales, así como los valores y estilos de los grupos de poder, explicaban la situación de las enfermeras en términos de recursos, espacios de desarrollo o apoyo de los directivos.

**Figura 28: Orientaciones en al análisis de los problemas y su impacto en la identidad**



Si bien es posible que existan otras variables que incidan en la relación, las explicaciones al parecer eran acompañadas de distintos niveles de ansiedad. En el caso del Hospital A y pese a que las declaraciones en la sala indicaban explícitamente que la situación era deficiente y seria, la percepción de compartir un problema nacional fue acompañada de menor ansiedad

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

que en el caso de las explicaciones dadas en el Hospital B, donde las explicaciones formales en la sala fueron acompañadas de observaciones, en los recreos para café y por correo, que demostraban una mayor ansiedad respecto a la situación. La explicación para esto sería el que la percepción de control sería distinta en el caso de que existe un problema nacional que es abordado no sólo por las enfermeras de un hospital, si no que por el Colegio de Enfermeras, la Fenpruss y otras agrupaciones gremiales, que en una organización privada dirigida por un grupo sólidamente instalado en el poder y con gran autonomía, lo que aleja la posibilidad de cambio.

### 5.1.4. Las diferentes orientaciones en el análisis de los problemas corresponden a diferentes sistemas organizacionales, los cuales se estarán modificando simultáneamente.

Esta afirmación se justifica en que, además de los factores asociados a la idea de “carga de trabajo” individual de la enfermera, existen otros elementos que contribuyen a generar estrés en las enfermeras y que pueden ser descritos como productos de cambio en los distintos niveles de análisis u organizaciones existentes en los establecimientos hospitalarios.

### Figura 29: Algunos sistemas organizacionales e institucionales en cambio en los establecimientos hospitalarios que afectan a las enfermeras.



El primero de estos cambios se refiere a la modificación de las relaciones de poder entre las profesiones que actúan en el hospital. Esto porque el nuevo Modelo de Gestión del Cuidado asigna mayor autonomía a la Enfermería y la pone a la par de la profesiones médicas y de

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

administración, afectando el estatus y las relaciones de poder en el hospital y los servicios. Esto haría que los médicos, como clase, resintieran el cambio y dificultarían el proceso de implementación; el segundo cambio tiene que ver con la relación con los pacientes y sus familiares, los que ahora se evalúan como menos respetuosos e incluso agresivos, relatándose numerosas anécdotas de maltrato hacia enfermeras, médicos y personal paramédico; el tercer ámbito de cambio se refiere a la formalidad de las relaciones contractuales entre los distintos grupos o intereses que actúan en el hospital. Por ejemplo, las relaciones con las universidades, a las cuales antes no se les cobraba por el servicio de supervisión a las y los internos de medicina, enfermería y personal TPM. El que ahora se les cobre genera mayor necesidad de registro y formaliza las actividades antes discrecionales, como el control y supervisión; finalmente, un ámbito más amplio es el de la congruencia de los valores de la profesión con los de la cultura nacional. Esto se expresaría, por ejemplo, en el hecho de que el trabajo en turnos y la consiguiente dificultad para ajustar los fines de semana o la asistencia a festividades es descrito como una dificultad en el mantenimiento de relaciones de pareja que antes no habría sido tan significativa.

Todos los cambios anteriores hacen que el mantenimiento de buenas relaciones no sea sólo una tarea individual, si no que afecta a categorías o grupos al interior de los establecimientos hospitalarios. Esto aumenta la dificultad en el mantenimiento de las relaciones y el alineamiento de intereses, lo que se expresaría en que las enfermeras experimenten poco apoyo de sus jefaturas médicas y administrativas.

### **5.1.5. La sobrecarga de trabajo, el estrés del cambio y las limitaciones en recursos orientan el liderazgo de las enfermeras hacia acciones propias del nivel transaccional (supervisión formal).**

Los relatos de supervisoras y subalternas sobre los procesos de intervención de las supervisoras para manejar problemas o la motivación de las subalternas, descritos en el contexto señalado en los puntos anteriores, pueden clasificarse como predominantemente de nivel transaccional. Ejemplos de lo anterior serían las descripciones de manejo de problemas de trato o coordinación entre enfermeras o enfermeras y médicos y la necesidad de explicar

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

claramente los criterios para asignación de vacaciones o cambio de turnos. Esto estaría determinado por la carga de trabajo, que obligaría a las supervisoras a tratar los problemas anteriores con carácter de urgencia, postergando al mismo tiempo las acciones orientadas a la formación y desarrollo de las subordinadas. La alta “carga de trabajo” también dificultaría el desarrollo de una visión sobre el desarrollo futuro del hospital o la profesión Enfermería a través de la ansiedad que los problemas generan en las supervisoras, lo que se reflejaría en sus resultados en el MBI y el DIT.

### **5.1.6. La valoración de elementos como congruencia y calidez en las líderes y compañeras estaría asociado a la necesidad de mantener el autocontrol en los vínculos con pacientes, familiares y otros profesionales**

Una enfermera debe mantener el autocontrol en la mayor parte de los roles que asume, ya sea frente a pacientes, familiares, médicos, paramédicos, administradores u otros profesionales. El aumento en las demandas de la “carga de trabajo” incrementa también la necesidad de autocontrol y agrega incluso la necesidad de aprender a manejar agresiones y nuevos riesgos, como las demandas por eventuales fallas o errores que puedan ser clasificados como negligencia. En esta situación el hecho de que la supervisora y compañeras la traten con afectividad y reconocimiento a sus necesidades personales sería no sólo valorado, si no que imprescindible para no sentir ansiedad y pérdida de la capacidad de trabajo.

Considerando lo anterior, podría señalarse que fomentar la calidez de las relaciones al interior del grupo es una función clave del rol de supervisora en la comunidad profesional de Enfermería. Esta función representaría una contribución tan importante como la acción directa de supervisión y es una condición para el establecimiento de relaciones de liderazgo.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

### 5.2. Conclusiones

La revisión bibliográfica realizada en esta tesis permitió observar que la teoría actual sobre el Liderazgo Transformacional supone relaciones fundamentalmente individuales, en las cuales la influencia del líder se debería a una serie de capacidades personales, las que no están claramente asociadas a los procesos experimentados por el seguidor. De hecho, no se ha presentado evidencia empírica la manera en que el líder ejerce la influencia sobre el seguidor o la relación que podría existir entre el liderazgo y los procesos de ayuda. En función de la información y análisis que se han reportado anteriormente, se presentan las siguientes conclusiones, que deberían aportar en el desarrollo de la teoría complementando y entregando evidencia sobre los puntos anteriores.

#### 5.2.1. El liderazgo de la supervisora afecta el nivel de *burnout* de las subalternas

A partir de la revisión bibliográfica, las opiniones de las participantes y la evidencia estadística de una relación inversamente proporcional entre los puntajes del MLQ y del MBI, se propone que es posible asumir que la frecuencia con que la supervisora realiza acciones asociadas al nivel de funcionamiento Liderazgo Transformacional afectaría el nivel de *burnout* de las enfermeras subalternas. Ahora bien, esta influencia parece ser más evidente para las supervisoras que las subalternas, las que parecen valorar aspectos asociados a la capacidad de la supervisora para obtener recursos y proporcionar protección ante elementos estresantes.

Desde el punto de vista de la observación del contexto, se puede señalar que es probable que la intensidad observada de esta relación no sea mayor debido a que la relación supervisora-subalterna está limitada por las condiciones estructurales del funcionamiento de los hospitales y la falta de recursos, que parece como un tema crítico en ambos hospitales, además de que la relación supervisora-subalterna es sólo uno de los múltiples vínculos en que participan las enfermeras subalternas.

Por otro lado, también es posible proponer que la relación entre *burnout* y liderazgo no necesariamente es unidireccional, de tal modo que enfermeras subalternas con alto nivel de

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

logro percibido, sensación de riqueza en las relaciones y buen ánimo podrían influir en el sentido de facilitar conductas transformacionales en las supervisoras. Esto se explorará en los puntos 5.2.3. y 5.2.4.

### **5.2.2. La influencia de las supervisoras se produciría, fundamentalmente, al afectar las creencias y puntos de vista de las subalternas.**

A partir de los relatos de las subalternas y el proceso descrito por la supervisoras, es posible plantear que, ya sea a través de que la supervisora sea percibida como un modelo de rol, de que influya en las relaciones establecidas entre las subalternas o realice acciones para modificar una creencia o punto de vista específico, el liderazgo implicaría una modificación en las percepciones sobre lo que es probable o deseable y, a través de esto, del estado emocional de la subalterna. Esto sería congruente con las propuestas de Gardner (2005) y Sternberg (2008), además de los modelos de la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991). Adicionalmente proporcionaría apoyo empírico a las propuestas teóricas de Shamir et al. (1993) y Lord et al. (1998), que planteaban como vía de influencia principal la modificación de creencias asociadas a los resultados de las acciones, los vínculos y la identidad.

Una razón por la que posiblemente no se observó un mayor peso de la influencia de la supervisora sobre la identidad de las subalternas, es que los protocolos utilizados para el manejo de problemas por parte de las supervisoras podrían ser clasificados como de nivel transaccional. Es decir, están más orientados a la gestión de desempeños específicos que al traspaso de objetivos y modelos de vida, lo que posiblemente es una de los factores reflejados en los puntajes P obtenidos con la aplicación del DIT, que indican baja consideración por aspectos transideológicos. Por tanto, se propone que la distinción realizada por Westaby (2005) entre valores y razones, en la cual la idea de valor se referiría a creencias y afectos de validez general y la idea de razón a creencias asociadas a situaciones específicas, podría ser útil para discriminar dos tipos de efectos del liderazgo en la motivación. Correspondiendo el primero al Nivel Transformacional y el segundo al Nivel Transaccional. En cualquier caso, esta propuesta deberá ser confirmada por futuras investigaciones.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- 5.2.3. El liderazgo de la supervisora es sólo una de las influencias que recibe la subalterna. Por esto, en la medida que la supervisora ha sido exitosa en la generación de un clima de respeto y camaradería, su liderazgo es potenciado por las influencias de otras subalternas, las que podrían ejercer una influencia de socialización conjunta que podría considerarse comunitaria**

La influencia de las compañeras y otras enfermeras, así como de otras jefaturas y personal staff, sobre las enfermeras subalternas, hacen que el enfoque vertical y centrado en individuos que está a la base del modelo Líder-Seguidor que se utiliza en gran parte de la literatura descrita en el marco teórico, no sea apropiado para describir la relación de liderazgo en la relación supervisora-subalterna de los hospitales observados.

Dadas las situaciones organizacionales de los hospitales en los cuales se realizó la investigación y un marco de relación en el cual los roles verticales supervisora-subalterna se confunden con el de colega o profesional-profesional, de naturaleza horizontal, la influencia de nivel transformacional de las supervisoras pareciera expresarse preferentemente a través del fortalecimiento del clima de respeto y camaradería en su grupo de subalternas, por lo que se propone que el liderazgo en enfermería podría ser considerado un fenómeno comunitario u organizacional, en el cual las influencias no son unidireccionales, si no que bidireccionales y complejas, en el sentido de expresarse de manera integrada. Es más, si bien la evidencia obtenida es limitada, se propone, como una hipótesis de trabajo, que el asumir una perspectiva amplia de análisis en la construcción de los discursos que explican la situación organizacional permitiría que las enfermeras asumieran sus problemas y la carga de trabajo con menor estrés o mayor percepción de control. Esto permitiría establecer una relación entre el liderazgo de nivel organizacional y las acciones políticas de los grupos gremiales.

- 5.2.4. La capacidad de las supervisoras para influir en las subalternas se expresaría a través de tres vías: Servir como modelo; Afectar la relación con otras enfermeras y Aplicar protocolos para disminuir la interferencia emocional, analizando los problemas y acordando acciones correctivas. Los dos primeros tipos de influencia condicionarían el éxito de la aplicación de protocolos para modificar creencias o situaciones específicas.**

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Considerando tanto las opiniones recogidas en las entrevistas como las observaciones hechas en los talleres, es posible plantear que las acciones de la supervisora influenciarían a la subalterna a través de tres vías: Servir como modelo; Afectar la relación con otras enfermeras y Aplicar protocolos para disminuir la interferencia emocional, analizando los problemas y acordando acciones correctivas.

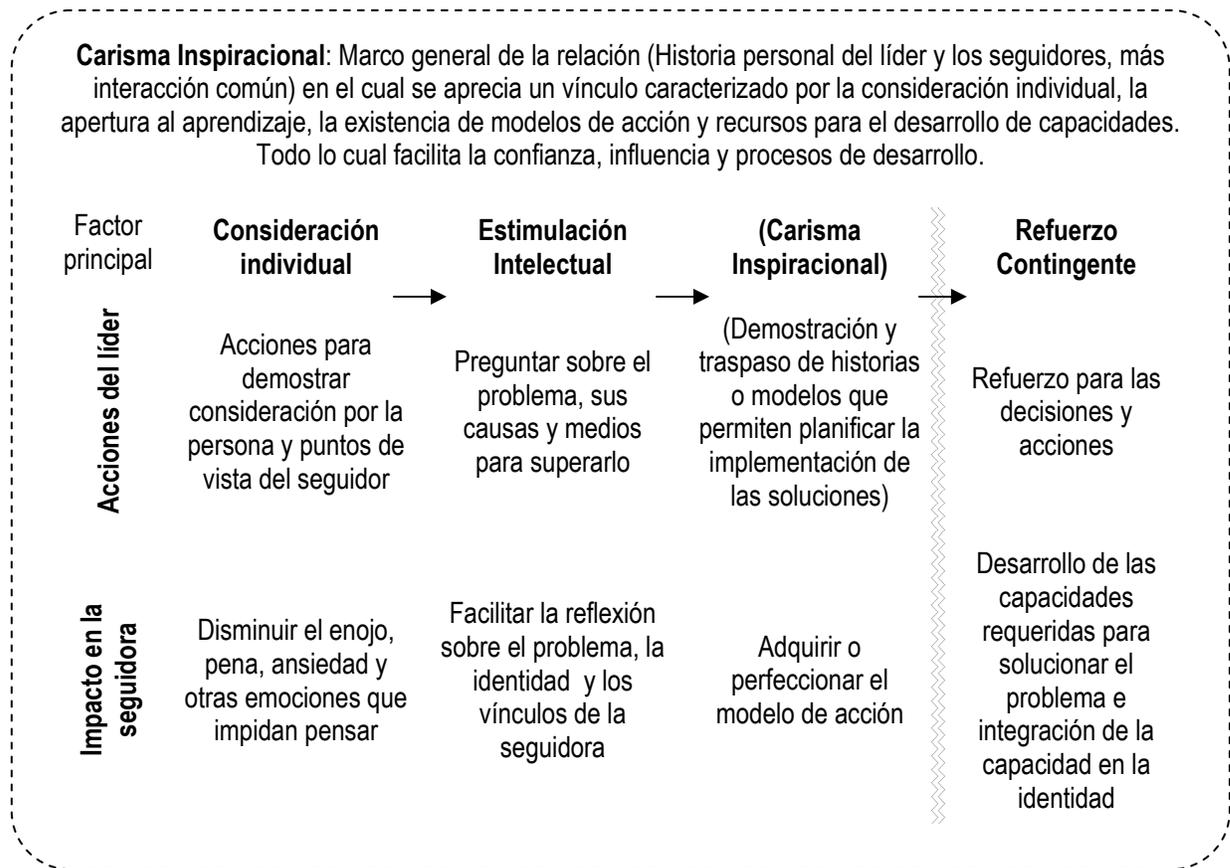
La primera vía de influencia sería el servir como un modelo de rol para que la subalterna adquiriera los valores y capacidades requeridas para influir sobre los pacientes, TPM, auxiliares, compañeras y médicos. Esta vía sería condicionada, positiva o negativamente, por las dos siguientes.

La segunda vía de influencia sería la capacidad de la supervisora para fomentar un espíritu de camaradería en el grupo de enfermeras, fortaleciendo su disciplina y coordinación. Esto afectaría la capacidad del grupo para inducir adecuadamente a las nuevas enfermeras y manejar los problemas de ánimo, comunicación o coordinación ante el cambio y/o con otros profesionales.

Finalmente, la tercera vía de influencia sería la acción directa a través de conversaciones y reuniones, donde la supervisora aplicaría procedimientos para modificar una creencia, emoción o conducta específica de la subalterna. Estos procedimientos tendrían como objetivos de cada etapa el bajar la ansiedad, estimular el análisis de los problemas, la transmisión de historias que sirven como guías de acción y finalmente, el control en los procesos de cambio de hábitos y desarrollo de capacidades. En este sentido, es posible plantear que existen importantes similitudes entre los modelos de liderazgo transformacional y *coaching*. Adicionalmente, también es posible apoyar la agrupación de factores del nivel Liderazgo Transformacional – Constructivo realizada por Turner et al. (2002). Esto debido a que el proceso de apoyo de las supervisoras contempla la supervisión y control de las capacidades de las subalternas.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

Figura 30: Contexto y proceso a través del cual se aplica el liderazgo transformacional



La observación de los protocolos informales que aplican las supervisoras permite proponer una secuencia para elementos que hasta ahora se presentaban como independientes y sin una clara discriminación de su impacto como contexto o acción. Así, en un primer momento y ante la percepción de que una subalterna presenta una falla en el desempeño o un estado emocional disfuncional, la supervisora la invitaría a conversar, ofreciendo un café u otra muestra de Consideración Individual. Esto a fin de que se calme y se pueda conversar sobre el problema, analizado lo ocurrido y buscando acciones correctivas, lo que correspondería a acciones orientadas a la Estimulación Intelectual. Posteriormente, estas acciones son supervisadas y apoyadas, buscando el desarrollo de capacidades sustentables en la subalterna, lo que correspondería a acciones clasificables en la categoría de Refuerzo Contingente. La categoría de Carisma Inspiracional, que integra elementos de las escalas de Influencia Idealizada Atribuida, Influencia Idealizada Conductual y Motivación Inspiracional,

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

aparecería como un marco contextual de la relación, así como en el traspaso de historias o la elección de la supervisora como modelo de rol para la subalterna. La figura 30 muestra un esquema con el contexto y proceso de liderazgo transformacional.

Este esquema presentaría variantes en función de la experiencia de la subalterna, la calidad de la relación supervisora-subalterna o el tipo y gravedad del problema, así como el grado de participación de las compañeras de la enfermera subalterna u otros profesionales y personal paramédico. Sin embargo, su identificación refuerza la idea de que existen distintos niveles de acción en el proceso de liderazgo y que, en el nivel de acciones específicas, sería posible formalizar las prácticas de liderazgo de la supervisoras.

- 5.2.5. El concepto de duelo, definido como un proceso lineal que transcurre desde un estado de adecuación a otro, resultaría poco adecuado para describir los procesos de adecuación de la identidad en un establecimiento en el que coexisten múltiples organizaciones e instituciones que experimentan cambios prolongados de manera paralela.**

Uno de los conceptos explorados al inicio esta investigación fue el de duelo y su relación con el proceso de cambio transformacional. Si bien en la etapa de revisión bibliográfica se llegó a suponer que el duelo, entendido como un proceso individual de ajuste ante la pérdida de un tipo de vínculo e identidad, podría ser un concepto útil para describir el proceso de cambio de identidad y conformación de la comunidad de enfermeras de cada servicio y hospital, en la práctica ni las opiniones recogidas en entrevistas y talleres, ni los resultados cuantitativos contienen evidencia que apoye esta idea. Es más, la observación de múltiples sistemas organizacionales que se describen en un cambio complejo y de larga duración permiten proponer que los procesos de ajuste de la identidad en el cambio de los hospitales debiera describirse más bien como la búsqueda colectiva de relaciones personales como una protección o refugio frente a un ambiente amplio que se percibe como hostil. En este sentido, la conformación de una comunidad de enfermeras, que permite experimentar y reafirmar la identidad personal de sus miembros, es una necesidad y requisito para el mantenimiento de

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

la identidad “enfermera” ante pacientes, familiares, médicos, paramédicos, administradores y otras contrapartes para las cuales “la enfermera” ya no es lo que éstas sienten que son.

Es posible que la misma complejidad del cambio y el peso de la “carga de trabajo” estén limitando la capacidad de las enfermeras supervisoras y subalternas para construir los discursos integradores que posibiliten el mantenimiento de vínculos personalizados entre ellas y con los demás profesionales y contrapartes con las que se relacionan. Esto reafirma la necesidad de un trabajo comunitario y, desde el punto de vista teórico, hace pensar en la necesidad de modelar la manera en que las conversaciones sobre la identidad se relacionan con la construcción de los metadiscursos necesarios para un funcionamiento ético cognitivo de nivel post formal.

Finalmente, en función de lo anterior es posible proponer que el liderazgo tiene efectivamente una función como relación de ayuda, pero que esta relación no se expresaría como un proceso lineal y con roles claramente delimitados, si no que como un fenómeno comunitario y, desde el punto de vista del proceso de cambio de identidad, complejo, en el sentido de involucrar simultáneamente dimensiones profesionales, jerárquicas y de pertenencias grupales, entre otras aspectos que permiten la vinculación formal e informal. Al igual que en los modelos terapéuticos, esto implicaría la necesidad de alcanzar un cierto nivel de confianza o intimidad antes de observar la influencia de las conversaciones o protocolos de ayuda aplicados por las supervisoras, en la identidad y motivación de las subalternas asistidos.

### VI. Limitaciones de la tesis

Esta tesis puede considerarse como el reporte de un proceso de investigación en curso, ya que de hecho en estos momentos se está realizando el levantamiento de datos en otro hospital y se espera continuar con otros, hasta poder evaluar algunas relaciones que, por el tamaño de la muestra presentada, todavía no son evaluables. Ahora bien, a partir de los aprendizajes logrados con las actividades reportadas es posible señalar que las principales debilidades de esta investigación serían las siguientes:

- 6.1 Las técnicas utilizadas no permitieron observar la evolución del proceso ni comprobar empíricamente algunas de las propuestas o supuestos que aparecen en el discurso de las enfermeras participantes. Esto deberá subsanarse a través de diseños experimentales y el seguimiento en el proceso de influencia. En este último tipo de investigaciones es posible proponer, a la luz de la última conclusión planteada, que la duración del proceso puede ser considerablemente mayor a los dos años que generalmente son estimados como duración de un duelo individual.
- 6.2. Los procesos de cambio organizacional tienen una duración y complejidad tal que al parecer siempre existe algún nivel de desequilibrio en los sistemas de roles y la identidad de sus miembros. Esto dificultaría el poder aislar un proceso de duelo organizacional, comunitario o individual de la misma manera que pueden ser observados en casos de pérdida de vínculos familiares, lo que a su vez limitaría la observación de la evolución del nivel ético cognitivo en el discurso organizacional y el funcionamiento de las personas. En el caso de esta tesis, la observación de este proceso y sus relaciones con otros sólo pudieron ser planteadas tentativamente a partir de la revisión bibliográfica, pero no se obtuvo información que pudiera sustentar ninguna propuesta o afirmación.
- 6.3. Las conclusiones han sido obtenidas con la observación de sólo dos hospitales y es posible que los mismos elementos que impidieron el levantamiento de datos en los hospitales que no aceptaron la investigación también pudieran influir en la manera en que se expresan las

## **Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería**

relaciones de influencia. Por este motivo, las conclusiones son sólo tentativas y deberán ser confirmadas o desechadas a medida que continúe la investigación.

- 6.4. La misma experiencia y supuestos del investigador puede haber sesgado las entrevistas. No sólo en generación de las preguntas y análisis, si no que también en los supuestos y sobreentendidos de las enfermeras entrevistadas y que participaron en los talleres, las que pueden haber omitido información que hubieran explicitado si hubieran supuesto que al entrevistador no le era familiar el Sistema de Salud o la profesión de Enfermería. Por esto es necesario observar la eventual diferencia en la información entregada ante distintos investigadores y su posible influencia en las relaciones obtenidas.

### VII. Bibliografía

- Abarca, C. y Puentes, M. (2005) Burnout en *profesionales de enfermería de cuidados intensivos*. Estudio bibliográfico presentado a la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al título profesional de enfermera con Diploma Académico en Enfermería del Adulto. Santiago de Chile.
- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Altun, İ. (2002) Burnout and nurses' personal and professional values. *Nursing Ethics*, 9, 269-278.
- Andersen, S. y Chen, S. (2002) The relational self: An interpersonal social-cognitive theory. *Psychological Review*, 109, 619-645.
- Antonakis, J., Cianciolo, A. y Sternberg, R. Editores (2004) *The nature of leadership*. Thousand Oaks: Sage.
- Apker, J. (2001) Role development in the managed care era: A case of hospital-based nursing. *Journal of Applied Communication Research*, 29, 117-136.
- Apker, J. (2004) Sensemaking of change in the managed care era: a case of hospital-based nurses. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 211-227.
- Aron, A; Paris, M; y Aron, E. (1995) Falling in love: prospective studies of self-concept change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1102-1112.
- Aron, A; Aron, E; Tudor, M; y Nelson, G. (1991) Close relationships as including other in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 241-253.
- Ascorra, P. (2003) *La organización como sistema discursivo: Un análisis de caso en una universidad chilena*. Tesis doctoral, Escuela de Psicología de la Universidad de Chile. Santiago.
- Auvinen, J., Souminen, T., Leino-Kilpi, H. y Helkama, K. (2004) The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*, 24, 538-546.
- Babrow, A. (1992) Communication and problematic integration: Understanding diverging probability and value, ambiguity, ambivalence, and impossibility. *Communication Theory*, 2, 95-130.
- Bakker, A., Le Blanc, P. y Schaufeli, W. (2005) Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Barbier, J-M., Bourgeois, E., de Villers, G. y Kaddouri, M. Editores (2006) *Constructions identitaires et mobilisations des sujets en formation*. Paris: L'Harmattan.
- Barning, J., Weber, T. y Kelloway, E. (1996) Effects of transformational leadership training on attitudinal and financial outcomes: A field experiment. *Journal of Applied Psychology*, 81, 827-832.
- Bass, B. (1996) From transactional to transformational leadership, learning to share the vision. En Steers, R., Porter, L. y Bigley, G. (Editores) *Motivation and leadership at work*. US: McGraw-Hill.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Bass, B., Avolio, B., Jung, D. y Berson, Y. (2003) Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88, 207-218
- Bass, B. y Riggio, R. (2006) *Transformational leadership*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bass, B. y Steidlmeier, P. (1999) Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *The Leadership Quarterly*, 10. 181-217.
- Bauer, J. y McAdams, D. (2004) Personal growth in adults' stories about life transitions. *Journal of Personality*, 72, 573-602.
- Bean, C. y Hamilton, F. (2006) Leader framing and follower sensemaking: response to downsizing in the brave new workplace. *Human Relations*, 59, 321-349.
- Becker, H. (2003) Moral entrepreneurs: The creation and enforcement of deviant categories. En Kelly, D. y Clarke, E. (Ed.) *Deviant behavior*. New York: Worth Publishers
- Beckstead, J. (2002) Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 785-792.
- Bellack, J., Morjikian, R., Barger, S. et al. (2001) Developing BSN leaders for the future: The Fuld leadership initiative for nursing education (LINE). *Journal of Professional Nursing*, 17, 23-32.
- Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N. y Tarule, J. (1997) *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Benefiel, M. (2005) The second half of the journey: Spiritual leadership for organizational transformation. *Leadership Quarterly*, 16, 723-747.
- Bennis, W. (2004) The seven ages of the leader. *Harvard Business Review*, 82, 46-53.
- Bennis, W. (1993) *An invented life. Reflections on leadership and change*. US: Addison Wesley.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berglas, S. (2002) The very real dangers of executive coaching. *Harvard Business Review*, (June), 86-92.
- Blake, R. y Mouton, J. (1973) *El modelo de cuadro organizacional "Grid"*. Reading: Fondo Educativo Interamericano.
- Bobillier, M.E. (2003) Évolutions techniques et mutations du travail: Émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le Travail Humain*, 66, 163-194.
- Bolino, M. y Turnley, W. (2003) Going the extra mile: Cultivating and managing employee citizenship behavior. *Academy of Management Executive*, 17, 60-71.
- Boumard, P., Lapassade, G. y Lobrot, M. (2006) *Le mithe de l'identité*. Paris : Antropos.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss. Volume III: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Brouseau, K., Driver, M., Hourihan, G. y Larsson, R. (2006) The seasoned executive's decision-making style. *Harvard Business Review* (February), 110-121.
- Brown, A. y Humphreys, M. (2003) Epic and tragic tales, making sense of changing. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39, 121-144.
- Brown, D. y Keeping, L. (2005) Elaborating the construct of transformational leadership: The role of affects. *The Leadership Quarterly*, 16, 245-272.
- Bryant, M. y Cox, J. (2004) Conversion stories as shifting narratives of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 578-592.
- Burns, J.M. (1978) *Leadership*. New York: Harper Colophon Books.
- Bycio, P., Hackett, R. y Allen, J. (1995) Further assessment of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 80, 468-478.
- Byrne, B. (2002) Validating the measurement and structure of self-concept: Snapshots of past, present, and future research. *American Psychologist*, (November), 897-909.
- Calpin-Davies, P. (2003) Management and leadership: A dual role of nursing education. *Nurse Education Today*, 23, 3-10.
- Campbell, J. (1990) Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.
- Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavalley, L. y Lehman, D. (1996) Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156.
- Carpendale, J. (2000) Kohlberg and Piaget on stages and moral reasoning. *Developmental Review*, 20, 181-205.
- Cartwright, S. y Holmes, N. (2006) The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Human Resources Management Review*, 16, 181-198.
- Castro, A. (2005) *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares. Motivación, valores y liderazgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cha, S. y Edmonson, A. (2006) When values backfire: Leadership, attribution, and disenchantment in a values-driven organization. *The Leadership Quarterly*, 17, 57-78.
- Chakraborty, S. y Chakraborty, D. (2004) The transformed leader and spiritual psychology: A few insights. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 194-210.
- Chan, K. y Drasgow, F. (2001) Toward a theory of individual differences and leadership: Understanding the motivation to lead. *Journal of Applied Psychology*, 86, 481-498.
- Chickering, A. y Reisser, L. (1993) *Education and identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cobbs, A., Stephens, C. y Watson, G. (2001) Beyond structure: The role of social accounts in implementing ideal control. *Human Relations*, 54, 1123-1153.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Cohn, K., Algeo, S., Stackpoole, K. y Bowkley, C. (2005) Overcoming abrasive interfaces: Implications for nurses in "leadership" positions. *Nurse Leader*, 3, 53-56.
- Connelly, S., Helton-Fauth, W. y Mumford, M. (2004) A managerial in-basket study of the impact of trait emotions on ethical choice. *Journal of Business Ethics*, 51, 245-267.
- Collins, J. (2001). Level 5 leadership: The triumph of humility and fierce resolve. *Harvard Business Review*, 79, 67-76.
- Collison, D. (2005) Dialectics of leadership. *Human Relations*, 58, 1419-1442.
- Conway, M. y Pleydell-Pearce, C. (2000) The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Conway, M. y Holmes, A. (2004) Psychosocial stages and the accessibility of autobiographical memories across the life cycle. *Journal of Personality*, 72, 461-480.
- Covarrubias, E. (2003). Sistemas de duelo y depresión. En Retamal, P. (Editor) *Depresión, clínica y terapéutica*, Santiago: Mediterráneo.
- Crain, W. (1985) *Theories of development*. Prentice Hall. Disponible en: <http://faculty.plts.edu/gpence/html/kohlberg.htm>.
- Cross, S; Morris, M; y Gore, J. (2002) Thinking about oneself and others: The relational-interdependent self-construal and social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82, 399-418.
- Currie, G. y Brown, A. (2003) A narratological approach to understanding processes of organizing in a UK hospital. *Human Relations*, 56, 563-586.
- Day, D. y Harrison, M. (2007) A multilevel, identity-based approach to leadership development. *Human Resource Management Review*, 17, 360-373.
- Dawson, P. y Buchaman, D. (2005) The way it *really* happened: Competing narratives in the political process of technological change. *Human Relations*, 58, 845-865.
- De Cremer, D., van Knippenberg, B., van Knippenberg, D., Mullenders, D. y Stinglhamber, F. (2005) Rewarding leadership and fair procedures as determinants of self-esteem. *Journal of Applied Psychology*, 90, 3-12.
- De Groot, H. (2005) Evidence-based leadership: Nursing's new mandate. *Nurse Leader*, 3, 37-41.
- Denis, J., Lamothe, L. y Langley, A. (2001) The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44. 809-837.
- Deveraux, G. (1994) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI Editores.
- Dirk, K. y Ferrin, D. (2002) Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611-628.
- Dirkx, J. (2001) *The power of feelings: Emotion, imagination, and the construction of meaning in adult learning*. En Merriam, S. (Editor) *The new update on adult learning theory*. San Francisco: Jossey-Bass.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. y Sanavio, E. (2003) Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18, 677-684.
- Driver, M. (2005) From empty to full speech? Reconceptualizing spirituality in organizations based on a psychoanalytic-grounded understanding of the self. *Human Relations*, 58, 1091-1110.
- Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. y Shamir, B. (2002) Impact of transformational leadership of followers development and performance: A field experiment. *Academy of Management Journal*, 45, 735-744.
- Dvir, T., Kass, N. y Shamir, B. (2004) The emotional bond: Vision and organizational commitment among high tech employees. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 126-143.
- Dvir, T. y Shamir, B. (2003) Follower development characteristics as predicting transformational leadership. A longitudinal field study. *The Leadership Quarterly*, 14, 327-334.
- Eagly, A. y Johannesen-Schmidt, M. (2001) The leadership styles of women and men. *Journal of Social Issues*, 57, 781-797.
- Eagly, A. y Johannesen-Schmidt, M. y van Engen, M. (2003) Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men. *Psychological Bulletin*, 129, 569-591.
- Eilam, G. y Shamir, B. (2005) Organizational change and self-concept threats. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41, 399-421.
- Egan, G. (1982) *The skilled helper. Models, skills, and methods for effective helping*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Ehrhart, M. (2004) Leadership and procedural justice climate as antecedents of unit-level organizational citizenship behavior. *Personnel Psychology*, 57, 61-94.
- Eid, M. y Diener, E. (2001) Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter – and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 869-885.
- Ekstedt, M. y Fagerberg, I. (2005) Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 59-67.
- El-Sawad, A., Arnold, J. y Cohen, L. (2004) 'Doublethink': The prevalence and function of contradiction in accounts of organizational life. *Human Relations*, 57, 1179-1203.
- Elenkov, D. (2002) Effects of leadership on organizational performance in Russian companies. *Journal of Business Research*, 55, 467-480.
- Epitropaki, O. y Martin, R. (2004) Implicit leadership theories in applied setting: Factor structure, generalizability, and stability over time. *Journal of Applied Psychology*, 89, 293-310.
- Epitropaki, O. y Martin, R. (2005) From ideal to real: a longitudinal study of the role of implicit leadership theories on leader-member exchanges and employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 90, 659-676.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Erickson, E. (1994) *Un modo de ver las cosas. Escritos selectos de 1930 a 1980*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Evans, N., Forney, D. y Guido-DiBrito, F. (1998) *Student development in college. Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Evans, P. y Wurster, T. (2000). *Blown to bits. How the new economics of information transforms strategy*. Boston: Harvard Business School Press.
- Faithfull, S. y Hunt, G. (2005) Exploring nursing values in the development of a nurse-led service. *Nursing Ethics*, 12, 440-452.
- Feixas, G. y Miró, M. (2004) *Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos*. 13ª Edición. Barcelona: Paidós.
- Ferro, M. (1995) *Cómo se cuenta la historia a los niños en el mundo entero*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Feyerabend, P. (1991) *Diálogos sobre el conocimiento*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Feyerabend, P. (2000) *Tratado contra el método*. Madrid: Tecnos.
- Finkelstein, K. y Romero, M. (2004) *Síndrome de burnout en voluntarios que trabajan con personas con VIH/SIDA*. Tesis presentada a la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar la grado académico de licenciado y la título profesional de enfermera-matrona. Santiago.
- Fiol, C. Harris, D. y House, R. (1999) *Charismatic leadership: strategies for effecting social change*. Artículo en Internet: [http://leadership.wharton.upenn.edu/l\\_change/publications/House/Charismatic%20Leadership%20-%20House%20.doc](http://leadership.wharton.upenn.edu/l_change/publications/House/Charismatic%20Leadership%20-%20House%20.doc)
- Fiol, C., O'Connors, E. y Aguinis, H. (2001) All for one and one for all? The development and transfer of power across organizational levels. *Academy of Management Review*, 26, 224-242.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flesner, M., Scott-Cawiezell, J. y Rantz, M. (2005) Preparation of nurse leaders in the 21<sup>st</sup> century workplace. *Nurse Leader*, 3, 37-40.
- Forcehimes, A. (2004) *De profundis: Spiritual transformations in Alcoholics Anonymus*. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 503-517.
- Fredén, L. (1986) *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freeman, M. (2001) Linking self and social structure, A psychological perspective on social identity in Sri Lanka. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 291-308.
- Freud, S. (1996) Duelo y melancolía, en *Obras Completas*. Pág. 2091-2100. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. Este ensayo fue publicado originalmente en 1917.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Freudenberger, H. (1989) Burnout: Past, present, and future concerns. En Wessells, D. T. et al. (Editores) *Professional burnout in medicine and the helping professions*. New York: The Haworth Press.
- Fry, S., Harvey, R., Hurley, A. y Foley, B. (2002) Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*, 9, 373-387.
- Fullerton, C. (2003) Epidemiología de los trastornos del animo en Chile y Latinoamérica. En Retamal, P. (Editor) *Depresión, clínica y terapéutica*, Santiago: Mediterráneo.
- Gabriel, S. y Gardner, W. (1999) Are there 'his' and 'hers' types of interdependence? The implications of gender differences in collective versus relational interdependence for affect, behaviour, and cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 642-655.
- Gadner, H. (2006) *Changing minds. The art and science of changing our own and other people's minds*. Boston: Harvard Business School Press.
- García, M., Meza, P. y Palma, M. (1999) *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río*. Tesis presentada como parte de los requisitos para obtener el grado de licenciado en enfermería. Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gardner, W. y Avolio, B. (1998) The charismatic relationship: A dramaturgical perspective. *Academy of Management Review*, 23, 32-58.
- Gaudine, A. y Thorne, L. (2001) Emotions and ethical decision-making in organizations. *Journal of Business Ethics*, 31, 175-187.
- Gerth, H. y Mills, C.W. (1953) *Character and social structure. The psychology of social institutions*. New York: HBJ Books.
- Gibbs, J. (2003) *Moral development y reality. Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Gibson, D. (2003) Developing the professional self-concept: Role model construal in early, middle, and late career stages. *Organization Science*, 14, 591-610.
- Gil-Monte, P. (2003) El síndrome de quemarse en el trabajo (Síndrome de *burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Electronica InterAção Psy*, 1, 19-33
- Gioia, D. y Chittipeddi, K. (1991) Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 433-448.
- González, P. (2005) *Síndrome de burnout en enfermería*. Estudio bibliográfico presentado a la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al título profesional de enfermera. Santiago de Chile
- Graham, I. y Partlow, C. (2004) Introducing and developing nurse leadership through a learning set approach. *Nurse Education Today*, 24, 459-465.
- Greene, J. y Haidt, J. (2002) How (and where) does moral judgment work? *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 517-523.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Greene, J., Nystrom, L., Engell, A., Darley, J. y Cohen, J. (2004) The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 44, 389-400.
- Grint, K. (2005) Problems, problems, problems: the social construction of leadership. *Human Relations*, 58, 1467-1494.
- Grove, B. y Halcartergaray, M. (1984) *Adaptación y evaluación de la prueba de desarrollo del juicio moral de James Rest*. Tesis desarrollada como parte de los requisitos para la obtención del título de psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hackman, J. y Wageman, R. (2005) A theory of team coaching. *Academy of Management Review*, 30, 269-287.
- Hagman, G. (2001) Beyond decahexis: Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. En Neimeyer, R. Editor: *Meaning reconstruction y the experience of loss*. Washington: American Psychological Association.
- Haidt, J. (2001) The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834.
- Halbesleben, J. y Demerouti, A. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work y Stress*, 19, 208-220.
- Hall, R. (1996) *Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados*. México: Prentice Hall.
- Hamlin, R., Ellinger, A. y Beattie, R. (2006) Coaching at the heart of managerial effectiveness: A cross-cultural study of managerial behaviors. *Human Resources Development International*, 9, 305-331.
- Hamlin, R., Ellinger, A. y Beattie, R. (2008) The emergent "coaching industry". A wake-up call for HRD professionals. *Human Resources Development International*, 11, 287-305.
- Hendel, T. y Gefen-Liban, D. (2003) Getting ready for the future: Assessing and promoting graduate students' organizational values. *Nurse Education Today*, 23, 482-491.
- Herscovitch, L. y Meyer, J. (2002) Commitment to organizational change: Extension to a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87, 474-487.
- Herrbach, O. (2005) États affectifs et formes d'engagement. Analyse et conséquences pour le concept d'engagement organisationnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11, 135-150.
- Hersey, P., Blanchard, K. y Johnson, D. (1998) *Administración del comportamiento organizacional. Liderazgo situacional*. México: Prentice Hall.
- Herzlich, C. (1975) La representación social. En Moscovici, S. (Editor) *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Planeta. Páginas 389-418.
- Hoffman, M. (2000) *Empathy and moral development, implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hofmann, D. y Jones, L. (2005) Leadership, collective personality, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 90, 509-522.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Hoggett, P. (2006) Conflict, ambivalence, and the contested purpose of public organizations. *Human Relations*, 59, 175-194.
- Hong, Y., Chan, G., Chiu, Ch., Wong, R., Hansen, I., Lee, S., Tong, Y. y Fu, H. (2003) How are social identities linked to self-conception and intergroup orientation? The moderating effects of implicit theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1147-1160.
- House, R. (1971) A path goal theory of leader effectiveness, *Administrative Science Quarterly*, 16, 321-339
- House, R., Spangler, W. y Woycke, J. (1991) Personality and charisma in the U.S. presidency: A psychological theory of leader effectiveness, *Administrative Science Quarterly*, 36, 364-396.
- Howell, J. y Shamir, B. (2005) The role of followers in the charismatic leadership process: relationship and their consequences. *Academy of Management Review*, 30, 96-112..
- Hunt, J. (2000) Organizational leadership and shame. Presentación en el Symposium del año 2000 de The International Society for the Psychoanalytic Study of Organizations. Citado en espera del permiso del autor.
- Hyrkäs, K. (2005) Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 531-556.
- Jabri, M. (2004) Change as shifting identities: A dialogic perspective. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 566-577.
- Jago, A. y Vroom, V. (1980) An evaluation of two alternatives to the Vroom/Yetton normative model. *Academy of Management Journal*, 23, 347-355.
- James, W. (2002) *The meaning of truth*. New York; Dover Publications. Originalmente publicado en 1909.
- Jiménez, J. (2003) Psico(pato)logía y etiopatogenia de la depresión. En Retamal, P. (Editor) *Depresión, clínica y terapéutica*, Santiago: Mediterráneo.
- Jodelet, D. (1993) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Editor) *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Jonhson, K. (2003) "Every experience is a moving force": Identity and growth trough mentoring. *Teaching and Teacher Education*, 19, 787-800.
- Jones, T. (1991) Ethical decision making by individuals in organizations: An issue-contingent model. *Academy of Management Review*, 16, 366-395.
- Judge, T., Bono, J., Ilies, R. y Gerhardt, M. (2002) Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765-780.
- Judge, T. y Piccolo, R. (2004) Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755-768.
- Kaës, R. et al. (2001) *La institución y las instituciones*. Buenos Aires, Paidós.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Kan, M. y Perry, K. (2004) Identifying paradox: A grounded theory of leadership in overcoming resistance to change. *The Leadership Quarterly*, 15, 467-491.
- Katz, J. y Beach, S. (2000) Looking for love? Self-verification and self-enhancement effects on initial romantic attraction. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26, 1526-1539.
- Kark, R. (2004) The transformational leader: Who is (s)he? A feminist perspective. *Journal of Organizational Change Management*, 1, 160-176.
- Kark, R., y Shamir, B. (2002). The dual effect of transformational leadership: Priming relational and collective selves and further effects on followers. En B. J. Avolio y F. J. Yammarino (Eds.), *Transformational and Charismatic Leadership: The Road Ahead*, Vol. 2, pp. 67-91. Amsterdam: Elsevier Science.
- Kark, R., Shamir, B. y Chen, G. (2003) The two faces of transformational leadership: Empowerment and dependency. *Journal of Applied Psychology*, 88, 246-255.
- Keble, L. (1986) Ethical decision making in organizations: A person-situation interactionist model. *Academy of Management Review*, 11, 601-617.
- Keble, L., Brown, M. y Pincus, L. (2003) A qualitative investigation of perceived executive ethical leadership: perceptions from inside and outside the executive suite. *Human Relations*, 56, 5-37.
- Kegan, R. (1982) *The evolving self*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kegan, R (1994) *In over our heads*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kegan, R. y Lahey, L. (2001a) *How the way we talk can change the way we work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kegan, R. y Lahey, L. (2001b) The real reason people won't change. *Harvard Business Review*, (November), 84-92.
- Kennedy, B. (2005) Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 381-382.
- Kernberg, O. (1999). *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Khoo, H. y Burch, G. (2008) The "dark side" of leadership personality and transformational leadership: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 44. 86-97.
- Kim, Y., Park, J., Son, Y. y Han, S. (2004) A longitudinal study of the development of moral judgment in Korean nursing students. *Nursing Ethics*, 11, 254-265.
- Knodel, L. (2004) Sharing a mentor. What leadership is about. *Nurse Leader*, 2, 50-52.
- Kotler, P., Jatusripitak, S. y Maesincee, S (1998) *El marketing de las naciones*. Barcelona: Paidós.
- Krause, M. (2005) *Psicoterapia y cambio, una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Kreiner, G., Hollensbe, E. y Sheep, M. (2006) On the edge of identity: Boundary dynamics at the interface of individual and organizational identities. *Human Relations*, 59, 1315-1341.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work y Stress*, 19, 192-207.
- Lauer, R. y Handel, W. Editores (1983) *Social psychology: The theory and application of symbolic interactionism*. 2da edición. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Lersch, P. (1971) *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia. Publicado originalmente en 1938.
- Lim, B. y Ployhart, R. (2004) Transformational leadership: Relations to the five-factor model and team performance in typical and maximum contexts. *Journal of Applied Psychology*, 89, 610-621.
- Linville, P. y Carlston, D. (1994) Social cognition of the self. En Devine, P., Hamilton, D. y Ostrom, T. (Editores) *Social cognition: Impact on social psychology*. New York: Academic Press.
- Longenecker, C. y Neubert, M. (2005) The practices of effective managerial coaches. *Business Horizons*, 48, 493-500.
- Lord, R., Brown, D. y Freiberg, S. (1999) Understanding the dynamics of leadership: The role of follower self-concept in the leader/follower relationship. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 78, 167-203.
- Lord, R. y Hall, R. (2005) Identity, deep structure and the development of leadership skill. *The Leadership Quarterly*, 16, 591-615.
- Lowell, C. (1999) Empathic-cognitive development in student of counseling. *Journal of Adult Development*, 6, 195-203.
- Lozeau, D., Langley, A. y Denis, J. (2002) The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55, 537-564.
- Ludeman K. y Erlandson, E. (2004) Coaching the alpha male. *Harvard Business Review*, (May), 58-67.
- Maccoby, M. (2004) Narcissistic leaders. The incredible pros, the inevitable cons. *Harvard Business Review*, (January), 92-101.
- Mackie, K., Holadan, C. y Gottlieb, N. (2001) Employee involvement management practices, work stress, and depression in employees of a human services residential care facility. *Human Relations*, 54, 1065-1092.
- Mahoney, A. y Pargament, K. (2004) Sacred Changes: Spiritual conversion and transformation. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 481-492.
- Manville, B. y Ober, J. (2003) Beyond empowerment: Building a company of citizens. *Harvard Business Review*, (January), 48-53.
- Marnburg, E. (2001) The questionable use of moral development theory in studies of business ethics: Discussion and empirical findings. *Journal of Business Ethics*, 32, 275-283.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Maruco, M., Gil-Monte, P. y Flamenco, E. (2007) Síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y El CESQT. *Informació Psicológica*, N°91-92, 32-42.
- Maslach, C. (2003) *Burnout, the cost of caring*. Cambridge: Malor Books.
- Maslach, C. y Leiter, M. (1997) *The truth about burnout, how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McCauley, C., Drath, W., Palus, C., O'Connors, P. y Baker, B. (2006) The use of constructive-developmental theory to advance the understanding of leadership. *The Leadership Quarterly*, 17, 634-653.
- McConnell, E. (1982) *Burnout in the nursing profession*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- McClelland, D. y Boyatzis, R. (1982) Leadership motive pattern and long-term success in management. *Journal of Applied Psychology*, 67, 737-743.
- McElfatrick, S., Carson, J., Annett, J., Cooper, G., Holloway, F. y Kuipers, E. (2000) Assessing coping skills in mental health nurses: Is an occupation specific measure better than a generic coping skills scale? *Personality and Individual Differences*, 28, 965-976.
- McGee, E. (2006) The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 43-57.
- McNeese-Smith, D. (1999) The relationship between managerial motivation, leadership, nurse outcomes, and patient satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 243-259.
- Mensiez, I. (1994) El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad, Informe de un estudio del Servicio de Enfermeras de un hospital general. En Mensiez y Jaques, E.: *Defensa contra la ansiedad. Rol de los sistemas sociales*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Mezirow, J. (2000) *Learning as transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Milton, C. (2004) The ethics of personal integrity in leadership and mentorship: A nursing theoretical perspective. *Nursing Science Quarterly*, 17, 116-120.
- Mintzberg, H (1992) *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Moore, W. (2003) Understanding learning in a postmodern world: Reconsidering the Perry scheme of intellectual and ethical development. *Borrador provisto por el autor*.
- Morgan, L., Dutton, J., Spreitzer, G., Heaphy, E. y Quinn, R. (2005) Composing the reflected best-self portrait: Building pathways for becoming extraordinary in work organizations. *Academy of Management Review*, 30, 712-736.
- Morgenson, F. (2005) The external leadership of self-managing teams: Intervening in the context of novel and disruptive events. *Journal of Applied Psychology*, 90, 495-508.
- Morris, J., Brotheridge, C. y Urbanski, C. (2005) Bringing humility to leadership: Antecedents and consequences of humility. *Human Relations*, 58, 1323-1350.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Natale, S. y Diamante, T. (2005) The five stages of executive coaching: better process makes better practice. *Journal of Business Ethics*, 59, 361-374.
- Neimeyer, R. Editor (2001) *Meaning reconstruction y the experience of loss*. Washington: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. (1998) Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Editores) *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Nichols, S. y Mallon, R. (2005) Moral dilemmas and moral rules. *Cognition*, 20, 1-13.
- Niedenthal, P., Halberstadt, J. y Innes-Ker, Å. (1999) Emotional response categorization. *Psychological Review*, 106, 337-361.
- Naus, F., van Iterson, A. y Roe, R. (2007) Organizational cynicism: Extending the exit, voice, loyalty, and neglect model of employees' responses to adverse conditions in the workplace. *Human Relations*, 60, 683-718.
- O'Mahen, H; Beach, S; y Tesser, A. (2000) Relationship ecology and negative communication in romantic relationships: a self-evaluation maintenance perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1343-1352.
- Ordenes, N. (2004) Prevalencia de *burnout* en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*, 75. 449-454.
- Parada, M., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F., Cerrada, J. y Rivas, F. (2005) Satisfacción laboral y síndrome de *burnout* en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23. 33-45.
- Pasupathi, M. (2001) The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychological Bulletin*, 127, 651-672
- Pasupathi, M., Mansour, E., Brubaker, J. (2007) Developing a life story: Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 50. 85-110.
- Pawar, B. y Eastman, K. (1997) The nature and implications of contextual influences on transformational leadership: A conceptual examination. *Academy of Management Journal*. 22, 80-109.
- Pelechano, V. (1996) *Psicología de la personalidad I. Teorías*. Barcelona: Ariel.
- Penny, W. G. (1981) Cognitive and ethical growth: The making of meaning. En Chikering, A. (Ed) *The modern American college*. New-York: Jossey-Bass.
- Perlz, F. (1977) *Dentro y fuera del tarro de la basura*: Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Perry, W. (1999) *Forms of ethical and intellectual development in the college years, a scheme*. San Francisco: Jossey-Bass. Aparecido originalmente en 1968.
- Piaget, J. (1989) *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Critica. Publicado originalmente en 1948.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Piko, B. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychological health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Pillai, R. y Williams, E. (2004) Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 144-159.
- Ponce, C. (2001) *Burnout y estrategias de afrontamiento en profesores del Segundo ciclo de enseñanza básica de los establecimientos municipales de la comuna de San Joaquín*. Tesis para optar al grado académico de magíster en psicología, mención educacional. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.
- Pratt, M., Rockmann, K. y Kaufmann, J. (2006) Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49, 235-262.
- Pucheu, J. (1992) *Uso de los estilos de manejo de conflicto y supervisión, por parte de supervisores paramédicos, en relación con sus subordinados de nivel profesional*. Tesis presentada como parte de los requisitos para la obtención del título de psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Pucheu, J. (1998) Ideas sobre los efectos psicológicos de los procesos de modernización. *Revista Chilena de Psicología*, 19, 49-56.
- Pucheu, J. (2007) Identidad de la enfermería y el tipo de liderazgo requerido por el sector salud en Chile. *Horizonte de Enfermería*, 18, 23-50
- Quintana, C. (2005) *Estudio descriptivo y comprensivo de las fuentes de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave*. Tesis presentada como parte de los requisitos para obtener el grado de magíster en psicología clínica. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Quintanilla, M (2004) Prevalencia del síndrome de *burnout* en las enfermeras de la Unidad de paciente Crítico de Hospital del Trabajador Santiago de Chile y una propuesta de intervención. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 19. 33-38.
- Rando, T. (1991) *How to go on living when someone you love dies*. New York: Bantam.
- Rank, O. (1991) *El mito del nacimiento del héroe*, Barcelona: Paidós.
- Reave, L. (2005) Spiritual values and practices related to leadership effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 16, 655-687.
- Reeves, K. (2004) Nurses nurturing nurses. A mentoring program. *Nurse Leader*, 2, 47-53.
- Reicher, S., Haslam, A. y Hopkins, N. (2005) Social identity and the dynamics of leadership: leaders and followers as collaborative agents in the transformation of social reality. *The Leadership Quarterly*, 16, 547-568.
- Retamal, P. Editor (2003) *Depresión, clínica y terapéutica*, Santiago: Mediterráneo.
- Retamales, C. (2008) *Liderazgo y burnout en enfermeras de un hospital de la Región Metropolitana: Un estudio correlacional*. Tesis presentada como parte de los requisitos para obtener el grado de licenciado en psicología y el título profesional de psicólogo. Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Robbins, S. (1998) *Comportamiento organizacional*, octava edición. México: Prentice Hall.
- Robertson, Q. (2006) Justice in teams: The activation and role of sensemaking in the emergence of justice climates. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 100, 177-192.
- Robertson, Q. y Stevens, C. (2006) Making sense of diversity in the workplace: organizational justice and language abstraction in employees' accounts of diversity-related incidents. *Journal of Applied Psychology*, 91, 379-391.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000) *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*. Santiago: CEPAL.
- Rogers, C. (1961) *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rooke, D. y Torbert, W. (2005) Seven transformations of leadership. *Harvard Business Review*, 83 (April), Reprint R0504D.
- Rothbart, M. y Park, B. (1986) On the confirmability and disconfirmability of trait concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 137-142.
- Rozas, G. (2000) *Estudio descriptivo de los factores protectores en relación al burnout, en personas que trabajan en unidades de oncología infantil de dos hospitales de la región metropolitana*. Tesis presentada como parte de los requisitos para obtener el grado de magíster en psicología clínica. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Russell, J. (2003) Core affects and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172.
- Sashkin, M. (2004) Transformational leadership approaches. En Antonakis, J., Cianciolo, A. y Sternberg, R. Editores *The nature of leadership*. Thousand Oaks: Sage
- Scandura, T. y Schriesheim, C. (1994) Leader-member exchange and supervisor career mentoring as complementary constructs in leadership research. *Academy of Management Journal*, 6, 1588-1602.
- Schachter, E. (2004) Identity configurations: A new perspective on identity formation in contemporary society. *Journal of Personality*, 72, 167-199.
- Schaefer, J. y Moos, R. (2002) Bereavement experiences and personal growth. En Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. y Schut, H. (Editores) *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association.
- Schmitz, N., Neumann, W. y Oppermann, R. (2000) Stress, burnout and locus de control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Schvarstein, L. (2002) *Psicología social de las organizaciones, nuevos aportes*. Buenos Aires: Paidós.
- Sennett, R. (2001) *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Shamir, B. y Eilam, G. (2005) "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16, 343-372
- Shamir, B., House, R. y Arthur, M. (1993) The motivational effects of charismatic leadership: a self-concept based theory. *Organization Science*, 4, 577-594.
- Shamir, B., Zakay, E., Breinin, E. y Popper, M. (1998) Correlate of charismatic leader behavior in military units: Subordinates' attitudes, unit characteristics, and superior appraisals of leader performance. *Academy of Management Journal*, 41, 387-409.
- Shea, J. (2003) The adult self: Process and paradox. *Journal of Adult Development*, 10, 23-30.
- Sheridan, J. y Vredenburg, D. (1978) Predicting leadership behavior in a hospital organization. *Academy of Management Journal*, 21, 679-689.
- Sheridan, J. y Vredenburg, D. (1979) Structural model of leadership influence in a hospital organization. *Academy of Management Journal*, 22, 6-21.
- Sheridan, J. y Vredenburg, D. y Abelson, M (1984) Contextual model of leadership influence in hospital units, *Academy of Management Journal*, 27, 57-78.
- Shimomitsu, T., Ohya, Y. y Odagiri, Y. (2003) Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 150.
- Shin, S. y Zhou, J. (2003) Transformational leadership, conservation, and creativity: Evidence from Korea. *Academy of Management Journal*, 46, 703-714.
- Simon, S. y Eby, L. (2003) A typology of negative mentoring experiences: A multidimensional scaling study. *Human Relations*, 56, 1083-1106.
- Sisternas, X. (1999) Los recursos humanos en las administraciones públicas: Un enfoque de gestión. En Losada i Marrodán, C. (Editor) *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Smith, E. (1994) Social cognition. Contributions to attribution theory and research. En Devine, P., Hamilton, D. y Ostrom, T. *Social cognition: Impact on social psychology*. 77- 108. Boston, Academic Press.
- Snyder, N. y Graves, M. (1994) Leadership and vision. *Business Horizons*, 37, 1-7.
- Sosik, J. y Godshalk, V. (2000) Leadership styles, mentoring functions received, and job-related stress: A conceptual model and preliminary study. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 365-390.
- Sørensen, J. (2002) The strength of corporate culture and the reliability of firm performance. *Administrative Science Quarterly*, 47, 70-91.
- Sorenson, G. (2000) An intellectual history of leadership studies. Conferencia presentada originalmente en la Conferencia Anual de la Asociación Americana de Ciencias Políticas. Washington, 31 de agosto al 3 de septiembre. Disponible en [www.academy.umd.edu/publications/presidential\\_leadership/sorenson\\_apsa.htm](http://www.academy.umd.edu/publications/presidential_leadership/sorenson_apsa.htm).
- Sparrowe, R. (2005) Authentic leadership and the narrative of the self. *The Leadership Quarterly*, 16, 419-439.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Stevens, J. (1976) *El darse cuenta*. Santiago: Cuatro Vientos Editorial.
- Sternberg, R. (2008) The WICS approach to leadership: Stories of leadership and the structures and processes that support them. *The Leadership Quarterly*, 19, 360-371.
- Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. y Schut, H. (2002) Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. En Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. y Schut, H. (Editores) *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association.
- Styhre, A. (2007) Against the antagonist view of professional – manager relationship: The case of the culture industry. *Human Resource Development International*, 10, 401-416.
- Symon, G. y Clegg, C. (2005) Constructing identity and participation during technological change. *Human Relations*, 58, 1141-1166.
- Sveningsson, S. y Alvesson, M. (2003) Managing managerial identities: organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56, 1163-1193.
- Swann, W. (1987) Identity negotiation: Where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1038-1051.
- Swann, W; Pelham, B; Krull, D. (1989) Agreeable fancy or disagreeable truth? Reconciling self-enhancement and self-verification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 782-791.
- Tagliaventi, M. y Mattarelli, E. (2006) The role of networks of practice, value sharing, and operational proximity in knowledge flows between professional groups. *Human Relations*, 59, 291-319.
- Tepper, B. y Taylor, E. (2003) Relationships among supervisors' and subordinates' procedural justice perceptions and organizational citizenship behaviors. *Academy of Management Journal*, 46, 97-105.
- Terracciano, A., McCrae, R., Hagemann, D. y Costa, P. (2003) Individual difference variables, affective differentiation, and the structure of affects. *Journal of Personality*, 71, 669-703.
- Thomas, K. y Velthouse, B. (1990) Cognitive elements of empowerment: An "interpretative" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Journal*, 15, 666-681.
- Torbert, W. (2004) *Action Inquiry. The secrets of timely and transforming leadership*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Turner, N., Barling, J., Epitropaki, O., Butcher, V., y Milner, C. (2002). Transformational leadership and moral reasoning. *Journal of Applied Psychology*, 87, 304-311.
- Ullh-Bien, M. (2006) Relational leadership theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. *The Leadership Quarterly*, 17, 654-676.
- van Engen, M. y Willemsen, T. (2004) Sex and leadership styles: A meta analysis of research published in the 1990s. *Psychological Reports*, 94, 3-18.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- van Knippenberg, B. y van Knippenberg, D. (2005) Leader self-sacrifice and leadership effectiveness: The moderating roles of leader prototypically. *Journal of Applied Psychology*, 90, 25-37.
- van Knippenberg, B., van Knippenberg, D., De Cremer, D. y Hogg, M. (2005) Research in leadership, self, and identity: A sample of the present and a glimpse of the future. *The Leadership Quarterly*, 16, 495-499.
- Van den Berg, T., Landeweerd, J., Tummers, G. y van Merode, G. (2006) A comparative study of organizational characteristics, work characteristics and nurses psychological work reactions in a hospital and nursing home setting. *International Journal of Nursing Studies*. Artículo aprobado para su publicación y en prensa. Disponible a través de [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Vandenberghe, C., Stordeur, S. y D'hoore, W. (2002) Transactional and transformational leadership in nursing: structural validity and substantive relationships. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 16-29.
- Venaccia, S. y Alvaran, L. (2004) El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica*, 22, 9-16.
- Vega, C. y Zavala, G. (2004) *Adaptación del cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ Forma 5X Corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno*. Memoria para optar al título de psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile.
- Vera, D. y Crossan, M. (2004) Strategic leadership and organizational learning. *Academy of Management Review*, 29, 222-240.
- Vitz, P. (1990) The use of stories in moral development. *American Psychologist*, (June), 709-720.
- Wang, H., Law, K., Hackett, R., Wang, D. y Chen, Z. (2005) Leader-member exchange as a mediator of the relationship between transformational leadership and followers' performance and organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*, 48, 420-432.
- Watson, J. (1988) *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Wendorf, C. (2001) History of American morality research, 1894-1932. *History of Psychology*, 4, 272-288.
- Westaby, J. (2005) Behavioral reasoning theory: Identifying new linkages underlying intentions and behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 98, 97-120.
- White, M. (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- White, W. (2004) Transformational change: A historical review. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 461-470.
- Whittle, A. (2005) Preaching and practising 'flexibility': Implications for theories of subjectivity at work. *Human relations*, 58, 1301-1322.
- Wimbush, J. (1999) The effect of cognitive moral development and supervisory influence on subordinates' ethical behavior. *Journal of Business Ethics*, 18, 383-395.
- Winograd, B. (2005) *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

## Liderazgo Transformacional como Relación de Ayuda en Enfermería

- Yammarino, F., Bubinsky, A., Comer, L. y Jolson, M. (1997) Women and transformational and contingent reward leadership: A multiple-levels-of-analysis perspective. *Academy of Management Journal*, 40, 205-222.
- Yulk, G. (1994) *Leadership in organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Zell, D. (2003) Organizational change as a process of death, dying, and rebirth. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39, 73-96.
- Žorga, S. (2003) Stage and contextual approaches to development in professional supervision. *Journal of Adult Development*, 10, 127-134.