



El Liderazgo Enfermero en Hospitales de Andalucía desde una Perspectiva de Género

Tesis Doctoral

Carmelo Rejano Carrasquilla

Universidad de Granada
Facultad de Ciencias de la Educación
Granada, 2016

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Carmelo Rejano Carrasquilla
ISBN: 978-84-9163-097-5
URI: <http://hdl.handle.net/10481/44880>



Facultad de Ciencias de la Educación

Departamento de Didáctica y Organización Escolar

UGR · 2016

A mi esposa Placi y a mis hijos Ignacio y Eva

*Respuesta amable aplaca la ira
palabra hiriente enciende la cólera*

Proverbios 15,1

*María fue bienaventurada, pues antes de
dar a luz a su maestro lo llevó en su seno*

San Agustín de Hipona

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios porque me ha iluminado a lo largo de mis días.

A mi esposa Placi, que siempre ha estado a mi lado, con paciencia y confianza en mí. También a mi hijo Ignacio, por su disponibilidad y ayuda y a mi hija Eva, pues los dos son oxígeno para nuestra familia.

Concluida esta tesis, quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a todas esas personas que han hecho posible realizar esta investigación. Tanto desde el anonimato que lleva consigo este tipo de estudio, como quien directamente han estado junto a mí. Con este reconocimiento deciros que os incluyo a todos, aunque no os pueda nombrar.

De una manera personalizada me dirijo a los dos directores de Tesis, M^a Pilar Cáceres Reche y Rafa Fernández Castillo. A ellos les agradezco la confianza depositada en mí, para poder afrontar este trabajo que ha sido posible por su respuesta continua.

A Inmaculada García García, eres grande porque estas siempre disponible y no esquivas tu ayuda cuando se te necesita, muchas gracias.

César Torres Martín, tú has estado a la altura de una gran persona, porque me has demostrado que has pensado mas en mi que en ti. Siempre te estaré agradecido.

A Tomas Sola Martines, Coordinador del programa de Doctorado, Didáctica y Organización Escolar; Por su ayuda y consejos.

Mi sincero afecto y gratitud al personal de enfermería de los dieciocho hospitales de la red Pública de Andalucía, tanto mandos intermedios de enfermería así como el personal de base, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, que han participado en esta investigación. La enfermería progresa si todos colaboramos, nuestra fortaleza esta en cuidar y cuidarnos. Muchas Gracias a todos/as.

Índice



[13] **ÍNDICE.**

[16] **PRESENTACIÓN.**

[20] **INTRODUCCIÓN.**

[21] **PARTE I. LIDERAZGO. EVOLUCIÓN EN LA HISTÓRICO. MODELO DE ALCANCE PLENO**

[21] 1.0 Introducción.

[22] 1.1 Definición y Concepto de liderazgo.

[26] 1.2 Teorías de liderazgo.

[35] 1.3 Marco teórico del modelo utilizado en esta investigación: Liderazgo de Alcance Pleno.

[36] 1.3.1 Enfoque histórico.

[36] 1.3.2 Antecedentes teóricos.

[39] 1.3.3 Evolución del modelo.

[40] 1.3.4 Composición y dimensiones del Liderazgo de alcance pleno.

[41] 1.3.4. a Liderazgo Transaccional.

[46] 1.3.4. b Liderazgo Pasivo-Evitador

[48] 1.3.4. c Liderazgo Transformacional

[54] 1.3.5 Variables de resultado del liderazgo de Alcance Pleno.

[54] 1.3.5. a Efectividad.

[55] 1.3.5. b Satisfacción.

[55] 1.3.5. c Esfuerzo Extra.

[56] 1.4 Liderazgo de Alcance Pleno en el contexto de las organizaciones.

[61] **PARTE II. ENFERMERÍA, COMPETENCIAS Y LIDERAZGO EN EL MEDIO SANITARIO.**

[61] 2.0 Introducción.

[61] 2.1 Recorrido histórico de la enfermería.

[64] 2.1. a Evolución de la enfermería en España.

- [69] 2.2 Conceptualización en enfermería. Definiciones.
- [76] 2.3 Profesionalización de la enfermería.
- [81] 2.4 Competencias enfermeras. Grado en enfermería.
- [102] 2.5 Acreditación de competencias enfermeras en el sistema sanitario público de España y de Andalucía
 - [106] 2.5. a Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en Andalucía
- [111] 2.6 Liderazgo enfermero en instituciones sanitarias (OMS).
- [115] 2.7 Enfermería en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- [119] 2.8 Liderazgo enfermero en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- [122] 2.9 Perfil del mando intermedio de la dirección de enfermería.
 - [122] 2.9.a Bases reguladoras del proceso selectivo para la cobertura de puesto de mando intermedio de enfermería (supervisor/a) en el S.A.S.
 - [124] 2.9.b Marco Jurídico.
- [129] PARTE III. **GENERO. ENFERMERIA Y LIDERAZGO.**
 - [129] 3.0 Introducción.
 - [130] 3.1 Conceptualización del constructo género.
 - [130] 3.1. a Conceptos.
 - [131] 3.1. b Definiciones de Genero.
 - [133] 3.1. c Sistema sexo-genero.
 - [133] 3.1. d Género y Ciencia.
 - [139] 3.2 Devenir histórico del enfoque de género.
 - [142] 3.2. a Historia del enfoque de género y sus categorizaciones.
 - [147] 3.3 Enfoque desde perspectiva de género.
 - [151] 3.4 Genero y enfermería.
 - [159] 3.5 Género y estilos de liderazgo.
 - [164] 3.6 Género y liderazgo en enfermería.

[175] **JUSTIFICACIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

[183] **OBJETIVOS.**

[183] 1 Objetivo general.

[183] 2 Objetivos específicos.

[185] **METODOLOGÍA.**

[185] 0 Introducción.

[185] 1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.

[186] 2 Contexto.

[186] 3 Población de estudio y muestra.

[186] 3.1 Características de la Población.

[187] 3.2 Tamaño de la muestra.

[189] 3.3 Tipo de muestreo.

[189] 3.4 Marco de estudio: Hospitales. Número de participantes.

[190] 4 Variables.

[190] 4.1 Variables socio-demográficas.

[190] 4.2 Variables independientes.

[195] 4.3 Variables dependientes.

[197] 5 Criterios de inclusión y de exclusión.

[198] 6 Procedimiento.

[199] 7 Descripción del Instrumento de Medición.

[201] 8 Consideraciones éticas.

[201] 9 Procedimiento estadístico utilizado y técnico de análisis de datos.

[203] 10 Limitaciones a la metodología.

[204] **RESULTADOS.**

- [205] 1 Análisis del cuestionario de liderazgo multifactorial (mlq) y su adaptación a esta investigación
- [261] 2 Resultados descriptivos de las variables socio-demográficas.
- [228] 3 Resultados de los objetivos de la investigación.

[264] **DISCUSIÓN.**

- [265] 1 Discusión.
 - [266] 1.1 Primer Objetivo
 - [269] 1.2 Segundo Objetivo.
 - [270] 1.3 Tercer Objetivo.
 - [272] 1.4 Cuarto Objetivo.
 - [274] 1.5 Quinto Objetivo.
 - [277] 1.6 Sexto Objetivo.
- [281] 2 Limitaciones y líneas de futuras investigaciones.
 - [281] 2.1. Limitaciones a nuestro estudio.

[282] **CONCLUSIONES.**

- [288] 1.1 Líneas de investigación futura.
- [288] 1.2 Recomendaciones para futuras investigaciones.

[290] **BIBLIOGRAFÍA.**

[322] **ANEXOS.**

- [323] Anexo 1. Cuestionarios. Credencial y Hoja Informativa
- [346] Anexo 2. Difusión de la Investigación
- [348] Anexo 3. Indicios de Calidad

Presentación

PRESENTACIÓN

Los objetivos centrales de esta tesis, versan sobre el conocimiento, desarrollo profundización y análisis de, liderazgo, enfermería, y género.

En el marco conceptual el investigador ha apostado por una visión transversal de los constructos que forman este estudio, evitando que sean tratados y analizados como elementos inconexos. La apuesta por esta visión holística, es porque cuando son afrontados de esta manera su comportamiento, puede generar resultados más favorables, tanto para el medio en donde se ha realizado esta tesis, organizaciones (institución), así como para sus actores (profesionales). Que en esta investigación, se traduce en las organizaciones sanitarias (hospitales) y en los profesionales que trabajan en ellos y que se ha acotado al personal de enfermería de base (enfermeros/as y auxiliares de enfermería) y a mandos intermedios de enfermería (supervisor/a),

La composición de esta tesis es la siguiente. En primer lugar se desarrolla el marco teórico, que está compuesto por tres partes:

En la primera parte, se expone que dentro de las teorías del liderazgo se han desarrollado diferentes perspectivas, que tratan de explicar, el comportamiento de los líderes en las organizaciones, (cada día más complejas). Con la intención de conocer, el grado de efectividad que generan sus actuaciones en sus subordinados/as.

Incidir, también en este apartado que, aunque se ha producido una reingeniería en los diferentes tramos de la historia, en la conceptualización del liderazgo, ha sido en la década de los años ochenta, (previa valoración de apreciaciones contrastadas), cuando se ha concluido que no se puede establecer una visión universal en cuanto al liderazgo, debido al impacto que está generando el entorno y su potencial incertidumbre. A tal

efecto, comienzan de manera categórica a ser considerados los factores contextuales como elementos críticos en la manera de ejercer el liderazgo, pues en la actualidad, entran en juego numerosas variables, con capacidad de contingencia.

Por eso es fundamental conocer el desarrollo del concepto liderazgo, su evolución en el tiempo y las teorías que hasta nuestros días han aparecido en torno a este constructo.

De modo especial en esta tesis se ha profundizado en la teoría de liderazgo de alcance pleno, que está compuesta por el liderazgo, Transformacional, Transaccional y Pasivo-Evitado. Y los valores del rendimiento que van asociados al liderazgo de alcance pleno, que son, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia. Todos estos factores componen el cuestionario "Multifactor Leadership Questionnaire" (MLQ), Avolio & Bass (2004), que es la herramienta empleada en esta investigación.

En la segunda parte, se afronta el constructo enfermería, haciendo una semblanza de cómo se ha comportado a lo largo de la historia. Además de incidir en la capacitación que deben tener el personal de enfermería, para poder ejercer esta profesión. Y cuál es el papel que desempeñan en las instituciones sanitarias, tanto cuando son personal de base, así como cuando acceden a puestos de supervisión (mandos intermedios de enfermería), y en concreto en el Servicio Andaluz de Salud.

En la tercera parte, se afronta el constructo género. El marco teórico, fruto de diferentes investigaciones científicas sobre perspectiva de género, evidencian resultados, complejos y contradictorios, por eso creemos necesario, establecer nuevas líneas de investigación, al considerar que es una forma acertada para, tratar de entender mejor este asunto, con el fin de evitar estereotipos y afirmaciones gratuitas.

Por eso es conveniente, conocer cómo se comporta el constructo género en diferentes facetas de la vida, su enfoque en el devenir histórico, además de saber si el género influye en la manera de ejercer diferentes estilos de liderazgo y exponer como se asocian el trinomio, género, liderazgo y enfermería.

El siguiente apartado de esta tesis, corresponde a la justificación de esta investigación, que radica su fortaleza, en las características de la profesión enfermera,

ejercida en su mayoría por mujeres, y en el estilo de liderazgo que pueden ejercer, con la intención de poder establecer nuevas líneas de investigación e incorporación de resultados a ciclos formativos.

En el siguiente capítulo se expone el objetivo general y los específicos. Para verificar estos objetivos se afronta el capítulo de metodología en donde se describe, el contexto de la investigación, población de estudio y muestra, las distintas variables utilizadas, los criterios de inclusión y exclusión de la muestra así como el procedimiento, y descripción del instrumento de medición, consideraciones éticas, procedimiento estadístico utilizado y limitaciones a la metodología.

En el capítulo correspondiente a los resultados, se exponen los obtenidos en el estudio. Aunque previamente se realiza un análisis descriptivo de la muestra de estudio, se analiza la existencia de diferencias significativas, y se determina la estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario MLQ.

La descripción de los diferentes resultados están estructurados en función de los objetivos específicos.

A continuación se discuten los resultados obtenidos que son organizados en función de los distintos objetivos. Esta discusión se plantea con el fin de explicar los resultados en relación con el marco teórico planteado, así como con todos aquellos resultados que otros investigadores obtuvieron en estudios similares.

Finalmente se incluyen las conclusiones al respecto de los objetivos planteados y un apartado de limitaciones que reconocemos en esta investigación y líneas futuras de investigación al respecto.

Introducción

PARTE I

Liderazgo.

Evolución en la historia y modelo de alcance pleno

1 Introducción

La necesidad de conocer uno de los pilares de esta investigación, que es el liderazgo, nos obliga, a encontrar la definición, que exprese y explique con más certeza este constructo, teniendo en cuenta que es un concepto muy versátil.

La pretensión anterior, debe estar reforzada, por el conocimiento de las teorías que a lo largo de la historia han explicado el comportamiento de los líderes, objetivo que nos obliga al conocimiento de los paradigmas y modelos que han ido apareciendo a lo largo de los tiempos, con el fin de poder realizar valoraciones comparativas.

Con toda esta conceptualización se podrá, entender el modelo que se ha utilizado en esta investigación, que es el de Alcance Pleno. Compuesto por tres dimensiones, Liderazgo Transformacional; Liderazgo Transaccional y Pasivo-Evitador. Que también incluye tres variables de resultado, Esfuerzo-Extra; Satisfacción y Efectividad.

Sin olvidar que toda esta teorización, tiene su plasmación en el contexto de las organizaciones, que es el lugar en el que el líder tiene su campo de acción y en donde están obligados a realizar una reingeniería permanente.

1.1 Definición y Concepto de liderazgo

El liderazgo es un concepto del pasado, del presente y del futuro, pues es dinámico e históricamente inagotable. Sin embargo en la actualidad, no es aberrante calificarlo de, complejo, dinámico, inestable y adaptativo. Solo hace falta realizar un recorrido por las diferentes facetas de la vida: social, política y economía y ver su comportamiento y aplicación.

Por tal motivo, su conocimiento debe realizarse con rigor, con el fin de evitar caer en propuestas engañosas, al encontrarnos ante un constructo polimorfo.

Efectuada una revisión bibliográfica sobre el constructo liderazgo, existen múltiples definiciones de este concepto, que han sido formuladas por numerosos autores. (Stogdill, 1974; Shaw, 1990; Chiavenato, 1993; La Monica, 1994; Bass, Avolio & Atwater 1996; Lorenzo, 2004, 2005; Ríos, Gladys 2010; Heifetz, Grashow, Linsky, 2012; Goleman, Boyatzis, McKee 2014.), no existiendo un acuerdo entre ellos, dando lugar a veces a controversia.

Por tal motivo podemos reseñar que no es un término agotado ni acotado, a pesar de ser uno de los temas más estudiados por la psicología del trabajo y las organizaciones. Y es que no existe acuerdo sobre su definición e incluso en ocasiones se hecha de menos una aproximación adecuada a su estudio (Peiró, 1996).

O como dice Lorenzo (2005), puede ser una, propuesta engañosa, si no es debidamente desarrollado en las diferentes instituciones, pues se puede caer en confusiones si no tenemos en cuenta que es un *constructo caleidoscópico* (p.371) y *recetario* (p.381)

Otra de las particularidades de este concepto, cuando hemos revisando su producción, tal y como refiere (Hernández 2008), es que aparece el término líder asociado a diferentes categorías: a) *actividad y proceso grupal*; b) *tipo de personalidad*; c) *la capacidad de provocar obediencia*; d) *ejercicio de influencia*; e) *conducta*; f) *relación de poder*; g) *el instrumento para el logro de metas grupales*; h) *resultado del proceso de interacción*; i) *rol diferenciado*; j) *iniciación y mantenimiento de la estructura de liderar*. (p. 365)

Dentro de esta caracterización y mimetismo que presenta el liderazgo, el profesor Lorenzo (2004), expresa que *„para cada situación a resolver puede ser necesario un líder,*(p.197) A los líderes les califica de „personas capaces de dinamizar y buscar soluciones al grupo”. (p.197). También escribe Lorenzo (2005), que el líder se, *hace*, no, *nace*. (p.370). Incluso afirma (Lorenzo 2005), que *„actualmente el líder no se entiende como una atribución individual o ambiental* . (p.370).

En consecuencia, cada vez más el liderazgo se viene conceptualizando según afirma el profesor (Lorenzo Delgado, 2004,2005, 2011), como:

- Una función inherente a todo grupo y, por extensión, a toda institución. Por eso, cada vez se habla más de liderazgo y menos de líder.
- Es una función patrimonio del grupo, no de una persona y, menos aún de un cargo en el organigrama de un centro.
- Se inserta en la cultura. Es uno más de los valores que constituyen la cultura de esa organización.
- Es un ejercicio o actividad que supone dominar procesos de una triple naturaleza: unos son técnicos (un directivo debe saber manejar los resortes que cualquier otro miembro del grupo utiliza para conseguir resultados.
- Debe, también, encontrar claves de interpretación, significados, de lo que ocurre en su unidad, de los atolladeros por los que va pasando la institución.
- Además debe ser un transformador de esas situaciones cuando son opresivas, un buscador de las mejores salidas para las crisis que puedan suceder en las instituciones.
- Es una función, compartida. Se ejerce colegiada y cooperativamente. Nunca existe un líder en el vacío, sin un grupo de gente, que son sus colaboradores.
- En este sentido Leithwood (1994), habla de *„distribuir el liderazgo de forma amplia por toda la organización*. (p.32),

Según palabras del profesor(Lorenzo 2005), *los andaluces diríamos, en lenguaje*

más castizo, que el liderazgo es algo que se desparrama por toda la organización.(p.371)

Noer (1997), en esta línea afirma, *El liderazgo en la nueva realidad es muy diferente del ejercicio en el modelo burocrático del pasado. El liderazgo es mucho más un proceso compartido que algo que una persona hace a otra.*(p.16).

En síntesis, el liderazgo se presenta hoy como una función de influencia que resulta del encuentro dinámico de cuatro variables, tal y como lo exponen, (Bolman & Deal,1995):

- *El líder o líderes del grupo con sus características.*
- *El grupo de seguidores y el tipo de relaciones que mantienen con el líder.*
- *La situación o contexto problemático a superar, dinamizar o mejorar: “La situación crea los líderes”.*
- *Un proyecto compartido como respuesta, salida o elemento de unión, a esa situación.* (p.401).

En esta misma dirección se expresa (Chiavenato, 1993) cuando dice que, “Liderazgo es la influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a través del proceso de comunicación humana a la consecución de uno o diversos objetivos específicos”. (p.389)

Por su parte Rallph M. Stogdill, (1999), en su resumen de teorías e investigación del liderazgo, señala que existen tantas definiciones del liderazgo como tantas personas hayan pensado en definir este concepto. Aquí, se entenderá el liderazgo gerencial como el proceso de dirigir las actividades laborales de los miembros de un grupo y de influir en ellas. Esta definición tiene cuatro implicaciones importantes.

En primer término, el liderazgo involucra a otras personas; a los empleados ó seguidores. Los miembros del grupo; dada su voluntad para aceptar las órdenes del líder, ayudan a definir la posición del líder y permiten que transcurra el proceso del liderazgo; si no hubiera a quien mandar, las cualidades del liderazgo serían irrelevantes.

En segundo término, el liderazgo entraña una distribución desigual del poder entre los líderes y los miembros del grupo. Los miembros del grupo no carecen de poder; pueden dar forma, y de hecho lo hacen, a las actividades del grupo en distintas maneras. Sin embargo, por regla general, el líder tendrá más poder.

El tercer aspecto del liderazgo es la capacidad para usar las diferentes formas del poder para influir en la conducta de los seguidores, de diferentes maneras.

El cuarto aspecto es una combinación de los tres primeros, pero reconoce que el liderazgo es cuestión de valores.(p.11)

James McGregor Burns, (1978), argumenta que el líder que pasa por alto los componentes morales del liderazgo pasará a la historia como un malandrín ó algo peor. El liderazgo moral se refiere a los valores y requiere que se ofrezca a los seguidores suficiente información sobre las alternativas para que, cuando llegue el momento de responder a la propuesta del liderazgo de un líder, puedan elegir con inteligencia.

John P. Kotter (1988), en su excelente obra "On what Leaders Really Do ", dice que el liderazgo se caracteriza por lo siguiente: Concebir una visión de lo que debe ser la organización y generar las estrategias necesarias para llevar a cabo la visión.

En el ámbito de las organizaciones la normativa AENOR dice, el liderazgo es el segundo principio de la gestión de la calidad. Según la Norma ISO 9001 , *los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.*

En síntesis según palabras de (Lorenzo Delgado 2004) podría definir el liderazgo como *,una función, una cualidad y una propiedad que reside en el grupo y que dinamiza la organización para generar su propio crecimiento en función de una misión o proyecto compartido.* Lorenzo (p.196).

Concluyendo podemos decir, liderazgo es: UN PROCESO, en donde se produce interrelación, Líder-Seguidor/a, que busca general compromiso, alineación y dirección. Tiene que ver con, INFLUENCIA, afecta a como el líder influye en los seguidores y

estos/as en los líderes. Este proceso ocurre dentro de un GRUPO, y se fomenta entre grupos de personas. Con una marcada finalidad conseguir RESULTADOS, que adoptan el nombre de metas.

1.2 Teorías de liderazgo.

Realizado un recorrido histórico, por las teorías del liderazgo, de entrada podemos afirmar que la pureza en sus características no existe. En ese sentido, citamos al historiador Toynbee, (1933-1961), y su libro *"estudio de la historia"*, en donde habla de los ciclos históricos. Argumenta este autor que la historia marcha *"hacia adelante"*, pero con retrocesos que son purificaciones de aspectos malos o negativos que impiden seguir progresando". Estos términos también se pueden aplicar a la evolución de las teorías sobre liderazgo, pues algunas teorías han evolucionado y agregado nuevos elementos a las premisas planteadas por concepciones anteriores.

Son muchos los enfoques que existen sobre el liderazgo, y numerosas las clasificaciones, pero existe una vertiente común y que se utiliza en todas ellas, que son las variables de comportamiento, en el contexto de las organizaciones. Y es la que se va a desarrollar en este marco teórico.

1.2.a. Teorías que se centran en las cualidades que tiene o debe tener el líder.

1.2. a.1.- Teoría de Los Rasgos:

Esta teoría tiene sus antecedentes en la aludida teoría del "gran hombre". El liderazgo es algo innato "se nace líder". Punto de vista teórico que surgió a comienzos del siglo XX. Parte de la idea de que el liderazgo está determinado por una serie de atributos personales que poseen los líderes. Esta idea es de fácil asimilación y aceptación debido a la propia creencia popular que fundamenta, que los líderes tienen unas características propias que los distinguen de los demás.

Según (Pervin, 1984; Hogedts, 1992), desde los años 20 se han hecho varias investigaciones, tanto en estudiantes como en personas adultas y se puede afirmar que en investigación empírica no ha podido refrendar la existencia de relaciones entre rasgos de la personalidad y efectividad en el liderazgo

Gil Rodríguez (2003) refiere que a pesar de esta evidencia, con esta teoría podemos aventurar qué tipo de persona es más probable que ocupe una posición de liderazgo, pero no presupone realmente que actuará eficazmente como líder

En cuanto a las características más destacables de estos líderes, Storgill (1948-1991) identifica un grupo básico de rasgos que les definen: Inteligencia; Personalidad y Capacidad de Supervisar.

A pesar de estas calificaciones nos encontramos con una teoría en evolución, desde hace algún tiempo, los investigadores están tratando de identificar varios rasgos personales de los líderes como criterios para describir o pronosticar los sucesos. (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 1996).

1.2. a.2.- Liderazgo carismático.

Esta teoría está basada en la habilidad que tienen los líderes para influir de forma inusual en los seguidores, basados en unos poderes de atracción casi sobrenaturales.

Estos líderes se caracterizan por ser personas con mucha confianza en sí mismos, una visión clara y fuerte compromiso. Capacidad para comunicar de forma explícita dicha visión empleando un comportamiento poco convencional y en muchos casos extraordinario, además de ser agentes de cambio y sensibilidad al entorno, etc., (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 1996).

Debe entenderse por "carisma", la cualidad que pasa por extraordinaria, de una personalidad, por cuya virtud se la considera en posesión de fuerzas sobrenaturales, o como enviadas de Dios o gurú. (Gil, 1990).

Este tipo de líder pretende ofrecer el mejor futuro a sus seguidores con el deseo de generar riqueza, del tipo que sea a las organizaciones.. El líder comunica entonces altas expectativas de desempeño y expresa la seguridad de sí mismo al seguidor.

Emplea palabras y acciones mediante un nuevo conjunto de valores; y con su comportamiento establece un ejemplo con el fin de que los seguidores lo imiten. Finalmente, el líder carismático hace autosacrificios y se compromete en comportamientos no convencionales para demostrar coraje y convicciones acerca de la visión establecida por la organización (Robbins, 1999; Kreitner y Kinicki, 1997).

1.2. a.3.- Liderazgo motivacional.

En este modelo de liderazgo, destaca la presencia de tres motivadores fundamentales: poder, logro y afiliación. Estos motivadores activan y dirigen la conducta de las personas, aunque no necesariamente están presentes en igual intensidad en cada persona; y en la mayoría de los casos, solo uno de ellos determina el tipo de conducta que manifiesta el líder.

Para Romero (1993) los líderes que han alcanzado cierto crecimiento personal conducen a sus seguidores a la búsqueda del mismo, entendiendo este crecimiento como un proceso por el cual la persona genera construcciones integradoras cada vez más complejas sobre su realidad interior y exterior.

Según esta teoría, un líder motivacional es una persona en crecimiento que no teme equivocarse y que cuando lo hace, está dispuesta a corregirse. Estos líderes no se guían por verdades absolutas. El líder presenta la habilidad de escuchar a los demás y se aproxima a la gente expresando un interés genuino. Quienes le siguen no lo hacen por temor sino por identificación, respeto y confianza en sus juicios y decisiones. Es un inspirador que tiene las ventajas del poder propio del cargo que ostenta (Romero, 1993).

1.2.b.- Liderazgo como conjunto de comportamientos específicos que exhibe el líder y que determinan su estilo de interacción con los subordinados.

1.2. b.1.- Teorías conductuales

En estas teorías se busca establecer una correspondencia entre lo que hace el líder y la forma cómo actúa el grupo. Tres son los tipos de liderazgo que incluye este modelo:

1.2. b.1.a.- Teoría de la Universidad de Michigan.

Hodgets (1992) afirma que este modelo, desarrollado por investigadores de la universidad de Michigan, incorpora dos dimensiones principales: a) el interés del líder por lograr que el trabajo se realice y b) su preocupación por las personas. Expresado de otra manera, se tiene en cuenta el trabajo a realizar y a los trabajadores que lo realizan

1.2. b.1.b.-Teoría de la Universidad de Ohio.

En la universidad de Ohio se desarrollaron estudios que permitieron postular la existencia de dos factores dominantes: a) la estructura inicial, la cual supone que la conducta del líder se caracteriza por definir los roles, las tareas y la forma como estos deben ser llevados a cabo por los miembros del grupo, y b) la consideración que se caracteriza por un liderazgo basado en relaciones mutuas de confianza, respeto y entendimiento entre el líder y los trabajadores. Los estudios realizados desde esta perspectiva no han mostrado de forma clara que un estilo de liderazgo resulte más eficaz que el otro, más bien se ha planteado que un liderazgo eficaz implicaría puntuar alto en ambas dimensiones (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996).

1.2. b.1.c.-Teoría de la parrilla Gerencial

Una tercera teoría dentro de este grupo es la teoría de la “Parrilla Gerencial” o también denominada “Grid Administrativo”, desarrollada por (Robert Blake y Jane Mouton 1964). Ellos propusieron que el estilo de liderazgo podía ser trazado sobre una grafica de dos dimensiones. A los individuos se les pregunta sobre su estilo de liderazgo y tomando como base sus respuestas, son colocados en un punto correspondiente de una grafica.

Estos dos autores utilizan la “Parilla Gerencial” como un marco de referencia para ayudar a que los gerentes conozcan su estilo de liderazgo y dirijan su movimiento hacia el estilo ideal de la gerencia. Para ellos, hay cinco estilos específicos que se utilizan para describir las diferentes maneras que existen para dirigir a otros:

- a)Gerencia empobrecida: en esta, el líder considera que se debe ejercer el mínimo esfuerzo para realizar el trabajo.
- b)Obediencia a la autoridad: el líder busca la eficiencia en las operaciones, desafiando condiciones de trabajo en donde el ser humano interfiera lo mínimo posible, muestra, además, poco interés en el desarrollo y la moral de sus subordinados.
- c) Club campestre, el líder se empeña en apoyar y mostrarse considerado con los empleados, sin embargo, terminar el trabajo no constituye el asunto de mayor

interés para él.

d) Gerencia de organización del hombre, el líder busca el equilibrio entre la necesidad de realizar el trabajo y una moral satisfactoria en los empleados.

e) Equipo, el líder considera que los logros en el trabajo son resultado de un trabajo mancomunado entre los subalternos y la organización, el cual conduzca a relaciones de confianza y respeto mutuos.

Otras de las características de la parrilla gerencial es que es un enfoque de actitudes que mide los valores, opiniones y sentimientos de una persona, relacionando la eficacia en el trabajo y la satisfacción humana como un programa formal de desarrollo de la gerencia (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 1996; Robbins, 1999).

Los escandinavos han propuesto un enfoque que pretende superar las limitaciones de las propuestas clásicas de las escuelas de Ohio y Michigan, las cuales fueron diseñadas para un mundo de finales de los años 40 y principios de los años 60. En el mundo de las organizaciones en la actualidad es mucho más dinámico, es decir, cambia permanentemente. Se requiere entonces un nuevo tipo de líder que valore la experimentación, busque ideas, genere e implante el cambio. Este nuevo estilo de liderazgo se denomina, *orientado al desarrollo* (Robbins, 1999).

1.2. b.2.- Liderazgo Transformacional y Transaccional

Por último, en progresión a los modelos expuesto hasta este momento, (James McGregor Burns (1978), estableció la teoría del liderazgo transaccional y transformacional. Que un año después completo Bass y que será desarrollado más adelante al ser la base conceptual de esta investigación, calificado de, "liderazgo de alcance completo".

Este enfoque recoge los planteamientos iniciales hechos por las universidades de Michigan y Ohio con el fin de plantear un enfoque renovado. De acuerdo con las teorías expuestas anteriormente, habría dos formas en las que el líder interactúa con sus subordinados, configurando dos tipos de líder, el líder transaccional y el líder transformacional. El primero identifica los deseos y preferencias de sus seguidores y les ayuda a alcanzar el nivel de rendimiento que les permitirá lograr las recompensas que ellos desean. El segundo se caracteriza por tener habilidad para inspirar a los

subordinados a conseguir objetivos mayores de los inicialmente planeados y a obtener recompensas intrínsecas. Para lograrlo, parte de la comunicación, clara misión y visión dentro de la organización (Hellriegel, Slocum y Woodman, 1999).

1.2.c.- Teorías que evalúan al liderazgo en términos de un rol social.

1.2. c.1- Liderazgo Racional Burocrático.

Es el tipo de liderazgo que se fundamenta en la democracia, aunque el poder proviene de Dios, quien tiene como mediador al pueblo, el cual por mayoría decide su destino al elegir a sus gobernantes. Este modelo hace énfasis más en el papel que en quien lo ocupa. La ley está por encima de los líderes independientemente de sus rasgos y la obediencia se tributa a esta y no al arbitrio del gobernante (Rodríguez, 1988).

1.2. d.- Teorías basadas en las condiciones contextuales en las que se ejerce el liderazgo.

1.2. d.1- -Liderazgo Situacional.

Estamos ante una visión, en donde se agrupa un conjunto de teorías que parten de la idea, que el comportamiento del líder estaría afectado por una serie de factores propios del contexto en el que se ejerce el liderazgo. Según las circunstancias que se den, será el líder más o menos efectivo (Kreitner y Kinicki, 1997). Igualmente, Adair (1990) considera que el liderazgo depende de la situación y, por lo tanto, esta resulta muy importante.

Dentro de este grupo de teorías, existen diversos planteamientos:

- Uno de ellos profundiza en el apoyo socio-emocional que el líder proporciona a sus seguidores, así como en los requisitos situacionales para que este pueda ejercer el liderazgo (Rodríguez, 1988).
- Una segunda teoría, es la desarrollada por Fiedler (1961), citado por Robbins (1999); el grupo tendrá un desempeño adecuado según el estilo de interacción del líder con sus subordinados.

Esta teoría tiene dos tendencias básicas: según el líder este orientado a la tarea o las relaciones. Esta vinculación entre el estilo del líder y sus subordinados dependen de las características de la tarea y el grado en que la situación le proporciona control o influencia al líder, dando lugar a tres consideraciones básicas: a) grado de estructuración de la tarea: este puede ser alto o bajo; b) cantidad de poder que dispone el líder de acuerdo con su posición en la organización, este puede ser fuerte o débil; y c) calidad de las relaciones interpersonales entre el líder y los miembros del grupo; esta puede ser buena o pobre. De ello se genera una matriz que involucra ocho posibles circunstancias.

En su propuesta, Fiedler (1961), predice que en las situaciones I, II, III, VII Y VIII, que se pueden considerar extremas, se desempeña mejor un líder orientado a la tarea, mientras que en las situaciones IV, V Y VI, que se consideran moderadas, es un líder orientado a las personas y esta actuación obtendría mejores resultados (Schriesheim, Bannister & Money, 1979; Vroom & Jago, 1990; Robbins, 1999).

Otra propuesta bajo este modelo es la de (Hersey y Blanchard 1969). Estos autores han desarrollado un modelo de liderazgo llamado *teoría del liderazgo situacional*, la cual ha obtenido gran reconocimiento entre especialistas del desarrollo gerencial y en psicología de las organizaciones. Esta técnica ha sido aplicada en varias de las grandes empresas que aparecen en la revista Fortune 500.

Dentro de esta óptica, el estilo de liderazgo que el líder debe exhibir para lograr resultados óptimos, esta exclusivamente en función de las características de los seguidores, más concretamente, con el nivel de competencia de estos y la disposición a colaborar con las propuestas del líder. A pesar de lo que el líder haga, la eficacia depende de las acciones de sus seguidores. Esta es una dimensión importante que ha sido pasada por alto o menospreciada en la mayoría de las teorías del liderazgo (Robbins, 1999).

El liderazgo situacional utiliza las mismas dos dimensiones del liderazgo que plantea Fiedler: comportamiento orientado a la tarea y orientado a las relaciones. Sin embargo, (Hersey y Blanchard 1969), dan un paso más adelante al considerar que dentro de cada una se puede puntuar alto o bajo; y a partir de su combinación, ofrecen cuatro estilos específicos de liderar: comunicar, vender, participar y delegar, (Robbins, 1999). Dentro del modelo, también se plantean cuatro situaciones básicas relacionadas con los seguidores:

R1: en esta los seguidores no son competentes y no están dispuestos a colaborar.

R2: en esta los seguidores no son competentes, pero están dispuestos a colaborar.

R3: en esta los seguidores son competentes, pero no están dispuestos a colaborar,

R4: en esta los seguidores son competentes y están dispuestos a colaborar.

Según el modelo, el estilo comunicar, es más adecuado para la situación R1, el estilo vender para la R2, el estilo participar para la R3 y el delegar para la R4.

Otro modelo es el de Robert House,(1971) quien origino un modelo denominado teoría del "camino a la meta", que tiene su base en la teoría de las expectativas de la motivación. Plantea que el comportamiento del líder debe estar dirigido a aumentar la satisfacción de los empleados con sus labores y los niveles de desempeño. Para lograr esto, debe aclarar la naturaleza de la tarea, reducir los obstáculos para el desarrollo exitoso de la misma y aumentar las oportunidades de que sus colaboradores obtengan satisfacción en su trabajo.

Respecto del comportamiento del líder, identifica cuatro estilos de liderazgo: a) liderazgo de apoyo; b) liderazgo de dirección; c) liderazgo de participación y d) liderazgo orientado al logro (Vroom & Jago, 1990; Hellriegel, Slocumy Woodman, 1999). De la conceptualización anterior, deriva una serie de hipótesis, entre las que destacan las siguientes:

- El liderazgo directivo se relaciona con mayor satisfacción con los empleados, en tareas ambiguas o de tensión,. Por el contrario, será menos efectivo cuando los empleados son muy competentes o tienen mucha experiencia.
- El liderazgo de apoyo se relaciona con niveles altos de desempeño y satisfacción de los empleados en cargos con tareas estructuradas, en ambientes de trabajo altamente burocráticos y cuando los empleados tienen controlada la situación.
- El liderazgo orientado al logro producirá un afianzamiento en las expectativas de los subordinados respecto a que el esfuerzo conduce a alto desempeño en tareas ambiguas.

Las investigaciones realizadas hasta el momento para validar dichas hipótesis parecen prometedoras. No obstante, falta más investigación al respecto.

Otra de las teorías más reconocidas dentro del enfoque situacional es la planteada por (Vroom y Jago, 1990), en la que se vincula el grado y la forma de la participación de los líderes en la toma de las decisiones. Bajo esta perspectiva se establece un proceso de análisis situacional sustentado en siete atributos del problema que permiten volver más eficaz el proceso de toma de decisiones. Tales factores son: 1) Importancia de la calidad de la decisión; 2) Información del líder respecto al problema; 3) Grado de estructuración del problema; 4) Importancia de la aceptación de la decisión por los subordinados para una puesta en práctica efectiva; 5) Probabilidad de que la decisión del líder sea aceptada por los subordinados; 6) Congruencia entre los objetivos de la empresa y de los subordinados y 7) Conflicto o desacuerdo entre los subordinados.

En las aportaciones de (Vroom y Jago, 1990), se dan una serie de parámetros que permiten determinar el grado de participación que tienen los subordinados en las decisiones del líder.

Lo anterior se configura en cinco estilos de liderazgo: Autocrático I (AI). Autocrático II (AII). Consultivo I (CI). Consultivo II (CII) y de grupo II (GII). En (AI), el líder soluciona el problema con la información de que dispone, sin consultar a nadie. En (A II), el líder solicita información que considera relevante a los subordinados, puede o no comunicar la naturaleza del problema y no solicita opinión en su solución. En (CI), el líder comparte individualmente la problemática a sus subordinados y luego toma una decisión el solo. En (CII), el líder comparte el problema con sus colaboradores y toma una decisión que puede o no reflejar las ideas del grupo; y por último, en (GII), el líder comparte la problemática con el grupo y se toma una decisión en consenso. Asimismo, los autores han desarrollado un programa de computadora que organiza los datos en un árbol para tomar decisiones, Robbins, (1999).

1.2. e.- Teoría de la atribución de liderazgo.

1.2. e.1- Teoría atribucional

Esta teoría plantea que el líder funciona como un procesador de información que observa el comportamiento de sus subordinados, lanza explicaciones (atribuciones) sobre el comportamiento de estos y luego se comporta en consecuencia. Dichas atribuciones pueden ser internas o externas, dependiendo de la combinación de tres factores denominados: distinción, consenso y consistencia.

El primero se refiere a si la conducta es específica para una situación o es común a varias; el consenso hace referencia al grado en el cual la conducta de un subordinado coincide con la de los otros ante la misma situación y la consistencia, se refiere al grado en que esa conducta se repite en el mismo subordinado objeto de la atribución.

Cuando la distinción es baja, el consenso es bajo y la consistencia es alta, el resultado es una atribución interna; cuando por el contrario la distinción es baja, el consenso es alto y la consistencia es baja, la atribución resultante será externa. La teoría sugiere que en la medida que se juzgue la conducta como causada por alguna característica del seguidor (interna), más posibilidades existen para que el líder tome una acción sobre el seguidor (Gibson, Ivancevich y Donnelly, 1996). (Kreitner y Kinicki, 1997; Robbins, 1999; Hellriegel, Slocum y Woodman, 1999).

1.3 Marco teórico del modelo utilizado en esta investigación: Liderazgo de Alcance Pleno

El modelo conceptual de liderazgo, llamado de alcance pleno o Full Range Leadership (Bass, 1985; Avolio y Bass, 1995), incluye en su estructura la mayor parte de comportamientos de liderazgo conocidos y que en su conjunto ofrecen un rango más amplio de estilos de liderazgo, más allá de la dicotomía tradicional de los comportamientos de iniciación de estructura y de consideración.

El modelo comprende tres constructos tratados como dimensiones, factores o estilos de liderazgo: Transformacional. Transaccional y Pasivo-Evitador. Que a su vez están constituidos por nueve tipos de comportamientos: Consideración individualizada; dirección estimulación intelectual; motivación por inspiración; influencia idealizada como atribución; influencia idealizada como comportamiento; dirección por excepción activa; recompensa contingente; excepción pasiva y laissez-faire; (Avolio y Bass, 2004).

1.3.1 Enfoque histórico del modelo de Alcance Pleno

Las teorías carismáticas y transformacionales que surgieron en los años 80, son consideradas en su conjunto como el nuevo paradigma del liderazgo (Conger y Kanungo, 1987; Bryman, 1992; House y Aditya, 1997; Hunt, 1999; Northouse, 2007. Bass, 2008).

A diferencia de los enfoques anteriores, este modelo, reduce el interés en los procesos racionales del liderazgo incidiendo en los aspectos emocionales y simbólicos y en el impacto que ejercen los líderes en los valores, emociones y motivaciones de los seguidores y no sólo en su comportamiento, (Yukl, 1998).

Con las teorías carismáticas resurge el interés por los rasgos de personalidad que generan formas ejemplares de liderazgo y con las transformacionales el interés por los líderes que motivan cambios de segundo orden en sus seguidores y en la organización (Van Wart, 2007).

El nuevo enfoque se centra en el aspecto visionario y simbólico del liderazgo, en las reacciones emocionales de los seguidores y en los procesos colectivos de motivación.

Su aparición surge por el desencanto de una sociedad en crisis económica y de valores. Además de tenerse en cuenta que la investigación tradicional era insuficiente para explicar el creciente interés por los líderes como agentes de cambio (Conger, 1999), todo esto impulsó con fuerza la búsqueda de nuevas explicaciones que más adelante sirvieron de base para rejuvenecer las teorías sobre el liderazgo, y sacarlas del estancamiento en el que se encontraban e incluir en los estudios sobre liderazgo, conceptos antiguos reciclados en alusión al término carisma y a las nuevas aportaciones de índole transformacionales, que ahora conforman el nuevo liderazgo (Hunt, 1999).

1.3.2 Antecedentes teóricos.

Cuatro trabajos destacan como base de la teoría sobre, liderazgo de alcance pleno, que integran el nuevo paradigma del liderazgo:

A.- El reavivamiento y secularización del concepto carismático en la obra de Max Weber (1956/1964).

B.- La teoría sobre liderazgo carismático de Robert House (1971).

C.- El libro "Leadership" de James McGregor Burns (1978). En donde se desarrolla el liderazgo transformador

D.- Las aportaciones de Bass (1985), que fue quien propuso el cambio de liderazgo transformador a transformacional.

Bass(1985) basándose en los trabajos de (House 1971) y(Burns1978), creo un método que posibilita, medir el grado en el que los gestores ejercen el liderazgo: transformacional, transaccional y pasivo-evitador, en base a la influencia que tienen sobre sus seguidores. La herramienta que construyo Bass(1985) para medir el liderazgo, fue el "*Multifactor Leadership Questionnaire* "(MLQ). Sobre esta base y herramienta está cimentada esta investigación

Si tomamos como referente a Weber (1956/1964), para las teorías carismáticas, transformacionales y ajustándonos a los objetivos de esta investigación, se puede deducir que el liderazgo carismático hace su aparición en momentos cruciales de orden social, político y económico y según(Willner, 1984) *cuando se pueden producir resultados imprevisibles* (p. 52).

En situaciones de estrés o crisis el líder tiene la oportunidad de ofrecer una visión y solución radical a los problemas, por lo que el reconocimiento que hacen de él los seguidores potenciales es "psicológicamente, una entrega plenamente personal y llena de fe surgida del entusiasmo o de la indignancia y la esperanza" (Weber, 1956/1964, p. 194).

Pero esta figura creada por sus seguidores suele resultar efímera cuando el líder no demuestra eficacia sobre una base continua y puede llegar un momento en que el seguidor deje de atribuirle carismas, si de nuevo aparece una nueva situación de crisis, quitándole al líder las capacidades otorgadas.

Para Weber(1956/1964), el carisma es un don gratuito, una cualidad extraordinaria, lo que ocasiona que raramente sea conceptualizado. Sin embargo para House (1977), *ese don puede ser una interacción compleja entre rasgos personales y comportamientos del líder, características de los seguidores y factores situacionales.* p. 193) De esta forma,

House (1977), se aleja de la concepción espiritual y se acerca a la consideración empírica buscando los elementos que producen efectos carismáticos en los seguidores. Que son según House(1977):

- a) El líder con sus acciones establece un sistema de valores y creencias que espera sea emulado por sus seguidores.
- b). Los líderes conscientemente se esfuerzan en generar una imagen positiva ante los ojos de sus seguidores.
- c) El líder carismático generalmente presenta metas más trascendentales e ideológicas.
- d). El líder comunica altas expectativas de desempeño y confianza en las habilidades de los seguidores para alcanzarlas.
- e) Se considera que el contenido de los mensajes que el líder transmite a sus seguidores activa, despierta o engrandece necesidades especialmente importantes para el cumplimiento de la misión.

Pero para progresar en la terminología que conforma la teoría de alcance pleno, debemos avanzar más allá de los planteamientos de House(1977)., pues es imprescindible, citar a Burns (1978), que fue quien incorporó el término “transformador”. Este autor establece un nuevo enfoque de liderazgo que históricamente será relevante. Entre sus aportaciones más importantes se incluyen la de presentar al “liderazgo transformador”, en progresión sobre el liderazgo transaccional.

Con sus planteamientos Burns(1978),, expone una nueva forma de comprender la naturaleza del liderazgo, superando la relación de poder e incidiendo en los deseos, aspiraciones y valores. Asimismo, considera que los líderes deben motivar a sus seguidores a evolucionar en su escala de necesidades y llevarlos a un mejor estado del ser humano (Conger y Kanungo, 1998).

Reseñar que el liderazgo, transaccional y transformador, encuentran su diferencia en el propósito del intercambio, tal y como lo expresa, Burns, (1978, 2003).

Si el objetivo es sólo de intercambiar cosas de valor (económicas, políticas, psicológicas) se denomina transaccional. Por el contrario, sí se busca elevar en ambos los niveles de motivación y moralidad para reformar las instituciones, será considerado transformador. De esta forma, se reconoce al transaccional y al transformador como dos tipos básicos de liderazgo.

En este contexto surge la teoría de (Bass, 1985), quien destaca el factor inspirador de la teoría transformacional. Este autor propone rescatar los aspectos emotivos menos visibles del liderazgo carismático (su mística y fantasía), pues le importa más los seguidores como personas y no sólo como eficaces cumplidores de metas.

Bass, postula un liderazgo de alcance pleno, que *propone un comportamiento del líder, en el cual el estilo transformacional y transaccional son comprehensivos entre sí*, (Gronn, 1995, en Vega y Zavala, 2004, p. 18).

Así pues, los efectos permanentes en los seguidores, se refieren a cualidades o competencias como la autonomía, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la creatividad, que implican su conversión en líderes internos transformacionales; que consiguen el cambio personal e institucional. Estos efectos se deben a la incitación de mecanismos motivacionales transformacionales en el ejercicio del liderazgo.

1.3.3 Evolución del modelo de alcance pleno

Los cambios situacionales por los que ha pasado este modelo y su aplicación en diferentes contextos, desde sus orígenes teóricos en 1985, han obligado a cambios en su teorización, circunstancias, que también han influido en la estructura factorial del instrumento empleado (MLQ), creado para medir estos estilos de liderazgo, (Bass y Avolio, 1997), obligado a los autores a una constante revisión.

En este devenir se ha creado una gran producción científica, que permite afirmar que en estas últimas décadas es el método más utilizado en el campo de la Psicología de las Organizaciones para medir liderazgo (Avolio y Bass, 2004).

Una de las primeras versiones fue la propuesta por (Bass y Avolio 1990). Dicha versión (MLQ-5R) constaba de 70 ítems. Estos autores incorporaron siete factores:

cuatro de liderazgo transformacional (carisma, inspiración, estimulación intelectual y consideración individualizada), dos de liderazgo transaccional (recompensa contingente y dirección por excepción) y un factor que denota la ausencia de liderazgo (laissez-faire).

Años más tarde se apostó por una estructura compuesta por seis factores: tres de liderazgo transformacional (carisma/Inspiracional, estimulación intelectual y consideración individualizada), dos de liderazgo transaccional (recompensa contingente y dirección por excepción) y un factor que denota la ausencia de liderazgo (laissez-faire).

Este modelo fusionaba el carisma o influencia idealizada, y la motivación inspiraciones en un solo concepto: carisma/inspiracional.

En 1993, Bass y Avolio, tomando en consideración algunas de las críticas recibidas (Hunt, 1991; Smith y Peterson, 1988) y nuevas aportaciones teóricas (Conger y Kanungo, 1987; House, Spangler y Woyke, 1991), modificaron el cuestionario, creando la que hasta el momento es su última versión, que está compuesta por nueve factores y consta de 45 ítems. Este modelo es el denominado MLQ-5X (short form) Cada uno de estos nueve factores está compuesto por cuatro ítems, por lo que el MLQ-5X tiene 36 ítems relativos al liderazgo. Los nueve restantes (hasta completar los 45 que forman el cuestionario), miden variables de resultado organizacional tales como el esfuerzo-extra que los empleados están dispuestos a realizar, la eficacia del líder y la satisfacción de los empleados con él.

1.3.4 Componentes y dimensiones del Liderazgo de alcance pleno.

El modelo de liderazgo de alcance pleno ha pasado por diferentes modificaciones, desde sus inicios (Molero Recio y Cuadrado, 2010). En la actualidad están compuestos por tres constructos mayores tratados como dimensiones o estilos de liderazgo y nueve factores.

Las dimensiones o estilos de liderazgo son:

1.3.4. a.- Liderazgo Transaccional,

Que incluye: Recompensa Contingente y Dirección por Excepción Activa.

1.3.4. b.- Liderazgo Pasivo-evitador ,

Compuesto por: Excepción Pasiva y Laissez-Faire.

1.3.4. c.- Liderazgo Transformacional:

Sus factores son: Influencia Idealizada como Atribución, Influencia Idealizada como Comportamiento, Motivación por Inspiración, Estimulación Intelectual y Consideración Individualizada. (Avolio y Bass, 2004).

Esta estructura de nueve factores surge a partir de la reexaminación del modelo utilizado, según la última base de datos y la normativa recopilada por Mindgarden.com y ha sido confirmada empíricamente por numerosas investigaciones (Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004; Mendoza, 2005; Bass y Riggio, 2006; Rowold y Heinitz, 2007; Álvarez, 2009; Molero, Recio y Cuadrado 2010).

En el siguiente cuadro se describen los indicadores de los estilos de liderazgo, de alcance pleno, según el modelo de Bass (1994).

1.3.4. a - Liderazgo Transaccional.

Para Bass (1985), "el liderazgo denominado transaccional se define como un contrato de transacción entre el líder (que busca el cumplimiento de metas) y los subordinados, que entregan su esfuerzo para obtener un desempeño que pueda intercambiarse con una recompensa para la satisfacción de ciertas necesidades". (p. 11),

Bass (1985, en Vega y Zavala, 2004) asevera que el liderazgo transaccional es reforzamiento contingente positivo mediante una recompensa (material o psicológica) al seguidor, si éste ha alcanzado el desempeño convenido en su rol establecido para cumplir las metas designadas. Asimismo, dice que es reforzamiento contingente, "exercivo", pues proporciona castigo o sanción, si el seguidor desatendió su rol y su esfuerzo y no alcanzó el desempeño esperado. En suma, dice que el seguidor *recibe una recompensa o evita el castigo, lo que es contingente con el desempeño acordado*, (Vega y Zavala, 2004, p. 106).

En esta línea ampliando la concepción politológica de Burns (1978) hacia el sector público, militar, industrial y educativo, lo describe como el proceso mediante el cual el líder reconoce lo que el seguidor desea obtener de su trabajo y procura velar porque lo obtenga siempre que su desempeño lo justifique. Pues intercambia recompensas y

INDICADORES EN LOS
ESTUDIOS DE LIDERAZGO

DESCRIPCIÓN LIDERAZGO

LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	
Influencia idealizada (atribuida)	Entregan una visión de futuro clara y articulada compartiendo en ella las necesidades del seguidor: se puede contar con ellos porque comparten los riesgos, y demuestran altos estándares éticos y morales. Los líderes altos en este factor son admirados, respetados y obtienen la confianza de la gente. Los seguidores se identifican con ellos y tratan de imitarlos
Influencia idealizada (conducta)	Los líderes son vistos con respeto y son modelos de rol para la conducta ética y de confianza porque son consistentes entre lo que dicen y hacen. Tiene el mismo significado que el factor anterior, pero los ítems que lo miden están centrados en conductas específicas
Motivación inspiracional	Los comportamientos de los líderes motivan e inspiran a los seguidores, se exalta el espíritu de equipo, tanto los líderes como los seguidores demuestran entusiasmo y optimismo creando metas articuladas a cumplir para desarrollar la visión compartida en dirección del cambio. Se refiere a los líderes que son capaces de motivar a los miembros de su equipo, proporcionando significado a su trabajo. Asimismo, el líder formula una visión de futuro atractiva para los empleados y la organización
Estimulación intelectual. De trato personalizado y apoyo tutorial	Pone especial atención en las necesidades y diferencias de cada individuo. Interactúa de forma personalizada con sus seguidores. Escucha efectivamente, y trabaja para desarrollar el potencial de sus seguidores. Enlazan las necesidades de los seguidores con la misión institucional. Estos líderes estimulan a sus colaboradores a ser innovadores, creativos y buscar por sí mismos la solución a los problemas que puedan plantearse
Consideración individualizada. De animación al cambio	Los líderes estimulan y fomentan la innovación, la creatividad, y cuestionan antiguos supuestos. Da la bienvenida a nuevas ideas y a no tener miedo a errores o a ir contra la corriente. Llevan a pensar nuevas soluciones o maneras de resolver problemas habituales. Los líderes altos en este factor prestan atención a las necesidades individuales de logro y crecimiento de los miembros de su equipo, actuando como mentores o coaches

LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL	
Recompensa contingente. De refuerzo contingente de conductas de logro y apoyo	Líderes y seguidores se ponen de acuerdo sobre lo que el seguidor requiere hacer para ser recompensado si hace bien su trabajo o evitar el castigo, en caso contrario. Mediante el uso de las conductas descritas en este factor el líder clarifica las expectativas de sus seguidores y proporciona reconocimiento cuando se consiguen los objetivos
Dirección por excepción (activa). Previniendo problemas	Líder monitorea y controla activamente errores o cualquier desviación de los estándares o de las normas, en el desempeño de sus seguidores, para tomar acción correctiva de inmediato. Este tipo de líderes se centra en corregir los fallos y desviaciones de los empleados a la hora de conseguir los objetivos propuestos por la organización
LIDERAZGO PASIVO-EVITADO	
Dirección por excepción (pasiva). Aptitud aversiva frente a los problemas	El líder pasivamente espera hasta que un problema emerja o incluso se haga grave y entonces reacciona. Estos líderes suelen dejar las cosas como están y en todo caso, sólo intervienen cuando los problemas se vuelven serios
Laissez-faire. De Evasión de responsabilidades y toma de decisiones	No transaccional, no se toman decisiones, se ignoran las responsabilidades de liderazgo Señala a aquellos líderes que evitan tomar decisiones y verse implicados en los asuntos importantes

Cuadro I.- Fuente: Adaptado de Castro et al. (2007, p. 169); Thieme (2005, p. 176); de Vega y Zavala (2004, pp. 128 - 132). Y Molero, Recio y Cuadrado (2010 pp. 495-501)

promesas de recompensas por el esfuerzo demostrado; y responde a las necesidades y deseos de sus seguidores siempre y cuando éstos vayan cumpliendo con el trabajo encomendado.

Reseñar que en el liderazgo transaccional la intencionalidad que mueve a los individuos hacia la acción depende: a) De sus expectativas y probabilidad de que su esfuerzo se traducirá en un resultado; b) Del mayor o menor valor personal que le otorgue al resultado (Bass, 1985).

Si las expectativas de éxito y el valor de lo que espera recibir son altos, entonces se encontrará motivado para la acción.

Este proceso fue utilizado en la mayoría de las organizaciones públicas y privadas, hasta antes de los años 80. En donde existía una forma de intercambio costo-beneficio al ser más sencillo de percibir, observar y medir (Bass, 1985).

El líder transaccional reconoce y satisface las necesidades de los seguidores (Avolio y Bass, 2004; Bass, 1985; Burns, 1978). Se interesa por las necesidades y deseos inmediatos, existenciales o de primer orden (fisiológicas o de seguridad) que pueden ser intercambiados por el desempeño del seguidor.

En definitiva el transaccional representa la base para la eficacia del liderazgo permitiendo alcanzar metas contractuales u originalmente pactadas a través de la transacción.

1.3.4. a.1- Factores del liderazgo Transaccional

Estos factores se corresponden con el encuentro que se produce entre líderes y seguidores en un orden transaccional y que mediante su valoración se puede medir el grado de eficacia en la aplicación de este tipo de liderazgo.

1.3.4. a.1.a- Recompensa contingente.

El liderazgo transaccional induce al reforzamiento contingente (Bass y Avolio, 1994). Las recompensas del líder dependen del logro de niveles de rendimiento especificados. Según (Thieme 2005), el líder y los seguidores se ponen de acuerdo sobre la recompensa

y lo que se requiere hacer para alcanzarla o para evitar el castigo, en caso contrario. La recompensa contingente o forma positiva del reforzamiento contingente, es considerado el factor transaccional por excelencia y en la investigación ha demostrado mayor eficacia (motivando a los seguidores), que la dirección por excepción activa (Podsakoff et al., 1984; Bass, 1985; Bass y Avolio, 1994; Judge y Piccolo, 2004; Bass, 2008).

En la recompensa contingente cuando el seguidor cumple con lo acordado y recibe el estímulo positivo, se encuentra satisfecho, incrementa su autoestima, confianza y refuerza el rol que debe desempeñar en la organización (Bass, 1985).

Entre los comportamientos asociados con la recompensa contingente son el de proveer apoyo como intercambio por el esfuerzo realizado, clarificar lo que se puede recibir si se alcanzan las metas, asignación de responsabilidades para metas específicas o expresar satisfacción ante el logro de objetivos (Avolio y Bass, 2004).

En suma, el líder que utiliza el comportamiento de recompensa contingente otorga beneficios y suple las necesidades de sus seguidores en intercambio por el desempeño satisfactorio y no desviado de las normas (Bass, 1985).

De esta forma se está contribuyendo con el proceso transaccional, ya que por un lado entregar a tiempo el beneficio pactado, refuerza la confianza y autoestima del seguidor e incrementa su satisfacción y, por otro, negocia y clarifica lo que se puede recibir como intercambio por el esfuerzo realizado.

Los ítems que componen la Recompensa Contingente, son en el caso de los líderes:

- 1.- Ayudo a la gente a mi cargo, a cambio de que ellos se esfuercen en su trabajo.
- 2.- Señalo de forma específica quién es la persona a cargo de lograr determinados objetivos de rendimiento.
- 3.- Dejo claro lo que uno puede recibir si se consiguen los objetivos.
- 4.- Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas.

N.B. En el cuestionario correspondiente a los subordinados, el enunciado de los ítems están en tercera persona, queda aquí reflejada esta apreciación, como reseña para los demás factores del cuestionario.

1.3.4. a.1.b - Dirección por excepción activa.

El líder busca activamente las desviaciones de los resultados deseados, con el fin de adoptar medidas correctivas, respecto al desempeño de los seguidores

El líder que utiliza el comportamiento de dirección por excepción activa tiende más a emprender la búsqueda de posibles desviaciones que esperar pasivamente a que se produzcan (que es lo que sucede en la versión pasiva). Asimismo, el líder va reforzando los procesos, reglas y normas para evitar errores.

Los ítems del MLQ relacionados con comportamientos de Dirección por Excepción Activa son:

- 1.- Enfoca su atención en las irregularidades, fallos, excepciones y desviaciones con respecto a la norma esperada.
- 2.- Concentra toda su atención en los errores, quejas y fallos.
- 3.- Recuerda todos los fallos.
- 4.- Hace que dirija mi atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido (Avolio y Bass, 2004).

Estos líderes utilizan los refuerzos de castigos como mecanismos de control auxiliares a la transacción, similar a lo señalado para su forma pasiva y los efectos que tienen sobre los seguidores son similares (Bass, 1985).

1.3.4.b - Liderazgo Pasivo-Evitador

El líder realiza una acción correctiva sólo después de que los problemas llegan a ser graves, o no la realiza, evitando tomar decisiones.

1.3.4. b.1 - Dirección por excepción pasiva.

Evita intervenir hasta que los problemas son serios. Esperar a que las cosas vayan mal antes de actuar. El líder demuestra que cree firmemente en el dicho "si no está roto no lo arregles".

Hacer ver que los problemas deben convertirse en crónicos antes de actuar, son comportamientos representativos de la dirección por excepción pasiva (Avolio y Bass, 2004).

Dos elementos característicos se dan en este comportamiento: 1. Que el líder se mantiene pasivo y no reacciona hasta que la situación negativa se produce y 2. Cuando reacciona lo hace a través de un castigo.

Se trata de un líder que se interesa por mantener el status quo y se centra principalmente en la producción, por lo que sólo activa los mecanismos auxiliares de control cuando los seguidores se desvían de las normas, no alcanzan las metas establecidas o su desempeño disminuye (Bass, 1985).

Los ítems que componen este factor son:

- 1.-Evito intervenir hasta que los problemas se agravan.
- 2.- Espero que las cosas vayan mal antes de actuar.
- 3.-Demuestro que creo firmemente en el dicho "si no está roto no lo arregles."
- 4.- Dejo que los problemas se vuelvan crónicos antes de actuar.

1.3.4. b.2- Laissez-faire

El liderazgo laissez-faire, se presenta como la antítesis del liderazgo. Es el líder que evita participar con el grupo, otorgándoles total libertad para actuar y decidir, sólo está dispuesto a intervenir si se le pregunta y proporciona la información necesaria para que el trabajo se realice en lo básico. Es el tipo de líderes con personalidad despegada, cautelosa, introvertida, indecisa, conformista e irracional (Bass, 2008).

Los ítems correspondientes del cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ) son: 1.- Evita involucrarse cuando surge alguna cuestión importante. 2.-Está ausente cuando se le necesita. 3.- Evita tomar decisiones. 4.-Se demora a la hora de responder a cuestiones urgentes (Avolio y Bass, 2004).

Este estilo representa la ausencia de liderazgo, es el más inactivo e ineficaz y como opuesto al transaccional representa la no transacción (Bass y Avolio, 1994). En ocasiones se incluye dentro del proceso transaccional ya que se trata del extremo más opuesto

del comportamiento de dirección por excepción, aunque realmente no contribuye a la transacción sino más bien genera resultados negativos (Lowe et al., 1996; Dumdum et al., 2002; Bass, 2008.).

Reseñar que en esta investigación, así como en otras (Yammarino y Bass, 1990; Pascual et al., 1993; Avolio et al., 1999; Mendoza, 2005; Álvarez, 2009; Molero, Recio y Cudrado 2010) y cuantos han investigado sobre la base del liderazgo de alcance pleno (Avolio y Bass, 2004) hemos unido los factores de dirección por excepción pasiva y laissez-faire, dentro del factor Pasivo-Evitador, que aunque no son iguales. comparten cierto grado de inactividad al encontrarse correlacionados entre sí. Se ha procedido a esta agrupación al sostener grados de inactividad al encontrarse correlacionados negativamente y con los indicadores de desempeño (Avolio y Bass, 1991, 2004; Bass y Avolio, 1993; Lowe et al., 1996; Dumdum et al., 2002.).

1.3.4. c.- Liderazgo transformacional.

El liderazgo transformacional aumenta al transaccional, e integra al carisma, bajo la etiqueta de influencia idealizada, como el factor más importante. Por una parte el modelo permite al transaccional, a través del transformacional, estimular un esfuerzo extra en el seguidor y, además, ofrece al líder carismático un abanico de comportamientos a través de las distintas dimensiones que integran el modelo.

De esta forma, el liderazgo transformacional no sustituye al transaccional, sino que motiva e inspira a los seguidores para que vayan más allá de lo inicialmente pactado e, inclusive, de lo que ellos mismos consideraban posible, incrementa su satisfacción y compromiso y en el proceso va desarrollando nuevos líderes (Bass y Riggio, 2006).

El liderazgo transformacional actúa motivando a los seguidores a ir más allá que lo programado con la simple transacción. El líder transaccional persigue un intercambio económico de costo-beneficio que satisface las necesidades actuales de los seguidores a cambio de los servicios prestados; el líder transformacional también reconoce las necesidades pero *tiende a ir más lejos*, al despertar y satisfacer aquellas de mayor orden y al involucrar al seguidor en su totalidad (Bass, 1985, p. 14).

En el fondo de esta teoría los líderes transformacionales utilizando comportamientos de, influencia idealizada (carisma), motivación por inspiración, estimulación intelectual

o consideración individualizada, activan el proceso transformacional, elevando exponencialmente las probabilidades subjetivas de éxito en el seguidor, así como del valor que asigna a los resultados designados y, con esto, impulsan a un esfuerzo adicional o desempeño más allá de las expectativas inicialmente pactadas. Con su influencia lleva al seguidor a trascender sus propios intereses por el bien del grupo y de la organización.

El líder transformacional a través de sus comportamientos característicos como la influencia idealizada (carisma) o la motivación por inspiración, logra que el seguidor aumente su consciencia de lo que es importante y posible y que se vea motivado a sacrificar sus intereses a favor de los demás. El aumento en la consciencia y el despertar de necesidades de mayor orden que trasciendan los intereses propios puede producir un esfuerzo extraordinario en el seguidor (Bass, 1985, p. 15).

1.3.4. c.1.-Factores del liderazgo Transformacional.

A continuación se exponen cada uno de los comportamientos o factores que integran el liderazgo transformacional y que aportan una parte importante en el desencadenamiento del proceso transformacional.

Destacar que de los factores de liderazgo transformacional, desde sus orígenes, la influencia idealizada se dividió en dos: 1). La influencia idealizada como comportamiento (IIC) y 2). La influencia idealizada como atribución (IIA).

1.3.4. c.1.a- Influencia idealizada - Conducta

La influencia idealizada o inicialmente carisma (Bass, 1985), es el componente más importante del liderazgo transformacional y el que da cuenta de los mayores porcentajes de varianza común en la eficacia del liderazgo (Lowe et al., 1996; Trottier et al., 2008).

Estos líderes tienen seguidores que los ven de forma idealizada lo que les brinda suficiente poder de influencia, así como una fuerte atracción para que los seguidores deseen identificarse personalmente con ellos y con su misión (Bass y Avolio, 1990b ; Avolio y Bass, 2004.). Esta prevalencia y que cada componente por sí solo puede generar transformación, es lo que ha permitido que el liderazgo carismático sea tratado por algunos como similar al transformacional (House y Shamir, 1993; Conger y Kanungo, 1998; Hunt, 1999).

No obstante, para esta teoría (Bass, 1985) y, a diferencia de las anteriores, el carisma es considerado una condición necesaria pero no suficiente para dar cuenta del proceso transformacional.

Entre los comportamientos que se consideran que mejor permiten identificar a un líder carismático (con influencia idealizada) se encuentra el hecho de que éste resalte la importancia de contar con un fuerte sentido de la responsabilidad, que haga públicos sus valores y creencias, que considere las consecuencias morales y éticas de sus actos y que resalte la importancia de contar con un sentido colectivo de la misión (Avolio y Bass, 2004).

El líder que posee influencia idealizada cuenta con una personalidad característica muy similar a la considerada por (House 1977). Sus principales rasgos son la autoconfianza, su fuerte autodeterminación y una amplia libertad de conflicto interno que le permite incrementar la confianza en que sus ideas y valores son importantes y correctos. “Detrás de este tipo de líderes, sus colegas y subordinados encuentran sentido y satisfacción para trascender sus propios intereses” (Bass, 1985, p. 48).

La influencia idealizada es el factor más importante del liderazgo transformacional, ya que consistentemente ha probado ser el de mayor efecto transformador en los seguidores (Bass, 1985; Lowe et al., 1996; Dumdum et al., 2002; Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004; Bass y Riggio, 2006).

Los ítems con los que se manifiestan los líderes transformacionales cuando desarrollan la influencia idealizada-conducta, son: 1.- Hablo a la gente a mi cargo de los valores y creencias más importantes para mí. 2.- Hago ver la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos. 3.- Considero las consecuencias éticas y morales de mis decisiones. 4.- Enfatizo la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar

1.3.4. c.1.b.- Influencia idealizada – atribución.

El seguidor no solo debe ver en el líder su comportamiento sino que también le debe afiliar atribuciones. Así aparece en el liderazgo de alcance pleno este factor. Que es en donde toma mayor relevancia asociado a las atribuciones del liderazgo

carismático (Conger, 1989/1991; Conger y Kanungo, 1987, 1998). Pues *„El carisma como atribución se encuentra en el ojo del espectador* (Bass, 1985, p. 40).

En las primeras versiones el factor influencia idealizada (carisma) se interesó por recoger comportamientos asociados al carisma (Bass, 1985). Más adelante (Bass y Avolio, 1990b, 1993; Avolio et al., 1997), respondiendo a recomendaciones (House et al., 1991) y sobre la base del enfoque atribucional del liderazgo (Weber, 1956/1964; Willner, 1984; Conger, 1989/1991; Conger y Kanungo, 1987, 1998; Bryman, 1992), donde el carisma no sólo son los comportamientos que se pueden medir, sino que el seguidor los debe reconocer y atribuir en el líder.

El factor de influencia idealizada, que mide atribuciones de carisma, se ha sostenido como un factor relativamente independiente de los demás factores que conforman el estilo transformacional (Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004; Mendoza, 2005; Bass y Riggio, 2006; Rowold y Heinitz, 2007 Álvarez, 2009;).

El cuestionario multifactorial de liderazgo (Forma 5x-corta), para conocer el grado en el que los seguidores atribuyen influencia idealizada al líder, utiliza ítems relativos: 1.- Al sentimiento de orgullo por asociación en el seguidor. 2.- A la percepción de si el líder va más allá de sus intereses personales. 3.- transmite una sensación de confianza, poder y respeto. 4.- Actúo de forma que me gano el respeto de la gente que trabaja conmigo. (Avolio y Bass, 2004).

1.3.4. c.1.c.- Motivación por inspiración.

La motivación por inspiración pretende levantar el ánimo de los seguidores para alcanzar la misión que persigue el grupo.

En el primer análisis factorial, donde se le llamó liderazgo inspirador, se consideró como un factor independiente y en el segundo análisis se abandonó como factor aunque se mantuvo como sub-factor del carisma, toda vez que el carisma generalmente es inspirador pero la inspiración no necesariamente surge del carisma (Bass, 1985). Durante la investigación ha sido el más problemático al encontrarse constantemente correlacionado con el carisma (Bass, 1988). No obstante, actualmente la motivación por inspiración se ha logrado sostener como un factor independiente de la influencia

idealizada (.Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004; Mendoza, 2005; Bass y Riggio, 2006; Rowold y Heinitz, 2007; Alvarez, 2009.)

El líder no se queda en ayudar al seguidor a satisfacer sus necesidades, sino a inspirar un esfuerzo extra para que vaya más allá de sus propias expectativas e interés personal, apelando más a la fe que a la razón y despertando emociones mediante el uso de símbolos, imágenes, lenguaje persuasivo y formulando una visión de un mejor futuro (Bass, 1985, 1988).

El líder transformacional puede inspirar a sus seguidores a través de una amplia gama de comportamientos (Bass, 1985, 1988). Por ejemplo, estableciendo objetivos desafiantes, introduciendo retos y proyectos de forma continua, promoviendo el voluntariado para realizar las tareas, apelando a los sentimientos, haciendo un llamamiento hacia comportamientos extraordinarios, proveyendo de sentido a las tareas o utilizando símbolos, imágenes, recuerdos o historias de éxito para transmitir las ideas centrales.

Para (House, 1977; Bass 1988) los siguientes componentes del comportamientos son fundamentales para la eficacia del liderazgo inspirador: 1. La habilidad del líder para gestionar el significado de las situaciones y de las impresiones que tendrán los demás, 2. De modelar las expectativas de los seguidores, 3. Para dar forma a una visión prometedora del futuro y 4. Para estimular intelectualmente a sus seguidores. Aún cuando este último componente generalmente resulta inspirador en el seguidor, su mayor virtud es despertar el conocimiento en los seguidores para la resolución de problemas, por lo que se analiza en el siguiente apartado.

Actualmente el comportamiento de motivación por inspiración se identifica a través de la frecuencia con la que los líderes se expresan de forma optimista sobre el futuro, de forma entusiasta sobre el trabajo, articulan una visión alentadora del futuro y expresan su confianza en que se alcanzarán las metas (Avolio y Bass, 2004).

1.3.4. c.1.d.- Estimulación intelectual.

Los líderes intelectualmente estimulantes pueden despertar en sus seguidores, en el grupo y en la organización, mayores niveles de creatividad e innovación sobre todo en la forma de ver los problemas y buscar soluciones.

La estimulación intelectual se compone de dos facetas. Por una parte el líder posee inteligencia, conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes, experiencia y, por otra parte, con esas capacidades estimula a sus seguidores a dar un nuevo enfoque a los problemas y buscar alternativas de solución antes de actuar.

La inteligencia es un rasgo del individuo que sistemáticamente se ha encontrado correlacionado con el liderazgo (House et al., 2004; Bass, 2008;).

“La estimulación intelectual pretende despertar la consciencia en los seguidores de lo que es importante y correcto, de la dirección que se debe tomar y el por qué de ese camino” (Bass, 1988, p. 2) con el fin de que los seguidores puedan resolver los problemas por sí mismos y con esto aumenten su independencia y autonomía respecto del líder.

Los Ítems del MQL, que valoran este factor del líder son: 1.-Analizo y reexamino los supuestos o las ideas centrales para ver si siguen siendo adecuadas o deben cambiarse. 2.- Busco diferentes perspectivas - o formas de ver las cosas - a la hora de solucionar los problemas. 3.- Hago que la gente a mi cargo contemple los problemas desde muchos ángulos diferentes. 4.- Sugiero nuevas maneras de realizar el trabajo asignado. (Avolio y Bass, 2004).

La estimulación intelectual se presume más eficaz en situaciones en donde los problemas se encuentren mal estructurados, en un entorno hostil o cuando la organización se enfrenta a problemas serios (Bass, 1985).

Existe evidencia de que los factores carisma y estimulación intelectual se relacionan más con el desempeño en el sector público que en el privado (Lowe et al., 1996).

1.3.4. c.1.e.- Consideración individualizada.

El comportamiento de consideración ha sido ampliamente explorado durante las últimas décadas siendo además un elemento esencial en la mayoría de las teorías de liderazgo (Stogdill y Coons, 1957; Blake y Mouton, 1964; Fiedler, 1967; Hersey y Blanchard, 1969; House, 1971 Conger, 1989/1991).

Asimismo, la correlación positiva entre consideración y satisfacción es uno de los

resultados claros que se ha encontrado sistemáticamente en la investigación (Putti y Tong, 1992; Bass, 2008; Yukl, 2009).

Un antecedente importante para este factor y que le ha servido de fuerte inspiración es la teoría del intercambio líder-miembro (Dansereau et al., 1975; Graen, 1976). La concepción de círculo interno o relación de calidad entre líder y seguidor es la que se asemeja a la consideración individualizada. De acuerdo con los resultados de Wang et al. (2005), el intercambio líder-miembro sirve de mediador entre el liderazgo transformacional y el desempeño de la tarea y comportamientos organizacionales ciudadanos

Los ítems que mejor representaron a este factor son: 1.-Dedico tiempo a la enseñanza y a la formación.2.- Trato a la gente más como persona individual que como miembro de un grupo. 3.-Considero que cada uno de los miembros de mi equipo tiene diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones que otras personas.4.- Ayudo a que la gente de mi equipo desarrolle sus capacidades. (Avolio y Bass, 2004).

1.3.5 Variables de resultado del liderazgo de Alcance Pleno.

Una vez expuestos los procesos, transaccional, pasivo-evitador y transformacional, así como los nueve factores que los componen, a continuación se desarrollan las variables de resultado esperado

Los líderes transformacionales influyen en el orden de necesidades y valores de sus seguidores a cambio de mayores niveles de estándares de desempeño, logrando de ellos/as, un esfuerzo extra, que propicie mayores niveles de satisfacción a sus seguidores y de eficacia.

De tal forma que, el modelo de Liderazgo de Alcance Pleno incluye tres variables de resultado, las cuales serán balanceadas positiva o negativamente por el desempeño de los líderes porque existe relación entre ellas y los estilos ejercidos:

1.3.5. a- Esfuerzo Extra.

Son acciones del líder que provocan mayor participación de los seguidores en cuanto a empuje en su trabajo cotidiano, ésta variable determina en qué medida los seguidores están estimulados a participar de manera activa, cuando el líder lo requiere,

consiguiendo de los seguidores, más allá de lo esperado.

Los ítems que componen el factor Esfuerzo Extra son: 1.-Consigo que la gente rinda más de lo que ellos mismos esperaban. 2.-Potencio el deseo de tener éxito en la gente de mi equipo.3.- Incremento el deseo de trabajar más en la gente de mi equipo. (Bass, y Avolio, 2004).

1.3.5. b- Satisfacción.

Está integrada por las acciones del líder que provocan gratificación en el grupo, lo cual determina como se sienten los seguidores respecto de las decisiones tomadas por el líder.

Los ítems que componen el factor Satisfacción son: 1.- Uso métodos de liderazgo satisfactorios. 2.-Trabajo de forma satisfactoria con la gente a mi cargo. (Bass y Avolio, 2004).

1.3.5. c- Efectividad.

Identifica a los líderes que contribuyen a la eficiencia organizacional y que son eficientes a la hora de identificar las necesidades profesionales de sus seguidores y presentarlas ante autoridades superiores, y en alcanzar los objetivos y metas establecidos por la organización.

Los ítems que componen el factor Efectividad son: 1.-Soy efectivo a la hora de satisfacer las necesidades laborales de las personas de mi equipo.2.- Soy eficaz a la hora de representar a la gente de mi equipo ante la autoridad superior. 3.-Soy eficaz a la hora de cumplir las demandas de la organización. 4.-El grupo que dirijo es eficaz. (Bass, y Avolio, 2004).

De tal forma, que el modelo de Alcance Pleno, de Bass y Avolio (2004) se concibe como una relación causa y efecto entre los diferentes estilos de liderazgo y las variables de resultados: esfuerzo-extra, satisfacción y efectividad así mismo, se puede demostrar una relación de causalidad.

1.4 Liderazgo de Alcance Pleno y su influencia en el contexto de las organizaciones

El comportamiento del líder puede producir cambios en el contexto organizacional, por tal motivo la relación entre las aptitudes y la eficacia de los líderes tiene mucha importancia en la estratificación del orden social de la organización

Por eso es necesario asociar al liderazgo la cultura organizacional, En esta dirección (Martín Rojo 1995) expresa

el conjunto de presunciones básicas, valores, normas, conocimientos y creencias compartidos por sus miembros, los cuales conforman la personalidad de ésta; sería ese intangible que determina toda una serie de estructuras organizativas y relaciones que condicionarán las futuras actuaciones de la organización. Se trata en principio de algo invisible, la atmósfera que envuelve la organización, que influye y está influida por todo lo que acontece en el seno de ésta; y esta entidad ideal se materializa y manifiesta en una serie de mitos, signos, ritos, etc., que ejercerán una importante influencia sobre los miembros de la empresa (p.16)

El líder es, en esencia, un constructor de cultura y un animador de procesos, porque tiene como retos: crear una visión y difundirla. Definir la misión y el código de valores de la organización, comunicarla y reforzarla sistemática y congruentemente, en especial con su ejemplo.

Identificar, enriquecer y encauzar el capital intelectual de la empresa. Ser agente de cambio y dirigirlo al interior de la organización. Crear y sostener la mejora continua. Establecer y controlar, con claridad y justicia, los objetivos, funciones, responsabilidades y roles del personal. Fortalecer el trabajo en equipo, los procesos humanos al interior de la empresa y el clima organizacional “Estar presente”, o sea, entrar en contacto y diálogo con los seres humanos que componen la organización o se relacionan con ella. Promover un alto nivel de energía y orientación a los resultados, premiándolos cuando se produzcan. (Naranjo Herrera, 2005).

Pues nos encontramos en todos los campos del espectro social con que las organizaciones, son cada día más dinámicas, y competitivas, esto supone para

determinados autores, el crear organización que aprenden. Y ¿desde que eslabón se debe producir esta dinamización?. Desde todos los niveles: micro, meso y macro.

A nivel micro, deben interactuar las habilidades técnicas adquiridas en los periodos formativos, sobre las creencias, actitudes y valores de los seguidores.

A nivel meso las acciones de los líderes están centradas en el correcto funcionamiento de las organizaciones, en donde las relaciones interpersonales, asociada a la cultura propia de la organización, permita un dialogo permanente, con los seguidores, (personal externo de las organización), así como con los directivos, con el fin de desarrollar la visión y misión establecidas.

A nivel macro, producen efectos en los pilares de la institución, fomentando el desarrollo de políticas sostenibles.

Todo esto evidentemente, se trata de una ardua y difícil tarea, que exige un importante compromiso e inversión de recursos intelectuales, para la mayoría de las organizaciones y un importante cambio en su cultura.

Es preciso, además, que los directivos de las organizaciones, una vez preparados para cambiar, pongan en práctica el liderazgo compartido, lo que Mark Hurd, presidente y consejero delegado de Hewlett-Packard, describió como “el liderazgo es como un equipo deportivo”.

El liderazgo compartido tiene tres ventajas. En primer lugar, sustituye de manera efectiva la jerarquía., esto supone repartir el conocimiento y el poder entre muchas personas, con el fin de permite a la organización procesar y responder a la información con rapidez, sin que sea necesaria una gran cantidad de dirección descendente.

En segundo lugar, un enfoque compartido desarrolla un buen aporte de capacidades de liderazgo. Al conseguir que todo el mundo participe en el desarrollo de la estrategia, la creación de valor y otras actividades que por lo general realizan los altos directivos, una empresa puede desarrollar el liderazgo y gestionar las habilidades entre un público amplio de colaboradores.

En tercer lugar, la existencia de múltiples líderes a todos los niveles que comprendan el entorno exterior y las capacidades internas de la organización pueden, permite ver tendencias importantes, que exigen el cambio corporativo, antes de que lo haga la cúpula de la organización.

Y lo que es más importante, el liderazgo compartido respalda una gestión del cambio más efectiva. Por lo general, en cualquier iniciativa de cambio hay más que hacer de lo que una sola persona o unos pocos líderes pueden abarcar.

El liderazgo compartido contribuye a solucionar ese problema. Además, los esfuerzos de cambio que están dirigidos por un único líder son entidades frágiles; si esa persona flaquea o se marcha, entonces el esfuerzo de cambio se paraliza.

Con el liderazgo compartido, hay en todo momento personas competentes disponibles, para que el impulso siga adelante.

En esta línea se mueve el líder de alcance pleno, pues por sus característica, cuando es ejercido en sus tres facetas: transformacional, transaccional y laissez faire, puede interactuar sobre todo los niveles de la organización.

Mediante este proceso los individuos, y las organizaciones, mejoran sus habilidades para, desempeñar funciones, resolver problemas, alcanzar objetivos y entender y abordar sus necesidades de desarrollo en un contexto más amplio y de una manera sostenible.

A nivel micro, el líder transaccional como el transformacional reconocen y satisfacen necesidades de los seguidores (Bass, 1985; Avolio y Bass, 2004). El primero se interesa por las necesidades y deseos inmediatos, existenciales o de primer orden (fisiológicas o de seguridad) que pueden ser intercambiados por el desempeño del seguidor y, el segundo, por necesidades más trascendentales o de orden superior (amor, estima y autorrealización, que impulsan al seguidor hacia la madurez y el desarrollo a largo plazo. Ambos tipos de liderazgos generan cambios en sus seguidores (Bass, 1985; Avolio y Bass, 2004) y en la organización.

El líder transaccional a nivel meso, actúa sobre la cantidad y calidad del desempeño, en la atención que se presta a las acciones, en la sustitución de metas o en la resistencia para la implementación de estrategias.

Por su parte el líder transformacional genera cambios de orden superior, a nivel meso, esto es, en las actitudes, creencias, valores y necesidades de los seguidores y no únicamente en la calidad de la producción o de los objetivos seleccionados, influye en la cultura de la organización.

Cada estilo representa un proceso conceptualmente distinto a nivel meso, al existir una serie de comportamientos que activan el proceso transaccional y que permiten alcanzar los resultados inicialmente pactados con sus seguidores pero también, se generan otra serie de comportamientos que activan el proceso transformacional y que motivan a realizar un esfuerzo extra, consolidando la cultura del cambio

El líder transformacional utiliza ambos estilos pero debe saber en qué parámetros se mueve, pues cuando apuesta más por uno de ellos disminuye la capacidad del otro (Bass, 1999). Con este planteamiento es fácil concluir que la pureza del liderazgo de alcance pleno pasa por la posibilidad de que los tres tipos de liderazgo (transaccional; transformacional y *laissez faire*) se den en los líderes cuando entran en conflicto circunstancias ambiguas.

En este contexto, el liderazgo de alcance pleno, cuando se pone en práctica en una organización, sobre el constructo que más interactúa es, en la “cultura organizacional”. Pues posibilita combinar aspectos racionales y lógicos, con misiones, visiones creativas y emocionales. Además de enfoques descriptivos objetivos con apreciaciones e interpretaciones valorativas subjetivas (Rodríguez, 2007).

Colvin (1999) expone cuatro prácticas observadas del liderazgo que se relacionaban con cambios en la cultura organizacional:

- **Estimular el proceso:** Esta práctica observada en líderes transformacionales incluye las conductas de buscar oportunidades, experimentar y tomar riesgos.

El buscar oportunidades se refiere a la capacidad de dirigir el pensamiento para adelantarse a las situaciones, con el fin de adoptar cambios y aceptar responsabilidades.

Respecto de la conducta de experimentar y tomar riesgos, se observó que los líderes la deben realizar, a través de aprender de sus errores, saber escuchar, y promover

la comunicación abierta con sus subordinados. De esta forma, estimularan a las personas a tomar riesgos, y ellos mismos seran un modelo de rol, al mostrarse decididos bajo incertidumbre extrema y siendo conscientes de la angustia de la gente.

- **Inspirar una visión compartida:** Los líderes transformacionales desarrollan la visión, por una parte a través de conductas que proveían una orientación hacia el futuro, construyendo una figura mental del objetivo idealmente deseado; y por otra parte, a través de conductas tendientes a manejar la credibilidad del mensaje, mostrar los beneficios de la visión a los subordinados, hacerlos sentir parte de algo que los trasciende y la utilización de un lenguaje expresivo con muchas metáforas, historias y slogans.

- **Capacitar a los miembros hacia la acción:** Los líderes realizan esto fundamentalmente a través de dos vías: fomentar la colaboración y fortalecer a los otros.

- **Energización, se refiere a que elevan la motivación de sus seguidores.** Esto lo hacen por una parte al reconocer las realizaciones individuales, asociando el estímulo al desempeño exhibido.

Estos líderes superan la planificación, control y administración de las personas por dirección comprometida, motivación y cambio. Y generan nuevos comportamientos.

Como definen (Bartlett y Ghoshal 1994) en "Changing the role of top management", el nuevo rol del directivo en las organizaciones pasa por sustituir estrategias por finalidad, estructura por procesos y sistemas por personas, para lograr transformar al antiguo gestor en un líder transformador. (p.80). Que active a las organizaciones, apostando por cambio cultural, en donde el capital humano sea reconocido y se consiga profesionales implicados en la misión y visión de la organización.

Para concluir este capítulo y haciendo referencia al modelo que se ha utilizado en esta investigación, Bass y Avolio (1994) refieren que el perfil óptimo de liderazgo incluye una mínima frecuencia de *laissez faire* y un gradual incremento de la frecuencia de las variables transaccionales para llegar a una elevada frecuencia de las variables transformacionales. Bass y Avolio (2000) postulan que un líder efectivo exhibirá todos los estilos de alcance pleno en algún grado.

PARTE II.

Enfermería.

Competencias y liderazgo en el medio sanitario

2 Introducción

En este capítulo, desarrollaremos el devenir histórico de la enfermería, su conceptualización y las definiciones que se han utilizado para caracterizar a esta disciplina, además de profundizar en la idiosincrasia de esta profesión, con la intención de conocer cómo se comporta en el medio sanitario y de manera especial en el contexto en donde se ha realizado esta investigación que son hospitales públicos de Andalucía.

2.1. Recorrido histórico de la enfermería

Tres son las etapas que encontramos en el recorrido histórico de la enfermería: doméstica; vocacional; técnica y contemporánea.

Etapla doméstica: (Prehistoria y Periodo grecorromano); Enfermería está asociada al mantenimiento de la vida. El cuidado es ejercido por la mujer mediante un contacto físico (Domínguez, 1989; Colliere, 1996), orientado a realizar actuaciones básicas, encaminadas a: la higiene, alimentación y abrigo de las personas a su cargo. Según (Domínguez, 1989), "Cuidar es una noción familiar, sin embargo, resulta difícil definirla, con palabras comprensibles y medibles, tiene además diversos usos lingüísticos" (p., 25)

Los griegos utilizan una expresión intraducible que designa la actitud de cuidar: "Epimelea" original termino que expresa, consideración, acción, conocimiento y amor (Torralba, 1998, 2002).

Etapa vocacional: (Edad media; Órdenes religiosas); La enfermería está vinculada a una dedicación vocacional, marcada por valores religiosos, propios del cristianismo. Los cuidados los dan tanto las mujeres consagradas como los monjes. Se produce un salto en al acercamiento hacia las personas, se pasa de un maternalismo físico a un maternalismo basado en la palabra, el consejo y la oración.

Etapa técnica y contemporánea: (Mundo Moderno y Contemporáneo). La práctica enfermera está ligada a la lucha contra la enfermedad. Con una finalidad, el asegurar la continuidad de la vida y hacer retroceder la muerte. Según refiere (Colliere, 1996). " Es una lucha contra lo que provoca la muerte" (p. 9)

Esta etapa se inicia a partir de la segunda mitad del s.XIX, periodo en donde se busca la causa de la enfermedad, dando origen a avances tecnológicos, que se desarrollan gracias a la inversión de los recursos y en medios que favorezcan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, normalizándose la actuación enfermera en un espacio físico muy concreto: el hospital.

En este devenir histórico, enfermería pasa de su faceta simplemente de cuidador/a en actuaciones básicas a una dimensión técnica, ocupando un espacio dentro de las profesiones sanitarias. Su identidad está avalada por la práctica y el conocimiento (planes de estudio).

Actualmente nos encontramos en una etapa en donde, enfermería realiza actuaciones que pueden coordinar un equilibrio entre el ser humano y el ambiente en donde se mueve, con un fin, promover la salud y evitar enfermar, desde una práctica segura.

Pero uno de los acontecimientos más importantes que, en los últimos años que ha marcada la identidad en enfermería ha sido la Declaración realizada en Alma-Ata, en el marco de la 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), donde la OMS publicó un *Documento básico sobre Enfermería*, en el que se expresa según (Carballo, 2005)

La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.(p., 3).

Esta situación exige la necesidad de una nueva metodología de trabajo interdisciplinar como parte del equipo sanitario, en el que Enfermería trabaja en igualdad y de forma correlacionar con miembros de otras profesiones y actividades implicadas en prestaciones de cuidados de salud y servicios relacionados con ella para poder establecer una visión multidisciplinar de los problemas de salud y poder decidir conjuntamente las decisiones pertinentes, desde la experiencia y la responsabilidad compartida (Hall, 1979)

Pero ha sido en 1999, cuando enfermería ha tomado otra dirección mediante el desempeño de sus funciones (gestión de los cuidados, educación, investigación y asistencia de cuidados), desde otro marco. Avalada por un tipo de formación que actualmente aboga por conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, médicas y biológicas y también de las humanidades y motivado por la implantación del Plan Bolonia (1999) también denominado Espacio Europeo de Educación Superior. Pues enfermería ha entrado a formar parte de las carreras con calificación de Grado.

La Declaración de Bolonia (1999) firmada por los ministros de educación de veintinueve países, tuvo como objetivo principal reformar la Educación Superior en Europa, iniciando el seguimiento de las metas propuestas para el año 2010: “Crear un Espacio Europeo de Educación Superior que mejore la capacidad de empleo y movilidad de los ciudadanos, y que mejore la competitividad internacional de la educación superior en Europa”

Destacamos de esta declaración el papel protagonista que adoptan las Universidades como instituciones que, en virtud de su autonomía, deben asumir el papel del cambio y el proceso de convergencia (Declaración de Bolonia 1999). Las principales líneas de actuación marcadas son:

Sistema común de titulaciones en los países miembros de la UE. Créditos ECTS (European Credit Transfer System).

- Garantizar la calidad de la enseñanza superior a través de mecanismos de evaluación, acreditación o certificación.
- Favorecer la movilidad de profesores, investigadores, personal administrativo y estudiantes.
- Promover la cooperación europea y asegurar la calidad de la enseñanza.

Este proceso formativo es ambicioso, complejo, e incluso en determinados sectores, polémico, pues pretende la convergencia en materia de Educación Superior entre los países del continente Europeo.

Con la universalización y globalización de la práctica enfermera se intenta abrir un gran abanico de competencias que exige conjugar conocimientos de: política sanitaria, sistemas sanitarios, liderazgo, administración y gerencia. En un contexto de Unidades Clínicas de Gestión.. Sin olvidarse del modelo propio de enfermería, que se materializa, sobre unos criterios polivalentes de trabajo, en el que se consolida la profesionalización, con un claro objetivo de oficializar la actividad de cuidar. Intentando acomodar sus actuaciones al entorno social (Buresh, 2001; García Bañón, 2004; Cano, 2004; German Bes, 2004; Fajardo, 2004).

2.1. a- Evolución de la enfermería en España.

Paralelamente al desarrollo histórico general, ha caminado la enfermería en España. Así podemos distinguir tres etapas: etapa vocacional; etapa técnica y etapa profesional.

Etapla vocacional. (Hasta 1952)

Durante este periodo, las órdenes religiosas, son las encargadas del control de la enfermería. Existen tres tipos de profesionales con diferente preparación: practicante, enfermeras y parteras.

El perfil del practicante, es propio de los hombres y realizaba funciones del barbero y sacamuelas. Por su parte las enfermeras y parteras, solo podían ser mujeres.

El acontecimiento importante de esta etapa, fue la creación de la primera escuela de enfermería, y la posibilidad de darle oficialidad al título, aunque para obtenerlo no se necesitaban estudios previos y se expedía haciendo unos cursillos. (Real Orden del 7 de Junio de 1915).

En España la ordenación de los planes de estudio no se produjo hasta el año 1940. Desde este momento ya se exige tener realizado tres años del antiguo bachillerato.

En 1945 se crea el Consejo General de Auxiliares Sanitarios y los Colegios Profesionales, circunstancia que exige la obligatoriedad de estar colegiado, para ejercer la profesión.

Etapla técnica: (Desde 1952 a 1977)

En este periodo se unifican las tres profesiones: practicante, enfermera y partera, apareciendo la titulación de Ayudante Técnico Sanitario. (1953). Asociado a una titulación de formación profesional.

Desde este momento para realizar estos estudios es necesario tener el Bachiller elemental. Esta titulación la pueden obtener tanto hombres como mujeres. Aunque existe algunas diferenciaciones por sexos, pues las mujeres realizaban los estudios en régimen de internado y los hombres en las escuelas. En el plan de estudio también existía diferenciación según sexo, las mujeres aprendían costura, hogar...y los hombres autopsias.

También se crea una especialidad que es la de matrona a la que solo tienen acceso las mujeres (el control del acceso y la obtención de esta especialidad es realizado en hospitales maternos, que estaban dirigido por órdenes religiosas femeninas).

Los planes de estudio desde que se creó la titulación de Ayudante Técnico Sanitario, tienen tanto contenido, teórico como práctico, aunque el enfoque era técnico-médico y no eran homogéneos pues existía una diversidad de orientación según las escuelas (los hospitales más centrados en los cuidados y las escuelas en la técnica).

Las escuelas en donde se realizan estos estudios estaban vinculadas a la facultad de Medicina.

Fruto de estas reseñas históricas es la afirmación de (Domínguez Alcón 1989): Desde el año 1955, *las enfermeras españolas constituyen el colectivo más numeroso del ámbito sanitario*.

Etapas profesionales: (Desde 1977)

En 1977 se instaura en España la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería, que sustituye a la categoría profesional de Ayudante Técnico Sanitario. Se pasa de un nivel formativo medio, al primer ciclo de estudios universitarios (Domínguez , 1986; Durán, 2002; Amezcua, 2003).

Con la aparición de esta nueva disciplina, se produce un cambio significativo en la concepción de la identidad enfermera, pues se incorpora de base el conocimiento abstracto, generado por el propio colectivo.

Enfermería desea tomar la dirección de su propia disciplina, ejercer la profesión con pleno derecho, conseguir autonomía, clarificar el rol profesional, y hacer patente la aportación de las enfermeras/os al cuidado de la salud. Dejando a un lado el modelo biomédico (Colliere, 1996; Domínguez , 1986; Medina, 1999) para pasar a restablecer la naturaleza de los cuidados, creyendo en su importancia, y en su valor terapéutico. Directrices que se deben consolidar desde el periodo formativo (German Bes, 2004), sea cual fuere la organización sanitaria en donde se imparta.

Desde 1999, con la declaración de Bolonia, la Enfermería Española se acoge al Espacio Europeo de Educación Superior y cambia la conceptualización de Diplomado/a Universitario/a en Enfermería, a Grado en Enfermería. Este nuevo modelo educativo pretende no sólo evaluar el conocimiento, sino también las destrezas, habilidades y actitudes (de la Horra, 2010).

La estructura de este nuevo modelo circunda en torno a seis ejes fundamentales: la estructura de las enseñanzas, el sistema de créditos, la competitividad, la movilidad, la garantía de la calidad y la transparencia informativa.

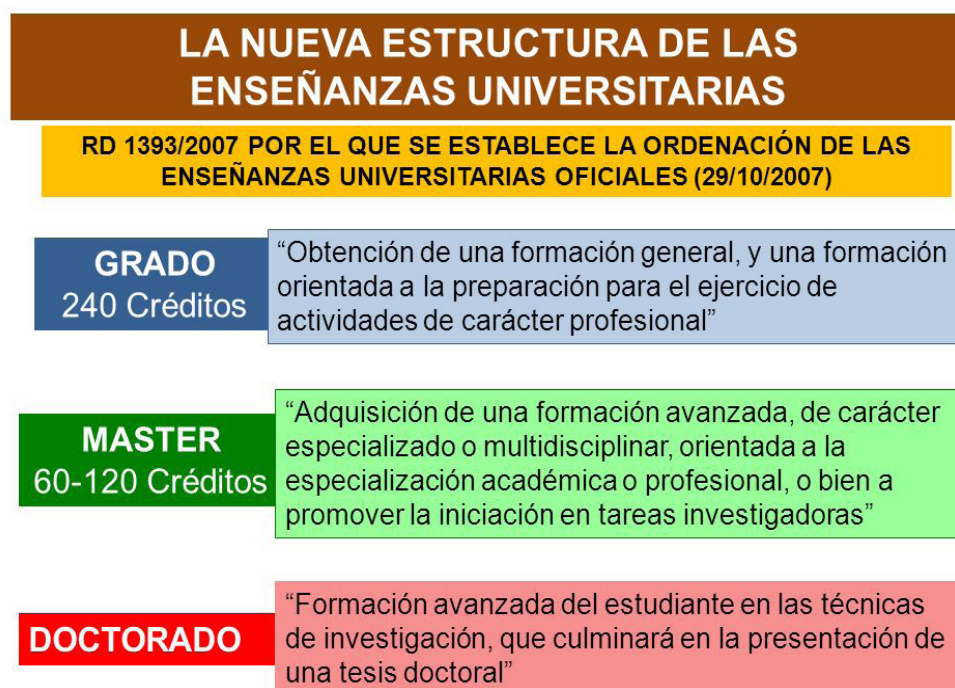
Además se plantea la calidad como un fin último, y en este sentido, las universidades e instituciones de educación superior, deben disponer de políticas y procedimientos para la garantía de calidad y criterios sobre sus programas y títulos, y de mecanismos formales para la aprobación, seguimiento y revisión periódica de los mismos (Unión Europea 2005).

En España, la adaptación a la Convergencia Europea, está regulada por una normativa, basada en publicaciones de leyes y reales decretos (RD) que desarrollan diferentes aspectos, y diferentes organismos, entre ellos (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2008). La Ley Orgánica 6/2001, de Universidades, en el art. 31, se refiere a *La promoción y la garantía de calidad de la Universidad Española, es un fin esencial de la política universitaria*. La Ley Orgánica de Universidades, de 21 de diciembre de 2001, que promueve la integración del sistema universitario español en el nuevo escenario europeo. Esta norma señala, en su art. 87, que la integración en el EEES del sistema Español corresponde al Gobierno, a las Comunidades Autónomas y a las Universidades, en el ámbito de sus respectivas competencias, y créditos que se repartirán en cuatro años.

Dentro de la normativa reguladora encontramos el RD 1044/2003 que establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.

Por su parte el Documento Marco del 10 de Febrero del 2003, fue creado para la Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior. Este documento incluye todos los aspectos y objetivos planteados en las

declaraciones de la Sorbona (1998) y Bolonia (1999), y los mecanismos y compromisos necesarios en España para alcanzarlos. Se presta especial atención al papel del profesorado y las Tecnologías de la Información y la Comunicación.



Cuadro 2. Ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

El RD 1125/2003 que establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

La Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril, desarrolla que las enseñanzas universitarias conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente, Grado, Máster y Doctorado, conformando estos dos últimos el Postgrado, con titulaciones que cualifiquen para la inserción en el mercado laboral.

El RD 861/2010, de 2 de julio, establece las condiciones para la elaboración de los planes de estudio. Estos tendrán 240 créditos (ECTS), y contendrán toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: aspectos básicos de la rama de conocimiento, materias obligatorias u optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, elaboración y defensa de un trabajo de Fin de Grado u otras actividades formativas. Estos 240 créditos se repartirán en cuatro años.

2.2 Conceptualización en enfermería.

Definiciones.

Una vez expuesto el devenir histórico de la enfermería, es importante abordar su conceptualización, con el fin de conocer esta disciplina y su identidad. Conjugando devenir histórico, definiciones, conceptualización e identidad (percepción individual de las enfermeras/os en el contexto de la práctica enfermera), reforzará el conocimiento y comprensión del rol que atesora la enfermería.

En todo desarrollo de investigación es conveniente poner su punto de partida en una definición que acote y proporcione el máximo alcance al objeto de estudio.

Enfermería debido a sus características y evolución en el medio y en el tiempo, ha tenido dificultades para cerrar su marco teórico. Por tal motivo su presentación requiere una somera visualización, para evitar conceptualizaciones arbitrarias y erróneas. En esta línea V. Henderson (1971), en su tratado de enfermería, dice: "considero que enfermería cambiará según la época en que se practique y que depende de lo que realizara el personal de salud".

A partir de este pensamiento, se ha realizado una revisión bibliográfica, con el fin de conocer el sentir y pensar de autores que han plasmado definiciones sobre enfermería.

Fruto de esa revisión nos hemos encontrado con numerosas definiciones sobre enfermería, como las de: Florence Nightingale, H. Peplau, Virginia Avenel Henderson, Martha Rogers, Imogene King, Dorothea Orem, Callista Roy. En donde existe un punto central en todas sus teorías que es el constructo *cuidar*.

Aunque enfermería data de los anales de la historia,(Etapa domestica). Fue con Florence Nightingale, a finales del siglo diecinueve, con quien la disciplina enfermera empezó a tomar cuerpo teórico y práctico. Aunque el punto álgido, se produjo en la década de los años 50 del siglo pasado, cuando las enfermeras publicaron, los primeros fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería y fruto de estos estudios, hoy disponemos de una importante producción científica.

Pero para entender científicamente el sentido de esta profesión, en donde se conjuga teoría y práctica. Es necesario tener en cuenta que en las ciencias sociales, el proceso de saber consiste en aplicar los conocimientos prácticos (know-how) mediante investigaciones, basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes. Perfeccionados con la clínica en el ejercicio diario, sobre una base cada día más consolidada de evidencia científica.

La primera definición de enfermería con peso científico, tiene como base: la educación, la experiencia y la observación. Fue formulada por quien es considerada la madre de la enfermería moderna. Florence Nightingale, fue quien expresó, la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que, la naturaleza actúe sobre él. Definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis.

Para ella, la palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad .Y la oportuna selección y administración de dietas, Y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. (Florence Nightingale,1990) Esta definición, está basada en el modelo ecologista y se encuentra en consonancia con otras formuladas por autores más contemporáneos, Calista Roy; Gregory Bateson; San Martín; Illich, que están cimentadas en modelos con conceptualización parecidos: modelo de roles sociales, modelo clínico, modelo de adaptación y el modelo sistémico.

Todos estos modelos tienen en común:

- *Una relación causal con el ambiente.*
- *La focalización del problema afecta a la salud.*
- *Una visión centrada en el enfermo y no en la enfermedad.*

Ejemplos de la presencia de estos tres elementos, los encontramos en las siguientes citas.

La salud es un fenómeno psicológico, social dinámico, relativo, muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico-fisiológico social del equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social tal como expresa San Martín. (Wesley (1997)

Es la capacidad de adaptación al entorno cambiante, la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz... Pensamiento manifestado por Illich. .(Wesley (1997)

Pero la definición de enfermería que históricamente mas ha acotado el proceso enfermero, y que produjo un giro con relación a concepciones anteriores, es la proporcionada por Virginia Henderson.

Virginia creció bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor, además de inspirarse en las teorías del Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Partiendo de esta teorización, se entiende que en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se observa en la definición, la corriente Biologista, ya que las catorce necesidades básicas mencionadas se centran en la parte biológica del ser humano.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde un enfoque, mecanicista y de eficiencia. Según el modelo de suplencia o ayuda, en donde el ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente acordes a sus hábitos, cultura

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, de esta manera enfermería, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar y tratar al paciente y a su familia como una unidad. A pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente.

Desde este enfoque sitúa el rol de enfermería en torno a los cuidados de la salud humana:

La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o en recuperación (o su muerte tranquila): tarea que el individuo realizará por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios; y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible. (Wesley 1997)

Se deduce de estas palabras que el objeto de conocimiento enfermero, está delimitado por los cuidados y el sistema de necesidades de las personas, siendo estas su fuente de conocimientos.

Este planteamiento funcionalista de Virginia Avenel Henderson, tal y como describió, generó una cascada de teorías que tienen como fundamento, las necesidades y desarrollo de los individuos.

Entre las autoras que se encuentran en consonancia con los principios de Henderson y acordes con el modelo de suplencia y ayuda, que formularon una definición sobre enfermería encontramos a, Faye G. Abdellah y Dorothea Orem, quienes defendieron:

Así Faye G. Abdellah La asistencia de la enfermería es hacer algo a o para las personas o suministrar información a esta con objeto de descubrir necesidades, elevar o restablecer la capacidad de autoayuda a aliviar el sufrimiento. (Wesley 1997)

Dorothea Orem dice que enfermería es ayudar a la persona a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de

la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Su meta es asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de auto-cuidado. (Wesley 1997)

O quienes definen a enfermería como un proceso de interacción deliberado que implica ayuda y cuidados, Hildergard E. Peplau; Imogene King . Fundamentadas en el modelo de las interrelaciones y en las Teorías Filosóficas, del humanismo, interaccionismo y existencialismo:

Así, Hildergard E. Peplau, dice: Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. (Wesley 1997)

Por su parte, Imogene King, expone: Es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados sanitarios en la sociedad, el objetivo es ayudar a los individuos a mantener su salud de forma que puedan ejercer su rol, se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción. (Wesley (1997).

También encontramos a los/as que fundamentados/as en, la Teoría General de Sistemas, Adaptación y Desarrollo y en la Escuela de Necesidades, centran la meta de enfermería en, la restauración del equilibrio y estabilidad de la persona, preservación de la energía y el incremento de la armonía entre el individuo y su entorno. Autoras que utilizan esta base para definir enfermería son: M.Rogers.; Betty Neuman ; Callista Roy, y Dorothy E. Jhonson. (Wesley 1997).

Martha Rogers. en los años setenta. creó el modelo de interrelación. Dice que la enfermería es una ciencia humanística dedicada a mantener y promover la salud, prevenir enfermedad y asistir, rehabilitar al enfermo y al discapacitado, los objetivos de la enfermería abarcan el mantenimiento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico de enfermería, la intervención y la rehabilitación. (Wesley 1997).

En la misma década Betty Neuman, creo el modelo de sistemas. Para ella la enfermería, es la facilitadora que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. . (Wesley 1997).

Sor Callista Roy, instauró la teoría de la Adaptación, y dice que la enfermería es el proceso de ser y convertirse en una persona integrada y completa. La salud y la enfermedad conforman una dimensión inevitable de la vida. La salud es el resultado de la continuidad adaptativa del hombre. (Wesley 1997).

Por su parte Dorothy E. Jhonson en los años ochenta, creó el modelo de sistema Conductual, en donde sitúa a la enfermería como, una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual. (Wesley 1997).

En el año 2010, El Consejo Internacional de Enfermería acuñó la siguiente definición:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y es la colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE citado por Gómez 2015)

Analizado este marco conceptual, es evidente que todas las tendencias están centradas en una fenomenología nuclear de carácter, "*metaparadigmática*" y "*holística*" de la enfermería. En donde se pueden destacar cuatro pilares:

La Persona: es la receptora de los cuidados. Tanto sana como enferma. Considerada un ser global que tiene necesidades y características individuales y comunes, que experimenta cambios y que es capaz de interactuar con el entorno y con los otros seres humanos, por lo que puede ser considerada de forma individual o como integrante de un grupo (comunidad o familia).

El Entorno: son los aspectos contextuales relacionados con la persona y/o el lugar donde se desarrolla la actuación de los enfermeros. Hace referencia a todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean al comportamiento y desarrollo de las personas. Comprende el medio interno y el externo.

La Salud: es la meta de los cuidados enfermeros y es entendida como algo más que la mera ausencia de enfermedad. Se contempla como un estado dinámico, un proceso que cambia con el tiempo y que varía según las circunstancias y individuales.

Rol Profesional: o naturaleza de la Enfermería. Es un servicio de ayuda a las personas apoyado en las relaciones interpersonales enfermera-paciente y enfocado hacia la comprensión del ser humano, y cuya meta es crear las condiciones necesarias para permitir que las personas actualicen sus potenciales para enfrentarse a una situación que presenta un problema de salud real o potencial y que ella percibe como importante.

De estos cuatros pilares, la persona es el centro de la práctica enfermera y desde ella surgen y se enlazan los otros tres. La ausencia de alguno de ellos implica que la Enfermería no puede desarrollarse como disciplina. Por tanto, todas las investigaciones de Enfermería están centradas en establecer las relaciones que existen entre ellos.

Cuidar es un fenómeno universal expresado en acciones, y esas acciones son diferentes, según el modelo cultural. Pues son condicionantes tanto quienes dan los cuidados como quienes los reciben, al influir: las percepciones, experiencias y significados (Domínguez Alcón, 1989). Los conceptos de: persona, salud, entorno y cuidados, forman parte de la estructura básica sobre la cual progresa el conocimiento enfermero (Kérouac, 1996). Sin olvidar que cuidar y curar, han de ser considerados procesos complementarios, valorados socialmente, puesto que las personas podemos vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados (Colliere, 1996).

Pero estos posibles logros, en la actualidad contrastan con:

La precariedad laboral, especialmente intenso en las enfermeras/os noveles. Esta situación provoca el incremento de la emigración enfermera a países comunitarios (Domínguez Alcón, 2001; Güell, 2004; Duran 2004).

El escaso reconocimiento social de las enfermeras/os, y la presión asistencial, como elementos directamente relacionados con el estrés (Fernández, 2002; Tomas, y Fernández 2002).

Y el tema de la futura investigación de esta tesis: la falta de liderazgo, y reconocimiento interno de las aportaciones de diversas enfermeras/os, generando consecuencias de diferente tipo (Duran, 2002, CIE 2009).

2.3.-. Profesionalización de la enfermería.

Las organizaciones sanitarias son escenarios de acción donde entran en juego múltiples actores con funciones diferentes pero con un objetivo común, (Merhy, Camargo, Feuerwerker, Burg 2014), contribuir a ayudar a la persona, como un todo, en su proceso de enfermar y de sanar.

En estas organizaciones desde posiciones jerárquicas se establecen relaciones de poder, entre profesiones. Así también sucede en la actualidad, en el campo de la salud, al ser eminentemente multidisciplinario. Esto obliga a calificar al medio sanitario, como producto de una compleja relación de fuerzas entre las disciplinas y las profesiones que en ellas intervienen.

Dentro de este elenco de profesionales habilitados para intervenir en el ámbito de las organizaciones sanitarias, destaca particularmente la presencia de enfermeras/os, que viene a representar el colectivo más numeroso, tanto en atención primaria como en atención especializada. (Memoria SAS 2014)

La profesionalización de la enfermería, pasa por un marco conceptual de competencias que definan al máximo cuales son las acciones que dan fortaleza a su práctica diaria. La comprensión de esa capacitación profesional y del proceso que permite construcción su identidad, requiere profundizar en las diferentes hojas de ruta de estos profesionales. Que tienen como reto, asumir responsabilidades cuando planifican, aplican estrategias y evalúan resultados.

Es evidente que a este colectivo se les plantean retos relevantes en el siglo XXI, con relación a su avance profesional, debido a la universalización y globalización por la que está pasando esta profesión.

El proceso histórico de la profesionalización en enfermería, a pesar de ser una de las profesiones más antiguas, se ha visto dañada por la visión de quienes históricamente la han definido como un arte innato a cualquier mujer. (Leddy y Peppler 1989; Colliere 1993)

Sin embargo, salvada esta visión fue a finales del siglo XIX, con la aparición de la *revolución intelectual de la enfermería*, cuando empezó a crearse un cuerpo de conocimiento.

Florence Nightingale, a finales del siglo diecinueve, creó la primera escuela modelo de enfermería en el Hospital Santo Tomás de Londres, allí estableció las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción impartida por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral.(Schubert 1988).

Con este sistema Florence eleva a la enfermera a la condición de cuidadora, profesión deteriorada hasta ese momento. Sin embargo, las enfermeras se limitaban a hacer las estrictas instrucciones dadas por los médicos, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Con el paso del tiempo la profesión enfermera ha intentado desvincularse, pero siguen produciéndose conatos de subordinación hacia otras profesiones .A pesar de que el personal enfermero ocupa lugares y realiza funciones relevantes dentro de las organizaciones sanitarias, al estar encargado/a de mantener el orden y el cumplimiento de las normas, manejar casi la totalidad de la información que en ellas se genera y con sus acciones favorecer la disminución de los días de estancia hospitalaria, constituyéndose en numerosas ocasiones en el núcleo de las prácticas sanitarias.

Por todo esto, ha seguido progresando la enfermería como profesión. Pues se ha ganado la capacitación, al cumplir con los tres requisitos que hacen de una disciplina el calificativo de profesión: *1.Tener un objeto de estudio; 2. Tener un marco conceptual; 3.Desarrollar una metodología científica.*(Garre , Mayas , Díaz y Maravillas 2012.)

En 1977 Ellis y Hartley, ya dieron fortaleza a estos principios, transformándolos en siete características genuinas de la profesión enfermera:

1. -Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales, que puedan ser aplicables a la actividad del grupo. En todas partes del mundo, las enfermeras se han dedicado a elaborar teorías y modelos de la disciplina, de tal forma que paulatinamente se ha gestado el cuerpo de conocimientos propio de la enfermería. Ejemplos de autoras

que se han dedicado a conformar este corpus son Orem, Newman, Henderson, King, Rogers, Leininger, Orlando, Pender. entre otros/as (Donahue 1985)

2.-Utilización del método científico. En enfermería se denomina, “Proceso Enfermero”. Básicamente, consiste en una serie de acciones organizadas y sustentadas en diferentes teorías que se realizan con un orden determinado, para asegurar una prestación de cuidados de calidad, que contribuya a la relación del ser y hacer de la profesión.

El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Primeramente, Hall en 1955 identifica a la enfermería como un proceso dirigido a cuidar a las personas.

En la siguiente década Orlando propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería.. En 1966 Knowles, explicita las etapas del proceso, que fueron definidas finalmente por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del proceso de enfermería tal como actualmente conocemos; valoración, planificación, ejecución y evaluación. (Hernández, Moral y Esteban 2003)

En España, ha sido de gran importancia, en el campo de la adopción de metodología propia, el(Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre), por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto tiene como objeto el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos. El contenido del Informe de cuidados de enfermería queda detallado en el anexo VII. En él se reconoce que las/os enfermeras/os utilizan un lenguaje propio, el lenguaje NANDA-NOC-NIC.

3. Profesionales con alto nivel educacional. En España, la unificación, en 1953, de las carreras de practicante, parteras y enfermeras en una única titulación: Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) supuso una profunda modificación en la profesión, no solo por el cambio de denominación y plan de estudios, sino también por la orientación eminentemente técnica que se dio, con un enfoque hacia la enfermedad y como meros auxiliares de los médicos.

Desde 1977 han sido muchos los avances que se han dado. En ese año, las escuelas de ATS ingresaron en la Universidad, y pasaron a ser Escuelas Universitarias de Enfermería. Este momento fue de gran relevancia para la profesión, supuso entrar en contacto con las teorías enfermeras procedentes, especialmente, de Estados Unidos, y un cambio de orientación, el centro deja de ser la enfermedad y pasa a ser el paciente en su proceso de enfermedad.

Pero con la Declaración de Bolonia(1999), enfermería como profesión ha sufrido un cambio cualitativo y cuantitativo al incorporarse a la normativa Europea, causa que a la profesión enfermera le ha permitido entrar en la globalización social.

Esto lleva consigo una gran responsabilidad, que se debe materializar en un alto nivel educativo, centrando la atención en la seguridad del paciente..

4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales. La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer diario.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, nos define como profesión sanitaria. En su artículo 7 define nuestra misión autónoma: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los Cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidad

5. Disponer de un código de ético que regule las acciones de la profesión y el trato del ser humano. El código de conducta en enfermería data desde las escuelas de Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables.

El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociaron Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El Código deontológico del Colegio Internacional

de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética: enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo. (CIE 2006)

6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta. Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras, (Donahue,1985). El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social,(Leddy y Peppler 1989)

El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención.

La innovación es esencial para mantener y mejorar la calidad de los cuidados. Por este motivo, el (CIE 2004) lo tiene muy claro, los enfermeros innovan para hallar nueva información y modos mejores de promover la salud, evitar la enfermedad, dispensar cuidados y curar. Y es que la innovación es una cualidad implícita en la naturaleza propia de la profesión enfermera desde los primeros inicios.

7. Compensación profesional en autonomía, desarrollo y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos.

El CIE en una declaración revisada el 2007, (CIE 2007) establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos. (CIE 2004)

Todas estas connotaciones han permitido catalogar a la enfermería como profesión, al estar compuesta por: conocimientos, metodología, nivel educacional,

autonomía, ética, contribución social, remuneración y participación en la estructura social. (Fernández 2001).

2.4.- Competencias en enfermería.

2.4.1.- Definición y Conceptualización de Competencias

Competencia es un concepto polisémico y variante, pues cuando se recurre al diccionario de la RAE (2001), se aprecia la notable influencia de numerosas raíces etimológicas: “pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado”

Si nos acercamos a la historia, el Código de Hammurabi (1792-1750 a de C) En el Epilogo se dice, *“Estos son los juicios que Hammurabi, el rey de la jurisdicción competente haya establecido para contratar el país, de acuerdo con la verdad y el orden justo”* (Mulder, Weigel y Collins, 2008, p. 3).

Por otra parte, en el tratado de la amistad (Lysis), Platón (siglo IV AC) utiliza el concepto mediante la palabra “ikanótis” (ἰκανότης), cuya raíz etimológica es el término griego *ikano*, que se deriva de *iknoumai*, lo cual significa *llegar*. El griego antiguo “ikanótis”, puede traducirse como la *cualidad de ser capaz*. La palabra para capaz en el griego antiguo es *ikanos*, es decir, poseer la habilidad o la destreza de conseguir algo; y no debe ser confundida con “dexiotis” (δεξιότης), que está más relacionada con la palabra castellana *inteligencia*. Por ejemplo, la expresión griega antigua *epangelmatikes ikanotita*, podría traducirse como “competencia profesional”.

En el latín también aparece el homólogo “competentia”, que significa “capacidad”, y asociados a él, en el siglo XVI, ya se utilizaban en el inglés, el francés y el holandés términos como “competence” o “competency” (ídem). Propiamente, en el idioma español, el término *competente*, aparece desde el siglo XV con el significado de *apto*, o *adecuado*, (Camperos, 2008, p. 806), lo cual aún sigue en vigencia en nuestro idioma. No obstante, se debe aclarar que para la palabra *competencia*, conviven varias acepciones.

Así que queda claro que el concepto de competencia tiene una amplia historia, por ello no es sorprendente que ser profesionalmente competente, ser suficientemente capaz y poder desempeñar ciertas tareas, haya sido una aspiración a lo largo de los tiempos.

En el plano profesional, cuando hablamos de competencias hemos de destacar la aportación realizada por (Bunk 1994). Este autor distingue entre competencias: técnicas, metodológicas, sociales y de colaboración que conjuntamente componen una competencia de actuación global a la hora de conceptualizar las mismas. Partiendo de la idea de que las competencias son aptitudes o capacidades que permiten el desempeño adecuado de la profesión. (p., 11).

El autor entiende que las competencias profesionales pueden asumirse desde una doble perspectiva, por una parte, habla de competencias formales, entendidas éstas como las competencias que se adquieren al recibir un tipo de formación que cualifica para el ejercicio de la profesión y, por otra parte, de competencias reales, que son las que hacen alusión a la capacidad real para resolver determinados problemas. Por tanto, se ha de distinguir la “competencia formal como atribución conferida y competencia real como capacidad adquirida” (Bunk, 1994).

Por lo expuesto hasta ahora, “posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y actitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo” (Bunk, 1994).

Según la definición aportada en el proyecto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2005), Definición y Selección de Competencias (DESECO), éstas se definen como :

Una competencia es la capacidad para responder a las exigencias individuales o sociales o para realizar una actividad o una tarea [...] Cada competencia reposa sobre una combinación de habilidades prácticas y cognitivas interrelacionadas, conocimientos (incluyendo el conocimiento tácito), motivación, valores, actitudes, emociones y otros elementos sociales y de comportamiento que pueden ser movilizados conjuntamente para actuar de manera eficaz. (p., 8) enfatizando los resultados del individuo en función de su respuesta ante determinadas exigencias.

En la misma línea, apunta la siguiente consideración, extraída de un documento sobre Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida elaborado bajo los

auspicios de la Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea (2004):

Se considera que el término “competencia” se refiere a una combinación de destrezas, conocimientos, aptitudes y actitudes, y a la inclusión de la disposición para aprender, además del saber cómo. [...] Las competencias clave representan un paquete multifuncional y transferible de conocimientos, destrezas y actitudes que todos los individuos necesitan para su realización y desarrollo personal, inclusión y empleo. (p. 4 y 7)

Las competencias tienen tres pilares fundamentales, por un lado, los conocimientos y capacidades intelectuales, por otro, las habilidades y destrezas transversales y finalmente, las actitudes y valores (de Miguel, 2005).

Estas premisas reflejan con claridad los matices principales que introduce el concepto de competencia en lo que concierne al tipo de aprendizaje escolar que se desea promover. El primero se refiere a la movilización de los conocimientos (Perrenoud, 1999). Ser competente en un ámbito de actividad o de práctica significa, desde este enfoque, ser capaz de activar y utilizar los conocimientos relevantes para afrontar determinadas situaciones y problemas relacionados con dicho ámbito.

Así, por ejemplo, ser competente para comunicarse en la lengua materna significa, de acuerdo con la Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de diciembre del 2006 sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente (Parlamento Europeo, 2006), ser capaz de:

Expresar e interpretar conceptos, pensamientos, hechos y opiniones de forma oral y escrita (escuchar, hablar, leer y escribir) [y de] interactuar lingüísticamente de una manera adecuada y creativa en todos los posibles contextos sociales y culturales, como la educación y la formación, la vida privada y profesional, y el ocio. (p.,14)

Algunas concepciones relativas a las competencias se están extendiendo y afianzando en el consenso entre expertos, como por ejemplo, tenemos la opinión de los siguientes autores, (Eraut, 2006 y Rué, 2009), que dicen, de las competencias que son de naturaleza compleja e incorporan actitudes, capacidades y habilidades, sin confundirse con ninguna de ellas en particular. Son de naturaleza conductual y susceptibles de ser

aprendidas. Se las concibe en términos dinámicos. Las competencias evolucionan con la actividad y el aprendizaje.

Se aprenden y desarrollan a partir de contextos (de experiencia y de aprendizaje). Van más allá de las habilidades cognitivas y de las motrices. Implican un tipo de conducta duradera a lo largo del tiempo. Se relacionan con niveles superiores de actuación laboral u ocupacional y se consideran como generalizables entre diversas situaciones, siendo sólo las más básicas las que pueden ser más independientes de los contextos. Su evaluación no siempre es fácil, especialmente para niveles de actuación elevados, por lo que deben emplearse diversas modalidades y procedimientos para hacerlo.

Según(Allen y cols. 2009),las competencias son los conocimientos, las habilidades y las motivaciones generales y específicas que conforman los pre-requisitos para la acción eficaz en una gran variedad de contextos con los que se enfrentan los titulados superiores.

La introducción de la educación basada en las competencias, para algunos expertos significa una vía para la actualización y el acercamiento a las necesidades del ambiente organizativo. El enfoque de Formación Basada en Competencias (FBC), más conocido en la literatura internacional como “Outcome Based Education”, es considerado uno de los cambios más importantes en la educación del siglo XXI (Martínez-Clares y Echeverría, 2010).

En la FBC, el alumno es el elemento activo, protagonista del proceso de aprendizaje, el profesor pasa a ser un facilitador del aprendizaje, mediante el diseño de actividades y contenidos educativos que desarrollen en el alumno su capacidad de participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En los últimos años, la incorporación al mundo educativo, de la visión socio-formativa, ha permitido una transformación en los ejes de las competencias, que pretenden lograr: 1. La resolución de problemas del contexto con base en saberes integrados. 2. La evaluación se basa en evidencias sobre el desempeño. 3. Busca el mejoramiento continuo. 4. Vinculación entre saberes, disciplinas y áreas.

Desde la socio-formación las competencias se abordan como: desempeños integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto, con idoneidad, compromiso ético y mejoramiento continuo, integrando sistémicamente el, saber ser, el saber convivir, el saber hacer y el saber conocer .(Tobón, 2012).

2.4.2.- Referentes para la elaboración de competencias del grado en Enfermería.

En el año 2000, tras veinte años de reivindicaciones de unos estudios de enfermería que pudieran abrir paso a la investigación en el propio campo, varias universidades españolas desarrollaron un proyecto gestado en la Confederación Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales. Proyecto que contó con el apoyo de 47 universidades (94%), los Colegios Profesionales de Enfermería, Asociación Española de Enfermería Docente, Sindicatos y Asociación de Alumnos de Enfermería.

Paralelamente se ha ido perfilando el concepto de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), generado en las Declaraciones de Bolonia en 1999 y ratificado en varias sedes de la Unión Europea posteriormente. Sumando esfuerzos para lograr consensos en adaptar los estudios de Enfermería a las exigencias del EEES.

En el sentir de todos, existía el fin de transformar la Licenciatura de Enfermería en el proyecto común de Grado Europeo.

En este recorrido se ha construido un cuerpo de competencias que se inició con el Proyecto Tuining, entre los años 2000 y 2004, en el que España ha participado junto a un centenar de universidades europeas, en la elaboración de las competencias específicas emitidas en informe recogido por el Ministerio de Sanidad. Este proyecto establece el diseño de los contenidos de los planes de estudios de los futuros profesionales de enfermería.

En 2005 se elaboró el Libro Blanco de la titulación de Enfermería, en apoyo a un Título de Grado que recoja las aspiraciones formativas del espíritu del EEES. Aglutinandose todos los estamentos profesionales en la denominada Plataforma Pro Título de Grado en Enfermería.

Desde el planteamiento anterior y con carácter generalista apareció, la (Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre), de Universidades, que sienta las bases precisas para realizar una profunda modernización de la Universidad Española.

Así, en el Capítulo I de este real decreto se incluyen las disposiciones generales del mismo, el Capítulo II establece con carácter general la estructura de las enseñanzas universitarias oficiales, que se concretan en los Capítulos III, IV y V para las enseñanzas de Grado, Máster y Doctorado, respectivamente. Por su parte, el Capítulo VI regula los procedimientos de verificación y acreditación de los títulos.

Destaca de este Real Decreto:

Los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas, se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias así como en los procedimientos para evaluar su adquisición, se proponen los créditos europeos ECTS, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender, ...estos planes de estudios permitirán obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión, El trabajo de fin de Grado... deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título y en su artículo 3.1. especifica, el tipo de competencias, desarrollo y evaluación: Competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título. Las competencias propuestas deben ser evaluables.

Con toda esta normativa, el objetivo era impulsar ante el Ministerio de Educación (desde el año 2008 Ministerio de Ciencia e Innovación), el título de Grado de 4 años y 240 créditos ECTS. Aprobado mediante el RD 1393/2007, de 29 de octubre, BOE núm. 260, de 30 octubre de 2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. y la Orden Ministerial CIN 2134/2008 .

Esta normativa ha posibilitado que enfermería este catalogada como disciplina de interés científico-profesional. Al igual que el resto de titulaciones sanitarias, está relacionada con disciplinas afines de Ciencias de la Salud, Humanidades y Ciencias Sociales. Siendo el objeto de estudio el cuidado integral del ser humano, el cuidado enfermero desarrolla conocimientos específicos a través de la investigación básica y aplicada, y se apoya en las tecnologías de la información y comunicación, la legislación, la ética del cuidado, la bioética, la economía de la salud, la epidemiología, y las técnicas educativas y de gestión.

Enfermería en este tiempo se encuentra ante un nuevo escenario impulsado por la comunidad científica, no solamente por cuestiones prácticas y técnicas sino, también, la redefinición de persona sana, la asistencia y el cuidado durante la vida, el apoyo a morir con el mínimo sufrimiento y la mayor dignidad posible, las relaciones interpersonales, la interacción con el medio ambiente, la perspectiva transcultural, la atención humanística, la búsqueda de respuesta de las necesidades humanas y la prevención y detección de las “patologías de la civilización” como la xenofobia o la violencia de género son, en el día de hoy, la esencia del cuidado.

La consideración del **CUIDADO** como base del conocimiento de la Ciencia Enfermera ha sido a lo largo de la historia, no solo una cuestión de índole técnica, sino social. Razón por la cual es fácil prever que la Enfermería del siglo XXI necesita profesionales comprometidos con su tiempo. Compatibilizar modelos de cuidados, soportes informatizados de taxonomía, investigación y evidencia, es un ejercicio que implica no pocos esfuerzos, así que resulta ineludible si se quiere construir un modelo coherente de Ciencia de los Cuidados y un perfil enfermero que lo aplique.

Actualmente, todas las Universidades que imparten estudios de Grado en Enfermería tienen diseñados sus planes de estudio por competencias. Estas competencias vienen definidas por los referentes mencionados y, se deben desarrollar y evaluar.

Por lo tanto, nos encontramos ante la necesidad de disponer de estrategias e instrumentos que nos permitan evidenciar el desarrollo y la adquisición de las competencias que se le exigen al futuro profesional de enfermería.

Siguiendo con los referentes, en relación a las competencias identificadas para el Grado en Enfermería, a continuación se describen las competencias que recogen cada uno de ellos.

2.4.2.a- El Proyecto Tuning.

En el verano de 2000, un grupo de universidades europeas aceptó colectivamente el reto formulado en Bolonia y elaboró un proyecto piloto denominado «Tuning - Sintonizar las estructuras educativas de Europa».

El proyecto Tuning abordó varias de las líneas de acción señaladas en Bolonia y, en particular, la adopción de un sistema de titulaciones fácilmente reconocibles y comparables, la adopción de un sistema basado en dos ciclos y el establecimiento de un sistema de créditos.

Más concretamente, el proyecto se propuso determinar puntos de referencia para las competencias genéricas y las específicas de cada disciplina en una serie de ámbitos temáticos, en donde en la segunda fase (2002-2004) entro a formar parte enfermería.

El proyecto Tuning no se centra en los sistemas educativos sino en las estructuras y el contenido de los estudios.

El proyecto *„Tuning Educational Structures in Europe*, define la Competencia como “Una combinación dinámica de atributos, en relación a procedimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los encargados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”

Otro rasgo significativo de Tuning es la implantación de una metodología propia, que tuvo como fin entender los planes de estudios y hacerlos comparables. Se eligieron cinco grandes ejes de acción: 1) competencias genéricas. 2) competencias disciplinarias específicas. 3) el papel del sistema ECTS como sistema de acumulación. 4) la función del aprendizaje, la docencia, la evaluación y 5) el rendimiento en relación con el aseguramiento y la evaluación de la calidad.

Con este planteamiento este proyecto era fiel a su compromiso de considerar

los títulos en términos de resultados del aprendizaje y particularmente en términos de competencias: genéricas (instrumentales, interpersonales y sistémicas) y competencias específicas a cada área temática (que incluyen las destrezas y el conocimiento). Los ciclos primero y segundo han sido descritos en términos de puntos de referencia acordados y dinámicos: resultados del aprendizaje y competencias a ser desarrolladas y logradas.

El atractivo de las competencias comparables y los resultados del aprendizaje permiten flexibilidad y autonomía en la construcción del currículo. Al mismo tiempo, constituyen las bases para formular indicadores de nivel que puedan ser comprendidos y elaborados conjuntamente. A este respecto, si bien las competencias relacionadas con cada área de estudio son cruciales para cualquier título y se refieren a la especificidad propia de un campo de estudio, las competencias genéricas identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación, tales como la capacidad de aprender, de tomar decisiones, de diseñar proyectos, las destrezas administrativas, etc., que son comunes a todos o a la mayoría de las titulaciones.

El Proyecto Tuning establece tres tipos de competencias: instrumentales, interpersonales y sistémicas, que engloban un total de 30 competencias

TABLA 1. COMPETENCIAS TRANSVERSALES PROPUESTAS EN EL PROYECTO "TUNING" SOBRE LA CONVERGENCIA EUROPEA DE ENSEÑANZA SUPERIOR		
INSTRUMENTALES	INTERPERSONALES	SISTÉMICAS
▪ Capacidad de análisis y síntesis ▪ Capacidad de organización y planificación ▪ Conocimientos generales básicos ▪ Conocimientos básicos de la profesión ▪ Comunicación oral y escrita ▪ Conocimiento de idiomas ▪ Habilidades en el manejo de un ordenador ▪ Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar información de fuentes diversas) ▪ Resolución de problemas ▪ Toma de decisiones	▪ Capacidad crítica y autocrítica ▪ Trabajo en equipo ▪ Habilidades interpersonales ▪ Trabajo en equipo interdisciplinar ▪ Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas ▪ Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad ▪ Habilidad para trabajar en un contexto internacional ▪ Compromiso ético	▪ Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica ▪ Habilidades de investigación ▪ Aprendizaje ▪ Adaptación a nuevas situaciones ▪ Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad) ▪ Liderazgo ▪ Conocimiento de culturas y costumbres de otros países ▪ Habilidad para trabajar de forma autónoma ▪ Diseño y gestión de proyectos ▪ Iniciativa y espíritu emprendedor ▪ Motivación por la calidad ▪ Motivación por la consecución de objetivos

Cuadro nº 3. Competencias Transversales. Proyecto "Tuning"

2.4.2. b- El Libro Blanco de Enfermería.

(Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. ANECA, 2005)

En este libro se definen las competencias genéricas y específicas que los estudiantes del Grado de Enfermería deben adquirir a lo largo de los diferentes cursos académicos

CG1. Capacidad de análisis y síntesis.
CG2. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica ca.
CG3. Planificación y gestión del tiempo.
CG4. Conocimientos generales básicos del área de estudio.
CG5. Conocimientos básicos de la profesión.
CG6. Comunicación oral y escrita en lengua materna.
CG7. Conocimientos de una segunda lengua.
CG8. Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
CG9. Habilidades de investigación.
CG10. Capacidad de aprender.
CG11. Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar).
CG12. Capacidad de crítica y autocrítica.
CG13. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
CG14. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
CG15. Resolución de problemas.
CG16. Toma de decisiones.
CG17. Trabajo en equipo.
CG18. Habilidades interpersonales.
CG19. Liderazgo.
CG20. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.
CG21. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
CG22. Apreciación de la diversidad y la multi culturalidad.
CG23. Habilidad para trabajar en contexto internacional.
CG24. Conocimiento de otras culturas y sus costumbres.
CG25. Habilidad para trabajo autónomo.
CG26. Diseño y gestión de proyectos.
CG27. Iniciativa y espíritu emprendedor.
CG28. Compromiso ético.
CG29. Preocupación por la calidad.
CG30. Motivación.

Cuadro nº 4. Competencias Genéricas de Enfermería. Libro Blanco de Enfermería (ANECA).

Las competencias específicas se agrupan en seis grupos, en donde se definen las cuarenta competencias seleccionadas. Los grupos son:

1. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.

La finalidad es proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto las actividades autónomas como las interdependientes

GRUPO I:

Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermería.

..1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria

.2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.

3. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.

4. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.

5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes

6. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados.

Cuadro nº 5. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.

2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona, sujeto y objeto de cui dados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.

GRUPO II:

Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

7. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.

8. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/ mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).

9. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.

10. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.

11. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

Cuadro nº 6. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos

Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estarían también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.

GRUPO III:

Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos

12. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente

13. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia.

14. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias.

15. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas.

16. Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ej., dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente.

17. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias

Cuadro nº 7. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.

4. Conocimiento y competencias cognitivas.

Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos es compatible con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

GRUPO IV:

Conocimientos y competencias cognitivas

18. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.

19. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.

20. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.

21. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.

22. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de salud.

23. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional.

24. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.

25. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.

Cuadro n°8. Conocimiento y competencias cognitivas.

5. Competencias interpersonales y de comunicación.

Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético y garantizando la confidencialidad.

GRUPO V:

Competencias interpersonales y de comunicación

26. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías): con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.

27. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej., emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.

28. Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.

29. Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).

30. Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.

31. Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión

32. Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones..

33. Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.

6. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.

Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

GRUPO VI:

Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

34. Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados..

35. Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.

36. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.

37. Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).

38. Utilizar críticamente las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado según los estándares de calidad relevantes.

39. Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores socio-sanitarios.

40. Es consciente de los principios de financiación de cuidados socio-sanitarios y usa los recursos eficientemente.

Cuadro nº10. Competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo

2.4.2. c.- Real Decreto 1393/2007

Este Real Decreto, habla de manera general de todas las titulaciones universitarias, en relación con la adquisición de competencias :

Los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas, se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias así como en los procedimientos para evaluar su adquisición, se proponen los créditos europeos ECTS, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender, ...estos planes de estudios permitirán obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión, El trabajo de fin de Grado... deberá realizarse en la fase final del plan de estudios y estar orientado a la evaluación de competencias asociadas al título y en su artículo 3.1. Competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título. Las competencias propuestas deben ser evaluables.

Actualmente, todas las Universidades que imparten estudios de Grado en Enfermería tienen diseñados sus planes de estudio por competencias. Estas competencias vienen definidas por los referentes mencionados y, se deben desarrollar y evaluar. Por lo tanto, nos encontramos ante la necesidad de disponer de estrategias e instrumentos que nos permitan evidenciar el desarrollo y la adquisición de las competencias que se le exigen al futuro profesional de enfermería.

2.4.2. d.- Orden CIN/2134/2008 De 3 DE Julio

Por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

En el Apartado 3. Objetivos. Se especifican las competencias que los estudiantes deben adquirir. Este decreto define las competencias que los estudiantes deben adquirir agrupándolas en tres módulos, el tercero de los cuales lo constituye en su mayor parte el Practicum, lo que supone el 35% del total del plan de estudios.

Módulo	Competencias que deben adquirirse
De formación básica común 60 Créditos.	G.1.-Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos. G.2.-Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería. G.3.-Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo. G.4.-Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas. G.5.-Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud. G.6.-Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital. Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. G.7.-Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. G.8.-Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses. G.9.-Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado. G.10.-Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

**De Ciencias
de la
Enfermería
60 Creditos.**

E.1.-Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.

E.2.-Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.

E.3.-Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas. Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.

E.4.-Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad. Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.

E.5.-Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud.

E.6.-Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos.

E.7.-Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad.

E.8.-Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.

E.9.-Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación.

E.10.-Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares.

E.11.-Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo. Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa.

**De Ciencias
de la
Enfermería
60 Creditos.**

- E.12.-**Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.
- E.13.-**Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo.
- E.14.-**Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones.
- E.15.-**Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse.
- E.16.-**Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores.
- E.17.-**Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- E.18.-**Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.
- E.19.-**Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.
- E.20.-** Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores.
E.21.-Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.
- E.22.-**Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados.
- E.23.-** Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.
- E.24.-**Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería.
- E.25.-**Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. E.26.-Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.
- E.27.-**Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.
- E.28.-** Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.

Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado. 90 Creditos.	Prácticas pre-profesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título. Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.
--	---

Cuadro nº 11. Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

En el practicum, además de aplicar las evidencias, los estudiantes deberán aprender las formas de indagación que las enfermera/os usan cuando se hallan inmersas/os en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible a través de la reflexión en la acción. Desde esta perspectiva se definen las siguientes premisas (Medina, 1999):

El Practicum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el curriculum del plan de estudios de Enfermería. No se realiza “después” de la “teoría” sino que a través de él se asimilan los contenidos de las materias que definen las competencias que el estudiante debe adquirir.

El Practicum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. Los esquemas y rutinas que modelan la práctica del cuidado que se transmiten generacionalmente, sólo pueden resultar útiles si se hallan plenamente articulados en la reflexión en la acción y sobre la acción con el fin último de mejorar la práctica del cuidado.

El Practicum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción. No hay separación entre teoría y práctica. El conocimiento adquirido en el aula

sólo puede resultar significativo, relevante y útil para los estudiantes desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en situaciones con las que trata la enfermera y no al revés.

El Practicum es un proceso de investigación. Entendiendo que en las prácticas los estudiantes se sumergen en un universo nuevo para ellos y para comprenderlo tratan de acceder a los significados que le otorgan las enfermeras profesionales. Esta experiencia permite al estudiante interpretar la situación y modificarla.

El papel del tutor/a de las prácticas es sumamente relevante. El conocimiento práctico es difícil de enseñar ya que se halla impregnado en la práctica de las enfermeras/os de una manera implícita, personal e irrepetible. Aún así, es posible aprenderlo; se aprende “haciendo”, reflexionando conjuntamente con el tutor/a de prácticas.

2.5.- Acreditación de competencias enfermeras en el sistema sanitario público de España y de Andalucía.

Las instituciones sanitarias tienen una responsabilidad social: la de proporcionar unos servicios relevantes, es decir, relacionados con las necesidades sanitarias, equitativos, de calidad y coste efectivos. Del mismo modo, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de mantenerse competentes para obtener estándares de excelencia, generar y diseminar conocimiento y el compromiso de defender los intereses y el bienestar de los pacientes, respondiendo a las demandas de salud de la sociedad. (Pérez y Oteo. 2006).

A inicios de los años setenta, el profesor de Psicología de la Universidad de Harvard, (David McClelland 1993) propone una nueva variable para entender el concepto de motivación: Performance/Quality, considerando el primer término como la necesidad de logro (resultados cuantitativos) y el segundo como la calidad en el trabajo (resultados cualitativos). Siguiendo este enfoque, McClelland se plantea los posibles vínculos entre este tipo de necesidades y el éxito profesional: si se logran determinar los mecanismos o niveles de necesidades que mueven a los mejores gestores, entre otros, podrán seleccionarse entonces a personas (líderes), con un adecuado nivel en esta necesidad de logros, y, por consiguiente, formar a las personas en estas actitudes con el propósito

de que éstas puedan desarrollarlas y sacar adelante sus proyectos.

McClelland(1973) en *,Testing for competence rather than for intelligence,* demuestra que los expedientes académicos y los test de inteligencia por sí solos no eran capaces de predecir con fiabilidad la adecuada adaptación a los problemas de la vida cotidiana, y, en consecuencia, el éxito profesional de quienes trabajan en organizaciones.

Esto le condujo a buscar nuevas variables, a las que llamó competencias, que permitieran una mejor predicción del rendimiento laboral. Durante estas investigaciones encuentra que, para predecir con una mayor eficacia el rendimiento, era necesario estudiar directamente a las personas en su puesto de trabajo, contrastando las características de quienes tienen un desempeño excelente con las características de aquellos que son solamente promedio.

Otro autor que ha destacado en esta línea de investigaciones es, (Boyatzis 1982), que fue uno de los integrantes de Hay Group, y colaborador de D. McClelland. Realizó un estudio en la American Telephone and Telegraph (ATT), sobre las características personales de sus trabajadores y su relación con la promoción jerárquica que había dentro de la organización.

Este procedimiento sigue la línea clásica en el análisis y la descripción de cargos y ocupaciones. Aunque tiene el acierto de considerar la existencia de diferentes niveles en las exigencias. Por tal motivo es necesario resaltar que la actividad laboral no se desarrolla en abstracto sino dentro de un marco de interrelaciones sociales y personales concretas, con influencia de la cultura organizacional y los elementos de carácter axiológico. En donde el sujeto participa en la construcción de las competencias laborales que sirven de base al desarrollo exitoso de la actividad.

Boyatzis, (1982) realizó un estudio " The Competent Manager" a partir del cual elaboró un modelo genérico de competencias que explica el desempeño exitoso de la actividad gerencial, compuesto por las competencias siguientes: gestión y acción por objetivos, liderazgo, gestión de recursos humanos, dirigir subordinados, enfocar a otras personas y el conocimiento específico.

En este estudio se concluye que existen una serie de características personales que deberían poseer de manera general los líderes, pero que existían también algunas que sólo poseían aquellos directivos que desarrollaban de una manera excelente sus responsabilidades.

En el campo de las profesiones sanitarias, en los últimos años, al hilo de estas corrientes e investigaciones, se ha visto la necesidad de incorporar estrategias acerca del estudio y manejo de competencias. Esta medida se ve favorecida por ser unas organizaciones que se encuentran en un periodo constante de cambio, motivado por la incorporación de nuevas técnicas y tecnología. Factores que implican un seguimiento de mejora continua.

La importancia de la formación en el ámbito de las profesiones sanitarias ha gozado siempre de un lugar significativo en el panorama normativo. Ya en su momento, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, subrayó el destacado papel de la formación en el ámbito del Sistema Sanitario Español manifestando expresamente el compromiso de las administraciones sanitarias en este sentido al señalar que “toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales”

La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estableció una definición que queda como referente en el ámbito sanitario nacional (Art. 42): “La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean”. Reiteradamente, las autoridades sanitarias sitúan a los profesionales sanitarios como el principal activo de valor de los sistemas sanitarios públicos, (Montero 2004), por lo que se busca mejorar la organización sanitaria a través de líneas de desarrollo profesional.

La Ley 55/2003 de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, presta especial atención a la formación como herramienta necesaria para la cualificación de los profesionales que forman parte del Sistema Sanitario Público. Todo ello encaminado a la consecución de los objetivos de excelencia en la asistencia sanitaria de los ciudadanos

La ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias define la formación continuada como “el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorarlos conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”.

En Andalucía, la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía, además de subrayar la disposición de la estructura asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para la formación graduada, posgraduada y continuada de los profesionales sanitarios, señala el compromiso de la administración con la formación de los profesionales de la salud a fin de conseguir una mejor adecuación a las necesidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como se encomienda a la Consejería de Salud el establecimiento de directrices generales y criterios de actuación, y la coordinación de los aspectos generales de la ordenación profesional, de la docencia e investigación sanitarias en Andalucía, en el marco de sus propias competencias.

Últimamente en Andalucía, se ha incorporado un nuevo concepto al ámbito profesional que es el, Desarrollo Profesional Continuo (DPC), Este concepto según queda definido en el: Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2006), implica principalmente actividades de aprendizaje autodirigidas y basadas en la práctica, más que una formación continuada clásica. Además este concepto supone una implicación continua tanto por la organización sanitaria así como por sus profesionales. Esta iniciativa también está orientada a mantener y mejorar la competencia profesional individual a lo largo de la vida, adaptándose también a las necesidades de las organizaciones sanitarias. Procurando la implicación de los profesionales.

Con el fin de, que el profesional desarrolle los comportamientos observables asociados a una competencia (hacer), es necesaria la presencia conjunta de los cinco componentes de las competencias: lo que sabe (su conocimiento); lo que sabe hacer (su habilidad para poner en práctica esos conocimientos); saber ser o estar (sus actitudes); querer hacer (su motivación) y poder hacer (aptitud profesional, los recursos

disponibles, lo favorable del medio). En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, esos comportamientos observables, en los que se mezclan conocimientos, habilidades y actitudes, se denominan Buenas Prácticas. .Ley de Cohesión y Calidad del SNS,(2003) .

2.5.a.- Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en Andalucía el desarrollo profesional continuo.

El Decreto 18/2007, de 23 de enero, regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La Acreditación tendrá un periodo de vigencia de cinco años. Transcurrido dicho periodo, la acreditación dejará de tener efectos, salvo que con anterioridad se hubiera iniciado el proceso de reacreditación. (Artículo 13, punto 1)

El Decreto 193/2008, de 6 de mayo, por el que establece la estructura básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, se señala como función de la Secretaría General de Calidad y Modernización el análisis de las necesidades y planificación estratégica de las políticas de formación, desarrollo profesional y acreditación de profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz y centros concertados de acuerdo con la información obtenida a través de los diferentes proveedores de los servicios sanitarios.

El Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario de Andalucía dice, " necesitamos profesionales comprometidos, responsables en la forma de ejercer sus opciones, copartícipes desde la óptica de la interdisciplinariedad en la mejora de la salud de la población, flexibles en su capacidad de analizar y dar respuesta a las demandas de una sociedad más justa, más igualitaria y más comprometida con la imparable y enriquecedora influencia cultural de otras sociedades de nuestro planeta la evaluación competencial, de la trasferencia al sistema sanitario y la del impacto en la salud. Necesitamos evaluar lo que hacemos si queremos garantizar nuestro camino hacia la excelencia profesional"(P.E.F.I.S.S.A.2009.p.,7)

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2005-2008) (SSPA) identifica la Gestión por Competencias como una herramienta fundamental para

garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. Se define un Modelo de Gestión por Competencias del SSPA, que se configura como un elemento integrador de las estrategias de gestión de personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento.

Permite identificar lagunas formativas y articular, en función de ello, programas de formación con la metodología idónea para que los profesionales adquieran las competencias necesarias vinculadas a estándares de calidad⁹. En este marco, y en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la acreditación de competencias profesionales se convierte en un elemento clave de las estrategias de evaluación de los profesionales del SSPA, designándose a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el SSPA.

El Plan de Calidad (2010-2014) apuesta por poner en acción estrategias sobre tres escenarios: la Ciudadanía, Los Profesionales y Un Espacio Compartido.

La Gestión Clínica es el ámbito natural, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, para multiplicar las competencias profesionales y potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional, así como la coordinación a lo largo de toda la geografía de Andalucía, desde una profunda reestructuración del sistema de salud orientada a la descentralización y a la cooperación multidimensional en forma de red distribuida de los servicios.

El Plan de Calidad quiere impulsar una visión que identifica al sistema sanitario como un sistema inteligente, constituido por organizaciones generadoras de conocimiento integradas en un paradigma mucho más amplio como es el de las sociedades del conocimiento. Un sistema sanitario inserto en una sociedad igualmente inteligente e innovadora que aprecia el uso de la ciencia y la tecnología como fuente de bienestar y de resolución de muchos de sus problemas.

En cuanto a los Profesionales, este Plan de Calidad expresa “Los profesionales son el principal activo que tiene una organización como el Sistema Sanitario Público de Andalucía es su capital humano. Hablar de capital humano es hablar de las personas y del capital intelectual y emocional que atesoran, de la adecuada gestión de ese inmenso

caudal de conocimiento y emociones va a depender en gran parte el poder desarrollar nuestro potencial de cambio y mejora continua como organización. Es necesario por tanto, buscar un espacio común entre los profesionales y la organización que favorezca la apuesta clara de los profesionales por la calidad y la búsqueda de la excelencia y que haga visible el compromiso efectivo de la organización por dar una respuesta adecuada a sus necesidades y expectativas.

En esta línea el Objetivo 1, referente a los profesionales, pretende: reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento. Mediante las siguientes Líneas de Acción:

1.1.- Potenciar el desarrollo de los profesionales, mediante la implantación efectiva del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollando planes individuales de formación en función de los objetivos de las Unidades Clínicas.

1.2.- Desplegar todas las potencialidades de la gestión por competencias, en el marco del modelo de gestión clínica, avanzando a un modelo de organización gestionado por los profesionales.

1.3.- Desarrollar y promover la adquisición de las competencias, necesarias de los profesionales sanitarios, que permitan avanzar en el liderazgo profesional como base del modelo de organización.

1.4.- Desarrollar de manera plena el modelo de carrera profesional, como reconocimiento del desarrollo profesional hacia la excelencia en todas las vertientes competenciales, en el ámbito de la asistencia, la promoción y protección de la salud, la docencia y la investigación.

1.5.- Garantizar que la acreditación profesional sea un valor en el desarrollo profesional, acorde a las necesidades de ciudadanos y el sistema.

1.6.- Desarrollar las competencias de los directivos, acordes con la nueva organización transversal sustentada en la gestión clínica, los valores de la ciudadanía y el nuevo modelo de salud pública.

El vehículo mediante el cual los profesionales pueden hacer efectivo sus competencias en el ámbito de la sanidad pública de Andalucía, se encuentra recogido en los Manuales de Competencias (específicos para cada grupo profesional, disciplina o especialidad) que incluyen las competencias que debe poseer un determinado profesional y las buenas prácticas que deben estar presentes en su puesto de trabajo, enmarcadas en una estructura común de cinco bloques y diez criterios que consideran otras tantas dimensiones de la calidad.

El profesional es el gestor de su propio proceso de acreditación, por lo que él mismo decide en qué momento desea iniciarlo, cuándo quiere finalizarlo y cuáles son las pruebas que desea aportar procedentes de su práctica diaria (en función de los contenidos de su Manual de Competencias), decidiendo en qué orden y en qué momento las incorpora.

Acreditación de competencias

El Manual de Competencias Profesionales está estructurado en **5 BLOQUES Y 10 CRITERIOS** en torno a los cuales se agrupan las Competencias, Buenas Prácticas y Evidencias

- 2. El ciudadano**
 - Orientación al ciudadano
- 3. Atención Sanitaria Integral**
 1. Promoción de Salud, Prevención y Atención Comunitaria
 2. Atención al Individuo y la Familia
 3. Gestión de Procesos Asistenciales Integrados
- 4. El/la Profesional**
 1. Trabajo en Equipo y Relaciones Profesionales
 2. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional
 3. Compromiso con la Docencia
 4. Compromiso con la Investigación
- 5. La Eficiencia**
 1. Uso Eficiente de los Recursos
- 6. Los Resultados**
 1. Orientación a Resultados en el Desarrollo Profesional



26

Cuadro nº12a. Acreditación de competencias. Junta de Andalucía

El proceso de acreditación consta de tres fases:

Fase de solicitud: En la que se aporta la información mínima necesaria para la identificación del profesional y su puesto de trabajo.

Fase de autoevaluación: Es sin duda la fase más enriquecedora del proceso. En ella el profesional revisa su práctica, recopilando y aportando una serie de pruebas (revisión de historias de salud, informes, análisis de casos y certificados) que le permitieran evidenciar un determinado nivel de competencia que tenía previamente o que había alcanzado durante el propio proceso de acreditación. Se trató, pues, de una metodología tipo portfolio que se centró fundamentalmente en el escalón IV de la Pirámide de Miller¹⁵, es decir, en lo que la persona hace día a día en su práctica profesional.

Fase de reconocimiento y certificación: Una vez concluida la autoevaluación, y según las pruebas aportadas por el profesional, el equipo de evaluadores de la agencia realizó una evaluación de ellas, que tiene como consecuencia la emisión del Informe de Certificación de Competencias profesionales correspondiente. En dicho informe el profesional pudo conocer el perfil competencial que ha demostrado durante el proceso de acreditación. Los profesionales disponen de dos convocatorias de evaluación cada año.

**PLAN ESTRATÉGICO DE FORMACIÓN INTEGRAL
DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

Equitativo

Garantiza el acceso equilibrado de todos los colectivos de profesionales a la formación de calidad.

Con enfoque de género

El Plan de formación contemplará el enfoque de género y en los contenidos de las acciones formativas, el diseño de éstas y su accesibilidad.

Objetivos

OB_01	Informar, motivar e implicar a los directivos de la organización en relación con el modelo de formación del SSPA
Líneas de acción	
LA_001	Elaboración de un Plan de Comunicación para todo el sistema sanitario del Plan de Formación dirigido a gestores y responsables de formación.
LA_002	Incorporación de los objetivos del Plan de Formación en los contratos programa y de gestión de las instituciones sanitarias.
OB_02	Formar a los mandos intermedios y responsables de unidades clínicas de la organización, en gestión por competencias
LA_003	Elaboración y desarrollo de un programa de formación en gestión por competencias para la totalidad de los mandos intermedios y responsables de unidades clínicas.
LA_004	Incorporación en los contratos programa de los proveedores de formación del sistema, la elaboración de un plan de colaboración entre proveedores de formación para alcanzar la cobertura de la totalidad de los mandos intermedios y responsables de unidades clínicas.
OB_03	Potenciar el reconocimiento de la actividad formativa como un valor estratégico para el SSPA
LA_005	Inclusión, con la ponderación adecuada, en los baremos de méritos de la carrera profesional, la experiencia docente en cualquiera de las etapas formativas de los profesionales, así como en la provisión de plazas básicas tanto temporales como definitivas.
LA_006	Inclusión de la experiencia docente en cualquiera de las etapas formativas en los programas de acreditación del nivel de la competencia profesional con la definición de buenas prácticas y sus evidencias en cada uno de ellos de forma homogénea y adecuadamente ponderada.
OB_04	Garantizar la transparencia en los procesos de gestión de la formación
LA_007	Configuración de un grupo de trabajo para la identificación de los diferentes modelos de financiación de la formación de profesionales por cada etapa formativa.
LA_008	Configuración de un grupo de trabajo para realizar el análisis de costes de la formación de las diferentes etapas formativas.
LA_009	Elaboración de un Plan de difusión de la oferta de programas y actividades de formación continuada del SSPA

Cuadro nº12b. Plan estratégico de formación integral del S.A.S. Con enfoque de género

2.6. Liderazgo enfermero en organizaciones sanitarias.(OMS).

En un marco en donde se están produciendo, cambios en la estructura social, con variables potentes como: la población cada vez está más envejecida, existencia de una crisis económica (con cifras de paro históricas), influencia de flujos migratorios, cambios en los sistemas de salud con la consiguiente contención en los gastos sanitarios y el avance científico y tecnológico. Es necesario contar con un liderazgo eficiente y eficaz.

Asumir un modelo racional que refleje la realidad de la organizaciones sanitarias, permitirá intervenir en ellas, de forma consciente y sistemática, siguiendo un determinado orden, basado en el conocimiento científico y la lógica, estableciendo objetivos y estrategias, que empoderen a permitan dar sostenibilidad a las organizaciones públicas sanitarias.

El liderazgo y la dirección de grupos, se considera como un tema importante en las instituciones en general y en especial en las organizaciones de salud, donde las necesidades de las personas, la globalización y el impacto de la tecnología, generan necesidades de ser instituciones competitivas, con recurso humano eficiente, preparado y con habilidades en gestión.

Las organizaciones sanitarias ofrecen un servicio basado en el conocimiento científico, en: principios y valores en: responsabilidad, creatividad y liderazgo; siendo este ultimo uno de los factores de mayor relevancia para el desarrollo y cumplimiento de metas personales, grupales y organizacionales. Atomizando la organización sanitaria en uno de sus pilares, que es enfermería, es necesario conocer que habilidades directivas deben poseer estos profesionales, y que rango de protagonismo asume cuando desarrollan el papel de líder.

Cohen (2000), expresó, la poca capacidad de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones, cuando hace referencia a la relación médico-enfermera, donde ésta última, en lugar de actuar de forma directa según su punto de vista y sus conocimientos, realiza estrategias de persuasión o sugerencias a la figura del médico.

Pardo (2011) dice, la realidad es que a pesar de que enfermería influye y modifica conductas en el paciente y su entorno, este proceso de liderazgo de enfermería no es valorado dentro de la sociedad y del propio equipo de salud.

Sin embargo a finales del siglo XX y principios del XXI, se observa un movimiento de fortalecimiento de la Enfermería, originado por la aparición de diversas resoluciones de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, pues reconoce la importancia y el carácter estratégico de las acciones de enfermería entre las profesiones de salud.

La formación de una Red Global de Centros Colaboradores vinculada a OMS formaliza este cambio y consolida un estrecho vínculo de los/as enfermeros/as con las directivas de la Organización.

Este proceso ha resurgido con el establecimiento por la OMS de algunas orientaciones estratégicas para las acciones de enfermería, con el fin de facilitar el liderazgo de las enfermeras, en el cuidado y promoción a la salud y, consecuentemente, la búsqueda por formas innovadoras que permitan una gestión eficaz de los servicios de salud.

En este sentido, se resalta el concepto de liderazgo de impacto fundamentado en el pensamiento de que el liderazgo no es un cargo, pero sí un modo de pensar y de comportar influenciando en otras personas. Los enfermeros/as deben, así, en su práctica profesional y académica, buscar ejercer un liderazgo de impacto, iniciando y siendo responsables de los cambios en el cuidado a la salud.

Las Directivas Estratégicas definidas por la OMS en 2002 con término previsto de aplicación para los quince primeros años de este milenio, oficializan este relevante rol atribuido a los enfermeros/as, destacando las siguientes áreas:

- 1. Planeamiento y Comprometimiento político para con el desarrollo nacional a través de la prestación de servicios de enfermería;**
- 2. Administración de los servicios de enfermería,** con el establecimiento de políticas de empleo para las enfermeras que consideren las diferencias de género y la necesidad de ambientes y condiciones adecuadas de trabajo;
- 3. Mejora de la práctica y de los sistemas de salud,** integrando los enfermeros en el proceso de toma de decisiones en todos los niveles;

4. Educación continuada de los miembros del equipo de enfermería para que tengan las competencias necesarias para lidiar con los futuros desafíos de su práctica;

5. Apoyo a los servicios de enfermería, incluyendo el gobierno, sociedad civil y otras profesiones de salud.

Para la implementación de estas orientaciones, la OMS y otras organizaciones internacionales miembros del sistema de las Naciones Unidas están dispuestas a no escatimar esfuerzos en el sentido de garantizar el reconocimiento de los servicios de enfermería como primordiales para la mejora del cuidado de la salud en general, adaptando estas directivas a las características y necesidades de desarrollo específicas de los diferentes países.

La acción conjunta de gobiernos y de la sociedad es, así, fundamental para la implementación de acciones ligadas a la capacitación constructiva de los profesionales de enfermería, al estímulo, al desarrollo de investigaciones que se basen en la práctica y a la formación de liderazgos efectivos entre los enfermeros. La consecución de esas acciones y el cumplimiento de las directivas de la OMS se configuran en un gran desafío para la Enfermería en el nuevo milenio.

Este marco situacional, ha generado la necesidad, de considerar, que la disciplina profesional de enfermería exige tener una adecuada formación sobre gestión, administración y un desarrollo de habilidades personales e interpersonales que facilitan el logro de la misión y visión de la organización. Esto justifica que en enfermería el liderazgo sea unas actividades inherentes a la práctica profesional dentro de los equipos de salud.

Enfermería requiere entonces de un liderazgo que les permita participar en la toma de decisiones, generar nuevas ideas y ayudar en la solución de problemas que a diario deben afrontar y dar respuesta en el seno de las organizaciones sanitarias.

Cuando enfermería ejerce sus competencias en el proceso administrativo, sus funciones son cuatro: planificación, organización, dirección y control. Estas etapas se suceden una a continuación de otra, siendo necesaria cada una para la siguiente. (Ordoñez 2011) define a esta secuencia como un proceso de retroalimentación..

Los elementos más importantes de la etapa de dirección son: liderazgo, poder, motivación, comunicación, orientación, supervisión y toma de decisiones.

Tomey (2001), dice que cuando enfermería está familiarizada con las teorías del liderazgo, puede seleccionar y adaptar las propuestas más adecuadas para hacer frente a diferentes situaciones. Como modelo, el líder de enfermería puede reducir la atmósfera autocrática y por tanto, algunos conflictos de funciones.

Los líderes hacen las cosas correctamente, aceptan el reto del cambio, se centran en los objetivos y tienen un tiempo marcado en el futuro. Preguntan por qué y utilizan estrategias basadas en las trayectorias hacia el potencial humano. Por otra parte, los directores hacen las cosas correctamente, optan por la continuidad y se centran en las estructuras y en los procedimientos actuales. Preguntan quién, qué, cuándo, dónde y cómo porque utilizan programas para llegar al destino y evalúan la actuación humana.

El liderazgo es necesario en todas las actividades de la enfermería. Cada enfermera, sea miembro del personal de enfermería, supervisora/or. Jefa/e de bloque o director/a de enfermería, debe realizar funciones administrativas y ejecutivas. La única diferencia se encuentra en la extensión de la práctica necesaria en el trabajo. El liderazgo es necesario para que la enfermería sea eficiente en la dirección de procesos.

Para aplicar las técnicas del liderazgo a la enfermería, ésta debe estar consciente y dispuesta a aceptar las responsabilidades del liderazgo. La enfermera líder, debe conocer a todas las personas, reconocer las necesidades y diferencias de cada una como individuo. Debe poder ayudar a todos a satisfacer sus necesidades. Necesitará permitir ciertas libertades, de acuerdo con las diferentes capacidades, actitudes, sentimientos y emociones.

En otras palabras, debe dar a su equipo *retribución psicológica*. También debe comprender los principios y técnicas empleados en administración y supervisión, así como los empleados en la asistencia de los pacientes; pues su liderazgo debe ser guiado por principios y técnicas.

Que según (Terry y Sierra, 1973) son: planeación y organización, hacer asignaciones y dar instrucciones, guía, estimular la colaboración y la participación,

coordinar actividades, observar o supervisar y evaluar el desempeño

La enfermera líder debe tener hábitos de trabajo constructivos, capacidad para hacer críticas y aceptar las que le hagan, así como ayudar a las otras enfermeras a superarse, personal y profesionalmente. Es posible lograr la capacidad para mostrarse a sí misma de manera positiva; las técnicas de afirmación personal pueden ayudar a que las enfermeras sepan dónde están y hacia dónde quieren ir.

El liderazgo eficaz en la enfermería de hoy requiere que el/la supervisor/a apoye a sus subordinadas en el empleo de técnicas que produzcan una actitud positiva, y que ella misma sirva de ejemplo. El estimular tal actitud puede ser un medio por el que la líder puede lograr que la ayuda asistencial sea óptima.

Las habilidades directivas del liderazgo se componen según (Kron, y Durbin, 1993) de : buscar continuamente más conocimientos y esforzarse por adquirir comprensión y sabiduría, Establecer una meta y continuar realizando esfuerzos por alcanzarla, .poder y estar dispuesto a aceptar responsabilidad .desarrollar iniciativa y entusiasmo. no perder el sentido del humor, defender la propia profesión y ser un miembro activo de ella. Interesarse más por los demás que por uno mismo, no juzgar a los demás demasiado pronto , no perder el dominio de uno mismo y rechazar la autosatisfacción.

2.7.-Enfermería en el sistema sanitario público de Andalucía.

En el campo de las profesiones sanitarias, el acotamiento de los espacios competenciales, no debe ser motivo o causa de ruptura entre profesionales, pues la demanda de los pacientes y de la institución, es que quien realiza labores asistenciales trabaje en equipo.

En esta línea se desarrolla la Ley 44/2003, de 21 de noviembre sobre ordenación de las profesiones sanitarias, determina en el artículo 9,1 la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas .

Así mismo, la ley señala" las actuaciones sanitarias dentro de los equipos de

profesionales se articularán atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

El Servicio Andaluz de Salud desarrolla una cartera de servicio que atiende a 8.440.300 habitantes. Con un presupuesto de 8.414 millones de euros y reparto por andaluz de 997 euros año

Los profesionales que trabajan en la Sanidad Pública Andaluza superan los 90.000, (93.366) de estos, en el cómputo total un 41,49% (38.738) corresponde a enfermería: (Enfermeros/as.:23.860 y Auxiliar de Enfermería: 14.878). En atención especializada que es en donde se ha realizado esta investigación, trabajan 68.923 profesionales de los cuales, (17.717 son enfermeros/as) y (13.513 son Auxiliares de Enfermería), estos colectivos suman la cifra de (31.230), profesionales, que representan el (45.31%) del total de trabajadores del S.A.S. Es el colectivo más numeroso dentro de esta organización. (Memoria del S.A.S. 2014)

Enfermería no vive ajena a todos estos datos y al devenir de los acontecimientos. Es un colectivo, consciente del continuo análisis por el que tiene que pasar, al ser una profesión muy expuesta socialmente, por las connotaciones que presenta su trabajo, pues sus actividades son muy directas con los pacientes y familiares. Además cuando ejercen el rol de gestor en enfermería, son minuciosamente escrutados por sus clientes, externos e internos.

La citada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en el artículo 7.2.a) establece que le corresponde a Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades

El Servicio Andaluz de Salud, ha establecido para el desarrollo de la enfermería una estrategia para el siglo XXI. Proponiendo un enfoque integral de atención a la salud en el que: diagnóstico, tratamiento y cuidados deben ir imbricados. La misión debe

caracterizarse por trabajar en equipo al ser considerado un elemento potenciador del arte de cuidar.

Sobre esta visión se sustenta la asignación de nuevos roles y competencias, a partir de unas cualificaciones, que permite a enfermería, realizar tareas acordes con los nuevos retos y necesidades que emergen. Y que son demandadas por la ciudadanía.

Se están sumando y en algunos casos creciendo exponencialmente, circunstancias determinantes que obligan a enfermería a reorientar los cuidados que presta. Teniendo que conjugar cuidar con sostenibilidad.

A enfermería se le pide saber calibrar las necesidades de los ciudadanos, para así actuar conforme al grado de dependencia de cada persona. Los cuidados deben ser continuos y personalizados.

Existe una voluntad clara hacia la mejora de los resultados y la calidad asistencial. Se trata de una nueva cultura, fundamentada en la calidad, trascendiendo la simple mejora del papel que desempeña enfermería. De hecho, contempla el empleo de herramientas clínicas, como las guías de práctica clínica, a las que se suman técnicas organizativas (organización de procesos asistenciales) y una orientación hacia resultados. Además de participar en la evaluación de tecnologías, las técnicas de desarrollo de personas, acreditación y garantía de la calidad.

En este nuevo contexto la figura del ciudadano, es fundamental, para calibrar el grado de calidad percibida y que se refregará en niveles de satisfacción.

El desarrollo de un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados es la estrategia del S.A.S.(Álvarez, Benito, Marina et al.2009)

Su base es la correcta integración del conocimiento y la organización para el desarrollo del proceso asistencial, que es en definitiva el nexo entre los profesionales y los ciudadanos.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía la gestión por proceso asistencial integrado tiene como referencia los siguientes principios básicos:

Centrar las actuaciones en el usuario; Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio; Garantizar una práctica clínica adecuada a la incorporación periódica de evidencias e innovaciones sólidamente sustentadas; Asegurar la continuidad asistencial, eliminando las interfases y espacios en blanco que no aportan valor añadido al proceso de atención; Aplicar sistemas de información integrados, orientados al proceso y esclarecedores de los resultados obtenidos.

Con estos principios, sobre la base de una guía metodológica unificada, se ha diseñado e implantado una serie de planes de cuidados estandarizados, para cada uno de los procesos asistenciales, con el fin de tener un soporte que garantice la equidad en la provisión de servicios sanitarios enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Dentro del proceso asistencial, enfermería, desempeña un papel primordial en la continuidad asistencial, criterio clave que inspira la estrategia del S.A.S. La continuidad de la atención va dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada. Es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples unidades asistenciales. Y donde tiene cabida la figura de la enfermero/a referente, como miembro de un equipo multidisciplinar.

Se trata no solo de mejorar el qué y cómo se realizan las actuaciones, sino también el cuándo, parámetro que se relaciona con la efectividad y eficacia de las mismas.

En definitiva se pretende lograr un Sistema Sanitario Público que adapte permanentemente sus prestaciones y servicios a las demandas y expectativas de los ciudadanos, orientado a la mejora de resultados y a la calidad de los servicios, que destine los recursos disponibles bajo el principio de la optimización de los mismos, favoreciendo con ello la incorporación de nuevas prestaciones, la reestructuración de las existentes, el ahorro de los gastos y la racionalización de los recursos. Todo ello en términos de coste-beneficio y bajo el prisma de la mejora de la efectividad y de la eficiencia.

En estos momentos el conjugar este orden de actuaciones, es una prioridad del S.A.S. Pues supondrá para enfermería, el asimilar a su actuación diaria unos parámetros,

que le puedan servir para superar los obstáculos y consolidar una carrera profesional fortalecida por competencias, y especialización „

2.8.- Liderazgo enfermero en el sistema sanitario Público de Andalucía

Teóricamente, el liderazgo y la administración como conceptos separados son fáciles de examinar, sin embargo en la realidad de la vida laboral están integrados y entrelazados.

En el método del liderazgo estratégico de las organizaciones, se han utilizado dos puntos de vista que interaccionan estrechamente: el líder como persona responsable de que la organización alcance los objetivos establecidos y el líder que contesta a los superiores de la organización en cuanto a la dotación de recursos y el alcance de objetivos económicos. Así los deberes del líder quedan enfocados a la coordinación y la integración de recursos y la mayoría de sus actividades implican planificación, asesoría de la organización, competencias, evaluación de la negociación y representación.

Este pensamiento tan estructurado, se está derrumbando, por la complejidad que están viviendo las organizaciones y en concreto por las características que presentan los equipos que trabajan en salud.

Esto está obligando, al resurgir, de estilos de liderazgo, que se puedan acoplar a los nuevos acontecimientos. Pues es evidente que cuando aparecen estos estilo de liderazgo, deben esta fortalecido por colectivos profesionales fuertes, que hagan de la organización un baluarte. En este marco teórico, surge el liderazgo de equipo, entendido como atributos de los miembros del grupo laboral, como resultado de procesos y rendimiento del equipo.(Day, Gron, Salas 2004).

Con la intención de fraguar un modelo de equipo de trabajo, en la sanidad Andaluza, se ha apostado por las unidades de gestión clínica (UGR) , con climas emocionales propios y un modelo de liderazgo de equipo. Así, lo expresa, el Plan de Calidad del SSPA (2010-2014) o el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud (2015-2018), al dar prioridad al desarrollo y adquisición de las competencias necesarias para avanzar en un

liderazgo profesional basado en la capacitación y formación de líderes, cuya prioridad sea fomentar el trabajo en equipo.

Enfermería, que representa el colectivo más numeroso en el Servicio Andaluz de Salud, debe liderar estrategias que contribuyan al bien de la ciudadanía y de la institución.

En 2014, el Director Gerente del SAS José Manuel Aranda Lara en la conferencia titulada *Perspectivas de futuro en la gestión del SSPA. Importancia del liderazgo en Gestión de Cuidados*, abordó el tema de la Gobernanza en las Unidades de Gestión Clínica de los hospitales y el papel de los Gestores de Cuidados en las mismas. La Enfermería, como área de conocimiento específico, ha de estar representada en el consejo de dirección de la unidad por el coordinador de cuidados, corresponsabilizándose, mediante la firma de los acuerdos de gestión, para el logro de los objetivos y la mejora continua de la Unidad.

La consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, María José Sánchez Rubio, en el año 2014, subrayó el elevado nivel de excelencia y liderazgo enfermero alcanzado en Andalucía, gracias al gran compromiso del conjunto de profesionales que desarrollan su labor en la sanidad pública.

En la celebración del 150 aniversario del Colegio de Enfermería de Sevilla, Sánchez Rubio ha insistido en el “importante compromiso de los profesionales de enfermería con los valores de la organización, las personas que cuidan y el trabajo bien hecho”. La consejera destacó la evolución vertiginosa de la profesión enfermera en este siglo y medio “hasta convertirse, hoy por hoy, en una viga maestra del Sistema Nacional de Salud”.

Para la titular de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, “la profesión enfermera ha sido decisiva también para avanzar en objetivos de Igualdad, debido a su importante peso en el empleo de las mujeres”.

Por su parte María Isabel Baena Parejo, Delegada Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, en el año 2015, ha destacado el papel “clave que juega la Enfermería en la construcción de un Sistema Sanitario Público de calidad”. Baena, ha señalado que para la Junta de Andalucía la enfermería es clave para el funcionamiento del servicio andaluz de salud. “No sólo para un correcto funcionamiento

en lo que a prestación de servicios se refiere, sino también para avanzar e ir construyendo un sistema público sostenible, moderno y de calidad". Señala la delegada que, "la Enfermería es una de las profesiones que más ha evolucionado, hasta convertirnos, hoy por hoy, en una pata que ha ayudado a sostener el alto nivel de calidad, la resolución y la eficiencia de la enfermería andaluza y a conservar todo el patrimonio clínico, científico e investigador que tiene la profesión enfermera".

En cuanto al futuro, Baena ha dicho a los estudiantes de Enfermería que "os toca asumir nuevos retos, y en ese horizonte, el primer escalón que os plantea el sistema sanitario es incorporaros a la investigación y a la docencia". En esta línea, la delegada ha recordado que actualmente, "la profesión enfermera tiene un gran prestigio, basado en la autonomía y la capacidad de decisión, el elevado nivel de su formación de grado y sus especialidades, el abanico competencial que han desarrollado y la producción científica realizada".

Asimismo, la delegada ha puesto de manifiesto los datos de la última encuesta de satisfacción, en la que el 94% de las personas usuarias manifestaban estar satisfechas con la atención enfermera en atención primaria y el 91% con la atención enfermera recibida en los centros hospitalarios, que se incrementa al 97% en los centros de alta resolución. Por este motivo, Andalucía ha impulsado el desarrollo de la práctica enfermera más avanzada, a través de la formación y la acreditación profesional. Más de 3.480 profesionales de enfermería han acreditado ya sus competencias profesionales y más de 10.000 se encuentran en proceso.

Entre los nuevos perfiles y competencias para la práctica enfermera avanzada, Sánchez Rubio ha destacado la gestión de casos, Cuidados Paliativos, los equipos móviles de Cuidados Avanzados, la labor de las enfermeras en las salas de coordinación de Emergencias Sanitarias, la prestación farmacéutica, la alta Resolución de Cuidados o la clasificación avanzada de pacientes en Urgencias. A todas estas competencias, se suma el incremento de la presencia enfermera en los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud.

En cuanto a los avances en I+D+i en enfermería, destaca las ocho invenciones concebidas en la sanidad pública y el registro de 13 solicitudes de patente a cargo de

profesionales de enfermería. Respecto a la investigación en la práctica diaria, un total de 43 proyectos de investigación liderados por enfermeras fueron financiados, en convocatoria pública, en los últimos cinco años.

2.9.-Perfil del mando intermedio de enfermería en el SAS

2.9. a.- Marco Jurídico

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, dispone en el apartado 3 de su artículo 4 que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de Gestión Clínica, de prevención, de información y de educación sanitarias.

Asimismo, la citada Ley 44/2003, en su artículo 10, apartado 1, establece que las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales, y en el apartado 2 del mismo artículo postula que tendrán la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, estableciendo también que tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.

Finalmente, el apartado tercero del reiterado artículo 10, normativiza que el ejercicio de funciones de Gestión Clínica estará sometido a la evaluación periódica y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones.

Con estos precedentes legislativos, el Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (BOJA núm. 54, de 16 de marzo de 2007), incluyó la supervisión dentro del conjunto de cargos intermedios del Servicio Andaluz de Salud cuyo sistema de provisión es el concurso de méritos, estableciendo y regulando su acceso a través de lo contemplado en este Decreto y en la Orden de 10 de agosto de 2007 de la Consejería de Salud (BOJA núm. 165,

de 22 de agosto de 2007), de desarrollo del citado Decreto, modificada por Orden de la Consejería de Salud de 21 de diciembre de 2015 (BOJA núm. 252, de 31 de diciembre de 2015)

Según recoge el Estatuto Marco del personal estatutario (2003), supervisor de enfermería es un puesto de jefe de unidad que se asigna por libre designación, con previa convocatoria pública. Así, el enfermero/a es responsable de dirigir y coordinar la asistencia, docencia e investigación, administrador de los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar que los cuidados se realicen de forma integral, individualizada y sistemática, dando respuesta a las necesidades de los pacientes

Un mando intermedio de enfermería, tiene que cumplir una serie de características, ejercer un liderazgo activo, organizar la actividad enfermera, dirigir a los profesionales de su equipo, mantener la comunicación entre dirección y profesionales, realizar una gestión eficiente del presupuesto y recursos materiales, teniendo en cuenta el mantenimiento y conservación de las estructuras, garantizar la transmisión de información entre niveles, impulsar la formación continuada, identificar necesidades, demandas y expectativas de los usuarios, innovar e informar sobre las directrices a seguir.

No podemos olvidar que dicha labor, el mando intermedio de enfermería, la desempeña en una unidad de gestión clínica que es el nivel micro, básico y principal de gestión, en el que se deben cumplir tres criterios básicos de calidad que son la satisfacción del paciente, la accesibilidad al sistema y las cualidades científico-técnicas de los profesionales.

Para poner en marcha un proyecto de liderazgo y gestión, el mando intermedio de enfermería, puede apoyarse en una serie de herramientas, como son la utilización de protocolos estandarizados, la historia clínica compuesta por las hojas de valoración de enfermería, tratamiento, gráfica de constantes, comentarios y evolución, plan de cuidados etc., o la asignación de enfermera responsable a cada paciente, basándose en cargas de trabajo, cuidados que se necesitan, tiempo y formación del personal. Así, algunos de los medios para conseguir estos objetivos son por ejemplo, la utilización de protocolos o el acceso a la formación continuada.

2.9. b.-Base reguladora del proceso selectivo para la cobertura de puesto de mando intermedio de enfermería (supervisor/a) en el S.A.S.

1. Sistema de provisión.

1.1. La provisión del puesto convocado se llevará a cabo por el sistema de concurso de méritos.

1.2. El proceso selectivo será evaluado por una Comisión de Selección y consistirá en dos fases: evaluación curricular y de las competencias profesionales y evaluación de un Proyecto de Gestión.

1.2.1. Evaluación curricular y de las competencias profesionales: Consistirá en la valoración de los méritos profesionales de los interesados que permita conocer su aptitud, idoneidad, experiencia asistencial, formación y actividades docentes e investigadoras, todo ello mediante la aplicación del Baremo de Méritos que se incluye como Anexo II en esta convocatoria. La puntuación máxima que se podrá otorgar será de 60 puntos.

1.2.2. Proyecto de gestión: Cada candidato expondrá ante la Comisión de Selección un Proyecto de Gestión, cuyo contenido deberá incluir, necesariamente, todas las líneas de actuación: asistencial, docente, investigación e innovación, y gestión del área de responsabilidad. La defensa del Proyecto de Gestión se realizará mediante exposición en un acto público, seguida de un debate con los miembros de la Comisión.

En la misma se valorarán obligadamente los siguientes aspectos clave en relación al puesto que se opta en el seno de la Unidad de Gestión Clínica:

1. Visión, misión y valores de la Unidad de Gestión Clínica y su incardinación con los valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. Líneas estratégicas y análisis DAFO de la Unidad de Gestión Clínica.

3. La cartera de servicios con especial énfasis en los Procesos asistenciales.

4. El análisis de los recursos humanos, estructurales y fungibles asignados y las propuestas para su gestión eficiente.

5. Los objetivos a conseguir, su cronograma y los indicadores y estándares de referencia en los ámbitos asistenciales, docentes y de investigación e innovación.
6. La orientación a resultados en las diferentes líneas de producción de la Unidad de Gestión Clínica.
7. Las propuestas para materializar una participación ciudadana efectiva. 8. La gestión de la calidad y su Acreditación.
9. Las propuestas para liderar grupos, delegar, generar equipo y propiciar la gestión participativa.
10. La capacidad de generar y transferir conocimientos e innovaciones. La exposición del Proyecto de Gestión será pública, siendo secretas las deliberaciones de la Comisión de Selección.

La puntuación máxima a otorgar será de 40 puntos

2. Requisitos de los aspirantes.

Para poder participar en esta convocatoria los aspirantes deberán reunir los requisitos que se señalan a continuación, referidos al último día de plazo de presentación de solicitudes, y mantenerlos durante todo el proceso selectivo:

2.1. Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.

2.2. Estar en posesión de la titulación de Diplomado Universitario Sanitario en Enfermería o Grado en Enfermería o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.

2.3. Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.

2.4. Tener cumplidos 18 años y no exceder de la edad de jubilación forzosa.

2.5. Tener vinculación estatutaria o funcional con el Sistema Nacional de Salud y no haber sido separado del servicio, mediante expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o Administración pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión.

2.6. En el caso de los nacionales de otros Estados mencionados en el apartado 2.1, no encontrarse inhabilitado, por sanción o pena, para el ejercicio profesional o para el acceso a funciones o servicios públicos en un Estado miembro, ni haber sido separado, por sanción disciplinaria, de alguna de sus Administraciones o servicios públicos en los seis años anteriores a la convocatoria.

2.7. Formación específica para cargos intermedios en el sistema de gestión de riesgos laborales, mediante la acreditación del «Curso específico en Prevención de Riesgos Laborales para cargos intermedios o aspirantes a cargos intermedios», o estar en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes. A tal efecto en la página web del SAS se encuentra disponible la información necesaria para la realización del citado curso.

3. Características del puesto convocado y funciones a desarrollar.

3.1. Funciones a desarrollar. Además de las funciones asistenciales que tenga asignadas, son entre otras:

a) Impulsar la gestión de los cuidados, favoreciendo la personalización de la atención en todos los procesos asistenciales priorizados por la Consejería de Salud y otros ámbitos de actuación establecidos por los Planes Integrales de Salud, que permitan la mejora continua en la práctica clínica y en los estándares de calidad asumidos por la UGC, incorporando las actividades de promoción de la salud, de educación para la salud y de prevención de la enfermedad.

b) Desarrollar y coordinar la atención de forma prioritaria a los pacientes en situación de especial vulnerabilidad, con mayores necesidades de cuidados, que deban ser atendidos en el domicilio o en la unidad de gestión clínica.

c) Promover y establecer mecanismos de coordinación entre los profesionales de

los distintos niveles asistenciales y del entorno social de acuerdo con los criterios establecidos por la Dirección Gerencia del Centro y la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica, en el marco de las estrategias de la Consejería de Salud, para conseguir una continuidad de cuidados eficaz en todos los procesos asistenciales.

d) Realizar una gestión por competencias, evaluando y propiciando la adquisición de competencias de los profesionales de la UGC de su área de conocimiento e impulsando acciones de mejora organizativa y modernización en el ámbito de la gestión de los profesionales.

e) Elaborar junto a la Dirección de la UGC los objetivos de los acuerdos de gestión de la UGC.

f) Propiciar y favorecer la participación de los profesionales de su área de referencia de conocimiento en el seguimiento y monitorización de los indicadores específicos del Cuadro de Mandos de la UGC, con la finalidad de facilitar el correcto seguimiento de los objetivos definidos en el Acuerdo de Gestión.

g) Evaluar junto con la Dirección de la UGC la efectividad, la calidad y la eficiencia de las actuaciones profesionales que se prestan por los profesionales de su área de referencia de conocimiento en Salud en la UGC, proponiendo a la Dirección de la UGC las medidas de mejora más adecuadas.

h) Evaluar a los profesionales de la UGC, de su área de referencia de conocimiento, sus objetivos individuales con carácter anual, en orden a lograr el óptimo cumplimiento de los objetivos de la UGC y del Contrato Programa del Centro.

i) Colaborar en las actuaciones que en materia de docencia e investigación desarrolla la unidad de gestión clínica con especial énfasis en la práctica de cuidados.

j) Gestionar las estrategias y programas que permitan el cumplimiento de los Acuerdos de consumo de su Acuerdo de Gestión Clínica a través del uso óptimo, adecuado y eficiente, de medicamentos y el material clínico de la Unidad de Gestión Clínica y su mantenimiento, así como los productos sanitarios necesarios para la provisión de los cuidados más adecuados a la población.

k) Proponer a la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica cuantas medidas, iniciativas e innovaciones pudieran contribuir al mejor funcionamiento en el desarrollo de los cuidados.

l) Gestionar, organizar y promover todas las actividades necesarias para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales en el Área de conocimiento de su referencia de la UGC, según las instrucciones recibidas por la Dirección de la UGC y en consonancia con los objetivos marcados por la organización en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

m) Otras funciones que en materia de cuidados le sean atribuidas por la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica o por la Dirección de su Centro

Para llevar a cabo dichas funciones, el mando intermedio de enfermería debe disponer de unos conocimientos específicos en administración y gestión, en calidad asistencial, en metodología enfermera, en protocolos y planes de cuidados, en prevención de riesgos laborales, manejar el aparataje específico de la unidad y conocer las aplicaciones informáticas que se utilizan. La formación en el mando intermedio de enfermería es imprescindible para realizar las competencias que el puesto requiere con el fin de dirigir equipos, innovar y ejercer un liderazgo de alto nivel.

PARTE III

Genero. Enfermería y liderazgo

3 Introducción.

En esta investigación se ha tenido en cuenta el trinomio, genero-liderazgo-enfermería, Pues revisada la literatura observamos que las investigaciones sobre género y liderazgo han experimentado un enorme desarrollo en los últimos años. (Cuadrado y Molero 2002).

Tradicionalmente, se ha considerado que las mujeres no debían ejercer el liderazgo en las organizaciones porque se creía que sus rasgos de personalidad eran contraproducentes para ejercer cargos de dirección y llevar a cabo un liderazgo, pues se las veía como un recurso para solucionar problemas y no para ejercer autoridad (Fennell, 2008).

Apostándose más bien por hombres líderes, apoyados en la fuerza física, agresividad, razón, impulsividad, entre otros calificativos y ,que ejercen su estrategia de liderazgo con autoridad y en la imposición del cargo que ocupan, poniendo su fortaleza en la consecución de , méritos, distinciones y castigos, según el rendimiento (Thompson, 2000).

Estos planteamientos nos han llevado a tener en consideración y a analizar las investigaciones realizadas por Bass y Avolio, en los años noventa.

Con el fin de conocer si los estilos de liderazgo según el modelo de alcance pleno, (marco teórico utilizado en esta investigación) en hombres y en mujeres desde una perspectiva de género puedan ser diferentes, tal y como lo han estudiado (Molina, Samper y Mayoral 2013), quienes afirman que según los valores y estilos de liderazgo, ejercidos por hombres y mujeres, se dan resultados diferentes.

Aunque esta afirmación es necesaria ser cribada pues existen también estudios que no han encontrado diferencias en los estilos de liderazgo entre hombres y mujeres.

3.1.-Conceptualización del constructo género.

3.1. a.- Conceptos

Sexo: representa las características determinadas biológicamente de los hombres y las mujeres en términos de los órganos reproductores y las funciones basadas en el complemento cromosómico y la fisiología. Como tal, se entiende globalmente por sexo la clasificación de los seres vivos en macho y hembra.

Género: es la construcción social de mujeres y hombres, de feminidad y masculinidad, que varía en el tiempo y el espacio y entre las culturas. La idea de género surgió en los años setenta y fue propuesta por las teorizadoras feministas que desafiaron la posición secundaria de las mujeres en la sociedad. Se aleja de la noción de sexo para señalar que la biología o la anatomía no son un sino. Es importante distinguir claramente entre género y sexo. Ambos términos se usan a menudo indistintamente, pero conceptualmente son distintos.

Igualdad de género: Este término hace referencia a la situación en la que los individuos de ambos sexos son libres para desarrollar sus capacidades personales y tomar decisiones sin las limitaciones que imponen los roles de género estrictos. Los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de los hombres y las mujeres se tienen en cuenta, se valoran y se favorecen por igual.

Igualdad de oportunidad para hombres y mujeres: indica la ausencia de barreras en la participación económica, política y social por motivos de sexo. Estas barreras son a menudo indirectas, difíciles de distinguir y provocadas por fenómenos estructurales

y representaciones sociales que han demostrado ser especialmente resistentes a los cambios.

La igualdad de oportunidades, que se basa en el fundamento de que se necesitan toda una serie de medidas para enmendar las cuestiones de sexo profundamente arraigadas y las injusticias basadas en el género, debería distinguirse del trato igualitario que simplemente implica evitar la discriminación directa.

Investigación sensible al género: En la investigación sensible al género, el género se tiene siempre en cuenta durante el ciclo de investigación.

Investigación específica de género: La investigación específica en función del género se centra en el propio género como objeto.

Investigación unisex: La investigación “unisex” no tiene en cuenta el género y se basa en la suposición, a menudo incorrecta, de que las posibles diferencias entre hombres y mujeres no son relevantes para la investigación en cuestión.

Prejuicios de género en la investigación: El prejuicio de género es, a menudo, la distinción involuntaria e implícita entre hombres y mujeres al situar un género en una posición jerárquica en relación con el otro en un contexto determinado, como resultado de las imágenes estereotipadas de la masculinidad y la feminidad. Esto influye tanto en la participación de los hombres y las mujeres en la investigación (de ahí la representación minoritaria de mujeres) como en la validez de la misma. Un ejemplo de prejuicios de género en la investigación es aquella que se centra en la experiencia y el punto de vista de hombres o de mujeres y presenta los resultados como universalmente válidos.

3.1. b.- Definiciones de Género.

En los últimos años se ha producido un importante avance en las ciencias sociales, al incorporarse los denominados estudios de género creándose un nuevo paradigma. Además el género ha sido calificado, como categoría social, llegando a ser una de las contribuciones teóricas más significativas de la cultura contemporánea.

Esta categoría analítica y transdisciplinaria, desarrolla un enfoque globalizador, remitiéndose a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye

a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad.

Su categorización, surge para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo el énfasis en la noción de multiplicidad de identidades.

El género introduce la distinción relativa, a la cultura, por lo que puede definirse como un 'deber ser social'. Pues es una categoría basada en las definiciones socio-culturales, relativas a las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas sociales que deben ocupar.

Desde la perspectiva de Scott,(1990) el género, "pasa a ser una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta teoría, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado". (p.,92)

Culmina Scott, diciendo, *el género es un primer campo, a través del cual, en el seno del cual, o por medio del cual, el poder es articulado.* (p., 94)

Por su parte (De Barbieri, 1992), define al género como «el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de las diferencias anatómicas, que dan sentido a las relaciones entre las personas». (p., 114)

Para la Organización Mundial de la Salud (2006) .El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Por su parte la. (OMS 2015) cuando habla de género hace refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo.

3.1. c.- Sistema sexo-genero.

En una definición de mayor complejidad, (Scott 1988) cuando se referirá al sistema sexo-género dice que, *El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos; y el género es un primer modo de dar significado a las relaciones de poder. (...) Como elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas, el género implica cuatro elementos: 1º - Los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones simbólicas; 2º - Los conceptos normativos que ponen en evidencia las interpretaciones de los símbolos, que se esfuerzan para limitar y contener sus posibilidades metafóricas; 3º - La construcción a través del parentesco, la economía y la organización política; 4º - La construcción de la identidad subjetiva.* (p.64)

En estas premisas se desarrollan tres términos, simbología, cultura y poder. Raíces de una interpretación personalizada de los sexos, transformadas en genero.

En el mismo orden, en cuanto al sistema sexo-genero, Rubin (1986), define que es el: *Conjunto de disposiciones por el cual la materia prima del sexo y la procreación humanas es conformada por la intervención humana y social, y satisfecha en una forma convencional por extrañas que sean algunas de las convenciones.* (p.,87)

De Barbieri (1995), define el sistema sexo-género como *,conjunto de prácticas, símbolos y representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatomo – fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a los relacionamientos entre personas.*(p.,147)

3.1. d. Género y Ciencia.

Hay dos aspectos significativos desde los años finales del siglo XX. Uno de ellos es el papel que juega el conocimiento en la configuración de las sociedades, como consecuencia del desarrollo científico-técnico y de su aplicación al proceso productivo. El otro es la modificación del papel de la mujer en la sociedad, debido a su incorporación a distintos ámbitos de la vida social, desde la esfera política hasta el mercado de trabajo, lo que ha tenido como consecuencia una modificación de su papel en familia y en la estructura de esta. (Keller, 1985; Eynde 1994).

La investigación en diversas disciplinas (Historia, Sociología, Psicología, Ciencias de la Salud, Economía, Antropología, Derecho, Biología, Historia de la Ciencia...) han generado conocimientos que posibilitarán praxis políticas, que contemplen la complejidad de nuestra sociedad y en donde tiene cabida escribir e investigar sobre género.

La Comisión Europea aplica una estrategia sistemática y visible para promover la igualdad de género en la ciencia y la investigación. Comisión Europea (1999); (2016/2526(RSP)

Esta estrategia reconoce que la relación entre género e investigación consta de tres aspectos, El fomento de la participación de las mujeres en la ciencia y la investigación; La investigación debe abordar las necesidades de las mujeres, así como las de los hombres; Debe existir una investigación específicamente de género dirigida a mejorar la comprensión de las cuestiones de género en la ciencia

En las últimas décadas los estudios de género han contribuido a desvelar y a conocer ámbitos de la realidad hasta entonces inexplorados, y también a reducir sesgos y errores en conceptos y teorías. En algunos casos, notablemente en ciencias sociales y en humanidades, han contribuido ya a importantes reformulaciones de los fundamentos disciplinares de algunos campos del conocimiento.

Con estos objetivos la Comisión Europea incluyó en el Sexto Programa Marco un requisito para el análisis de género, como una variable más equiparable a cualquier otra, cuya relevancia debe ser tomada en cuenta. Importantes instituciones de investigación médica en los Estados Unidos, en los países escandinavos y en otros países como Austria, requieren ya también la consideración sistemática de las variables de género y sexo en los proyectos que financian. Naciones Unidas, en su acuerdo sobre ciencia y tecnología adoptado en marzo de 2011, menciona también la necesidad de incorporar el análisis de género a la investigación científica.

La Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica promoverán la incorporación de la perspectiva de género como una categoría transversal en la investigación y la tecnología, de manera que su relevancia sea

considerada en todos los aspectos del proceso, desde la definición de las prioridades de la investigación científico-técnica, los problemas de investigación, los marcos teóricos y explicativos, los métodos, la recogida e interpretación de datos, las conclusiones, las aplicaciones y desarrollos tecnológicos, y las propuestas para estudios futuros. Promoverá igualmente los estudios de género y de las mujeres, así como medidas concretas para estimular y dar reconocimiento a la presencia de mujeres en los equipos de investigación.(Ley 14/2011.)

Con el fin de promover una mayor igualdad de género, la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea decidió desarrollar un Manual sobre género y ciencia. Esta iniciativa proporcionará a la comunidad de investigadores una orientación práctica acerca de cómo integrar el género en la investigación.

Dado que el objetivo de este proyecto es esencialmente pragmático, el enfoque es exclusivo al género. Lo que, por supuesto, no significa negar la importancia de otras diferencias como la raza, la edad, la sexualidad, etc. pueden guardar relación con el género, que, ayudará a los investigadores a entender la cuestión de *el género y la ciencia*, y los hará más sensibles respecto a la dimensión del género.

Ademas la ciencia, Ayudará a los investigadores a incluir la dimensión del género en los proyectos de investigación. Indicará cómo diseñar proyectos más sensibles al género. Ayudará a eliminar los sesgos de género en los proyectos de investigación. Permitirá a los investigadores elaborar propuestas más competitivas. Mostrará por qué es importante crear equipos de investigación equilibrados en cuanto al género y ayudará a que los resultados de las investigaciones tengan más relevancia para la sociedad.

Se supone que la ciencia es el paradigma del pensamiento objetivo, racional y crítico. Para muchas personas todavía representa el modelo ideal de modernidad, de progreso social e incluso de la propia sociedad ilustrada en la medida en que se enfrenta a los prejuicios tradicionales y las supersticiones. Por eso, su continua negativa a examinar de manera crítica sus propios sesgos de género, cuando esto ocurre, perjudican a esa reputación en la actualidad.(Harding 2001).

Reseñar también que la igualdad de género tiene una larga historia de desarrollo

de políticas públicas en la Unión Europea, cuyo origen reside en el Tratado de Roma de 1957. Desde entonces, la Unión Europea ha adoptado 13 directivas en el ámbito de la igualdad. Tras la firma del Tratado de Amsterdam de 1999, que estableció la igualdad entre hombres y mujeres como una tarea específica de la Comunidad Europea y como un objetivo transversal que afecta a todas las tareas comunitarias, la Comisión Europea (CE) formalizó su compromiso de avanzar en la igualdad de género en la investigación . Comisión Europea (1999)

La decisión del Séptimo Programa Marco (7PM) establece que “la integración de la dimensión del género y la igualdad de género se abordará en todos los ámbitos de la investigación. “Mientras que los seres humanos formen parte de la investigación, por ejemplo, como consumidores, usuarios o pacientes, o en procesos de prueba, el género será una cuestión que debería tenerse en cuenta y abordarse”. Comisión Europea (2009).

Incidir también en que la ‘transversalidad’ de género y sexo es una estrategia para incorporar la igualdad a la ‘corriente principal’ de las actividades en vez de tratarla como un ‘complemento’ de los objetivos actuales de la investigación. Un enfoque de transversalidad no se centra sólo en las mujeres sino que conceptualiza tanto a los hombres como a las mujeres como actores y beneficiarios de la investigación científica. (Fausto-Sterling. 2003; Klinge, y Bosch. 2005; Klinge, I. 2007).

Desde este marco teórico en los últimos tiempos se han desarrollado tres áreas de investigación sobre género y ciencia: la histórico-sociológica, la pedagógica y la epistemológica.

Área histórico-sociológica. Esta área se destina, pues, a analizar el discurso y el devenir históricos de la ciencia, así refiere Ortiz (1997) haciendo hincapié en “ el papel que juegan símbolos, metáforas y sesgos sexistas en su construcción”. (p. 195).

Área pedagógica. Que según (Pérez 1997), el interés de esta segunda área es eminentemente práctico ,frente al más teórico de la anterior y se ,resume en los intentos de paliar la tradicional menor presencia de la mujer en el campo de la tecnociencia. (p. 15).

Área epistemológica. Este es el campo en el que suceden las disputas teóricas más encontradas, ya que nos hallamos con tres principales orientaciones epistemológicas

distintas y bastante opuestas entre sí, a saber así lo expresa(Ortiz 1997), : el empirismo feminista, el punto de vista feminista y el posmodernismo feminista. (p. 199).

Una orientación común, según(Pérez 1997), que abarca a los tres tipos, *es la crítica a la ciencia y la tecnología y su tradición típicamente masculina y/o patriarcal; la crítica a sus métodos tradicionales y los fallos que presentan en los diseños experimentales; la crítica a determinados supuestos falaces o tendenciosos; en general, la crítica a la reproducción de la ideología de género en mayor o menor medida.* (p., 18)

Como respuesta a ideologías de género caducas, y dentro de las ciencias sociales, es desde la disciplina de la psicología en donde se han generado un considerable número de trabajos de investigación, que han permitido romper clichés respecto a las diferencias entre los sexos con relación a variables intelectuales y de personalidad. En este contexto, han surgido diversas teorías: por una parte, quienes defienden la existencia de pequeñas diferencias y otros/as que consideran que existen diferencias consistentes y amplias en algunas habilidades y en comportamiento sociales.

En un libro que realiza un recorrido histórico por diversas disciplinas, y en concreto en ciencias médicas,(Laqueur 1990) citado por (Martínez, Bonilla 1999)) afirma: *El viejo modelo en el que hombres y mujeres se ordenaban según su grado de perfección metafísica, su calor vital, a lo largo de un eje de carácter masculino, dio paso a finales del siglo XVIII a un nuevo modelo de dimorfismo radical, de divergencia biológica. Una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyeron a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación con el hombre. A finales del siglo XIX se adujo que la nueva diferencia no podía demostrarse en los cuerpos visibles sino en los elementos microscópicos que los constituían, La diferencia sexual en clase, no en grado, parecía sólidamente basada en la naturaleza [...] Geddes [...] aunque admitía que no podía elaborarse totalmente la conexión entre esas diferencias biológicas y las diferenciaciones psicológicas y sociales resultantes, justificaba no obstante los respectivos roles culturales de hombres y mujeres.* (p. 24)

Este pensamiento, concluye que lo femenino o lo masculino no se refiere al sexo de los individuos, sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas.

Según dice Gamba (2008), aunque alrededor del constructo genero, es evidente

que existen divergencias en su conceptualización, en general la categoría de género es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, identidades y valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Algunas de sus principales características y dimensiones son:

- 1) *Es una construcción social e histórica* (por lo que puede variar de una sociedad a otra y de una época a otra);
- 2) *Es una relación social* (porque descubre las normas que determinan las relaciones entre mujeres y varones);
- 3) *Es una relación de poder* (porque nos remite al carácter cualitativo de esas relaciones)
- 4) *Es una relación asimétrica*; si bien las relaciones entre mujeres y varones admiten distintas posibilidades (dominación masculina, dominación femenina o relaciones igualitarias), en general éstas se configuran como relaciones de dominación masculina y subordinación femenina;
- 5) *Es holística*, (porque no se refiere solamente a las relaciones entre los sexos, sino que alude también a otros procesos que se dan en una sociedad: instituciones, símbolos, identidades, sistemas económicos y políticos, etc.);
- 6) *Es transversal* (porque no están aisladas, sino que atraviesan todo el entramado social, articulándose con otros factores como la edad, estado civil, educación, etnia, clase social, etc);
- 7) *Es una búsqueda de una equidad* que sólo será posible si las mujeres conquistan el ejercicio del poder en su sentido más amplio “como poder crear, poder saber, poder dirigir, poder disfrutar, poder elegir, ser elegida,.....”.(p.,3)

La generalización del concepto de género ha suscitado una polémica en torno a la conveniencia de continuar usándolo. A veces el término se ha tergiversado y banalizado en su aplicación. En algunos estudios macrosociales o del mercado de trabajo, a la desagregación por sexo se la denomina género, pero la categoría permanece vacía. Algo similar ocurre cuando la palabra género sustituye a mujeres (Scott, 1990). El género requiere la búsqueda de sentido del comportamiento de varones y mujeres como seres socialmente sexuados.

Para Lamas (1999) un aspecto relevante a debatir es *la forma en que se manifiesta el traslape conceptual entre género y diferencia sexual: como ausencia o silencio, confusión y negación*. (p., 99).

En el debate sobre las relaciones entre hombres y mujeres, la diferencia sexual es un concepto básico para comprender la base sobre la que se construye el género.

Según(Lamas1999), las feministas norteamericanas circunscriben la definición de diferencia sexual a lo anatómico, limitándola a una distinción sustantiva entre dos grupos de personas en función de su sexo, o sea, a un concepto taxonómico, análogo al de clase social o al de raza:

Al no manejar el concepto psicoanalítico de diferencia sexual, ignoran el papel del inconsciente en la formación de la identidad sexual y la inestabilidad de tal identidad, impuesta en un sujeto que, según Freud, es fundamentalmente bisexual. Esto tiñe las formas en que reflexionan sobre la diferencia entre mujeres y hombres, y por ello elaboran sus planteamientos teóricos a partir de la diferencia de género. Las europeas, más cercanas al psicoanálisis lacaniano, suelen analizar la contradicción mujer/hombre incorporando la diferencia sexual en su complejidad psicoanalítica. (p.,86)

Lamas (1999) también expresa:

..mujeres y hombres son producidos por el lenguaje y las prácticas y representaciones simbólicas dentro de formaciones sociales dadas, pero también por procesos inconscientes vinculados a la simbolización de la diferencia sexual. Hay que comprender que la diferencia sexual es una diferencia estructurante, a partir de la cual se construyen no sólo los papeles y prescripciones sociales sino el imaginario de lo que significa ser mujer o ser hombre, por lo tanto no puede ser situada en el mismo nivel que el género. (p., 88)

3.2.-Devenir histórico del enfoque de género.

Es en el siglo XX cuando se produjo un deslizamiento por el que, de un marco teórico naturalista, se ha pasado a tesis que defienden la construcción social de las relaciones de género, como efecto derivado de un orden social hegemónico. Este cambio respecto a su génesis se observa no sólo en la disciplina psicológica, sino en todo el

ámbito de estudio de las Ciencias Sociales. En donde el sexo no es una esencia, sino una contingencia, y el género, una construcción social. Pues al ser humano se le inserta en un universo simbólico que, aunque se elabora internamente y repercute directamente en el psiquismo, tiene su origen en el sistema de creencias y estereotipos que, lejos de reflejar la realidad, reproducen los valores de las instituciones sociales en cada cultura y momento histórico.

Según Marta Lamas, aún cuando ya en 1949 aparece como explicación en “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir, el término género, sólo comienza a circular en las ciencias sociales y en el discurso feminista con un significado propio y como una acepción específica (distinta de la caracterización tradicional del vocablo que hacía referencia a tipo o especie), a partir de los años setenta. No obstante, sólo a finales de los ochenta y comienzos de los noventa el concepto adquiere consistencia y empieza a tener impacto y es cuando se instala en la academia y las políticas públicas la denominada “perspectiva de género”.

La distinción entre los conceptos sexo y género, *papel de género*, empezó a desarrollarse en 1955 cuando John Money, en *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings*, hizo una distinción entre el mediatizado, sexo, y la categoría psicológica, género, al referirse a los comportamientos asociados a la identidad masculina y femenina de las personas, donde intervendrían factores sociobiológicos.

Así aparecieron los roles de género, que según (Money 1995), la expresión rol de género se usa para significar todas aquellas cosas que una persona dice o hace para revelar que él o ella tiene el estatus de niño u hombre, o niña o mujer, respectivamente. Ésta incluye, pero no está restringida, a la sexualidad en el sentido de erotismo.

Desde este enfoque, de (Barbieri 1990) expresa, los sistemas de género se entienden como los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica y que dan sentido a las relaciones entre personas sexuadas.

Pero sería Robert Stoller (1964), quien introduciría la distinción sexo/género, en el 23º Congreso Psicoanalítico Internacional de Estocolmo tras buscar “una palabra para

poder diagnosticar aquellas personas que, aunque poseían un cuerpo de hombre, se sentían mujeres” constituyéndose en el primer autor que contrastó explícitamente ambos términos, con el fin de precisar el concepto de *identidad de género*, con respecto al término *identidad sexual*, que en su opinión era más ambiguo.

La tesis fundamental defendida por este autor es, que *no existe dependencia biunívoca e inevitable entre géneros y sexos, y por lo contrario, su desarrollo puede tomar vías independientes*. Luego, su trabajo ahondó en aquellos aspectos psicológicos y del entorno de un individuo, realizando una de las primeras distinciones sexo/género dentro de la teoría freudiana. Interrogándose acerca de la construcción de la intersubjetividad y las relaciones de poder.

La necesidad de desvelar los efectos que producen en los sujetos las relaciones de poder asimétricas entre los sexos, llevó a la antropóloga Gayle Rubin (1975) a acuñar la expresión *sistema sexo/género*. (Martínez, Bonilla 2000) (p., 55) Con esta expresión se refería al amplio conjunto de convenciones a través de las cuales toda sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, en los que se satisfacen estas necesidades sexuales transformadas y se establece una ordenación jerárquica de los géneros, un reconocimiento de las posiciones de género, que perdura en el tiempo.

Para (Rubin 1986), la transformación del sexo biológico bruto en género, con la consiguiente división sexual del trabajo y con el funcionamiento de las estructuras de parentesco, será la responsable de las asimetrías de poder entre los sexos.

En este devenir histórico, apareció el construccionismo social en psicología, teoría que argumenta que no existe una realidad independiente del sujeto y la metodología de estudio que se utiliza, por lo que el conocimiento será una construcción entrelazada inextricablemente con los contextos en que se origina.

El construccionismo, al considerar la diferencia como una categoría analítica relacional, permite historiar las identidades de género, clase y etnia, como el producto contingente y variable de vidas particulares, tomando distancia de propuestas que entienden la diferencia como un hecho universal, fijo e inmutable. Además, contempla

cómo las interacciones entre clase, raza, y sexo producen experiencias comunes pero también diferencias en el hecho de ser mujer o varón.

Estos pensamientos, fueron construyendo, un marco teórico, que generó un conocimiento científico en torno a la perspectiva de género. Así lo expresa Shaver y Hendrick (1987) en la introducción del texto, *Review of personality and social psychology: Sex and Gender..*

3.2.a. - Historia del enfoque de género y sus categorizaciones.

A finales de los años ochenta, los historiadores fueron conscientes de la necesidad de desvelar los procesos a través de los cuales tiene lugar la *,naturalización,* y así ideas, teorías, experiencias, lenguajes, adoptan la cualidad de ser 'naturales', permitiendo el encubrimiento de sus características consuetudinarias, convencionales y sociales.

El entendimiento de semejante naturalización, resulta crucial en el empeño de delinear y explicar la naturaleza precisa del poder científico y médico. (Jordanova 1989).

El concepto, "*naturalización*", en relación al constructo género, ha permitido crear una categorización lingüística, así lo expresan, (Hare-Mustin y Marecek, 1990) *.La mayoría de los lenguajes se han elaborado de conformidad con los géneros. La diferenciación en géneros constituye un fenómeno preeminente de la vida simbólica y de la comunicación en el seno de nuestra sociedad. [...] El concepto género ilustra el poder que tienen las categorías lingüísticas para determinar lo que conocemos acerca del mundo. [...] Las diferencias sexuales no explican el género, la subordinación social, política y económica de las mujeres, ni las responsabilidades atribuidas a las mujeres en el cuidado infantil.* (p.,47 y ss).

Otro concepto que han incorporado los investigadores a este proceso evolutivo del género es su afrontamiento desde una *,perspectiva cognitiva.* El género es una variable moduladora de los procesos intelectivos y emocionales relativos a la dicotomía: varones y mujeres, pues socialmente se acepta la existencia de diferencias intrínsecas físicas, cognitivas, emocionales, comportamentales, de prestigio y de poder entre los sexos.

Igualmente se comparte la idea de que las mujeres son más tiernas, dependientes y están más preocupadas por el cuidado de los demás, y que los varones son más

agresivos, competitivos e independientes. En este proceso de modelado se establece una relación dialéctica entre sexo y género (asignación e identidad), en la que, a partir de la constitución simbólica e interpretación socio-histórica que cada cultura realiza de las diferencias anatómicas, se teje una red en la que los sujetos se incardinan desarrollando su propio yo y, en consecuencia, experimentando su propia identidad corporal, psíquica y social. En nuestra cultura, la categoría género es tan relevante que convierte en prácticamente irreversible este proceso (Benhabib, 1992).

Al afirmar que el género se construye culturalmente, este enfoque defiende el origen situacional de las características de género, pero matiza que éste no es un conjunto de rasgos en los individuos, sino una 'construcción que identifica las transacciones adecuadas para un sexo determinado (Hare-Mustin y Marecek, 1990; Nicholson, 1990; Bohan, 1993; Unger, 1997).

Se sabe que las representaciones sociales en tanto estructuras cognitivas cumplen la función de facilitar la aprehensión eficaz de fuentes de información a menudo ambigua y mal definida, la información social es simbólica y contextual, permitiendo al sujeto que su mundo interpersonal sea más significativo y predecible.

El carácter cultural de la naturaleza humana nos lleva a relacionar los roles y actitudes en torno a la diferencia sexual, el género, con la etnia o grupo social de pertenencia. Pues será la cultura específica de cada grupo, en función del grado de opresión que ejerza, la que connote y cargue de contenidos el género. Por ello, debemos huir de generalizaciones sobre las desigualdades de género.

Aunque es conveniente señalar que a lo largo de la historia, tanto en la mitología como en la vida cotidiana, el carácter normativo de lo masculino ha constituido el tema dominante, convirtiéndose, por ello, la diferencia en desigualdad social y política.

A este monopolio masculino, desde la disciplina antropológica (Stolcke, 1992; Valle, 1993), le han denominado *complejo de supremacía masculina*, (Martínez, Bonilla 2000) (p. 56) supremacía injustificada puesto que, conceptualmente, las diferencias, cualesquiera que sean, no implican desigualdad. Que dos categorías difieran no implica lógicamente que una de ellas sea más valiosa.

En consonancia con esto y con la intención de corregir la supremacía masculina, (Lagarde, 1996), expresa *"La perspectiva de género implica a ambos géneros en el desarrollo, es un esfuerzo por lograr modificaciones en las respectivas especificidades, funciones, responsabilidades, expectativas y oportunidades de varones y mujeres"* (p.,163)

Otro concepto muy presente en este semblante histórico entorno al género y que está teniendo un importante recorrido en los últimos años es el concepto de "identidad".

Este constructo, permite tomar conciencia de sí mismo, de nuestro lugar en el mundo y en relación a los demás (Woodward, 1997). La identidad de género es social y personal, puesto que nos apropiamos de lo social para, tamizándolo por las propias experiencias, construir el 'self'.

La identidad será, pues, la síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto, producidas y puestas en acción en cada contexto particular, y no una realidad transcendente de estatus natural.

Las identidades individuales y colectivas son complejas, están en proceso y se construyen con múltiples influencias. Además, debemos tener en cuenta que, en la identidad del yo, se da la paradoja de que el yo, en cuanto persona (público), es igual a todas las otras personas, pero en tanto individuo (privado), es esencialmente diferente al resto de los individuos (Habermas, 1976).

Por ello, si se acepta por "identidad" del yo la competencia de un sujeto capaz de lenguaje y acción para responder ante determinadas exigencias y situaciones de manera consistente, se debe admitir que esta identidad se gesta en el proceso de socialización. En el que el propio cuerpo es esencial permitiendo a la persona, en un primer momento, integrarse en un sistema social determinado para apropiarse de generalidades simbólicas, y posteriormente, a través de un proceso de individualización, llegar a establecer una creciente independencia con respecto a los sistemas sociales desde la que legitimar sus actos (Woodward, 1997).

Conviene señalar que en la construcción de la identidad interviene tanto la relación, a la que subyace el reconocimiento, que la persona establece con otros miembros de su grupo, como la relación de su grupo con otros grupos.

En este sentido, para desvelar posiciones de subordinación social que inciden sobre la "*identidad*", será necesario establecer metodológicamente la división entre grupos dominantes y grupos dominados.

El grupo dominante, Amorós (1985) lo denomina "*de los iguales*", (Martínez, Bonilla 2000) (p. 85) será más bien una colección de individualidades, teniendo cada una su propia unicidad y especificidad, presentando cualidades personales, *aparentemente extracategoriales* (Martínez, Bonilla 2000) (p. 85) y propiedades idiosincrásicas.

Su identidad será autónoma, interna, legítima e indiferente a la presión del grupo, y por ello los miembros que lo constituyen no necesitan autodefinirse con respecto a su grupo. Por el contrario, el grupo dominado *,de las idénticas*, (Martínez, Bonilla 2000) (p. 85), en palabras de Amorós, estará constituido por una mezcla de sujetos relativamente indiferenciados, lo que favorece elaborar su identidad alrededor de propiedades colectivas, definitorias del grupo, vinculadas a heteronomía, externalidad e indiferenciación, de ahí que sus miembros se autodefinan y sean definidos en referencia al grupo.

En nuestra cultura la pertenencia a un grupo se elabora en una relación asimétrica que une el grupo a otros grupos, constituyendo los fundamentos de la identificación colectiva de los individuos. De este modo, los hombres, como genérico, pertenecen a los grupos dominantes, mientras que las mujeres, también como genérico, pertenecen a los grupos dominados y agregado (Lorenzi-Cioldi, 1988).

Hacemos nuestra la opinión de (Amorós 1985), cuando afirma que el poder nunca es de los individuos, sino de los grupos y que sólo puede implantarse en aquel espacio en el que los sujetos se reconocen mutuamente, que corresponde al espacio de los iguales, apropiándonos de su expresión, poder es poder diferenciarse.

Los complejos fenómenos que subyacen a los procesos de identidad, constituyen la subjetividad, pues en ella se imbrican, como indica (Lagarde 1998), los conocimientos, habilidades y destrezas del sujeto con su afectividad y experiencias. La subjetividad es producto de la articulación de las, filosofías, valores y normas del sujeto, en síntesis, las dimensiones ética y socio-cultural, incardinada en un cuerpo biológico, que subyacen

en el reconocimiento del sujeto como individuo.

En la conformación de los procesos de identidad, los “*estereotipos*” ocupan un lugar relevante. El concepto ,*estereotipo*, evoca: prejuicio y discriminación, cuando su sentido es negativo, o una simplificación de características muy esquemáticas, cuando su sentido es positivo.

Los estereotipos son creencias consensuadas social y culturalmente que permiten homogeneizar a los individuos que pertenecen a una categoría, a fin de comprender procesos psicosociales (Rosenkrantz, Vogel, Bee, Broverman y Broverman, 1968).

En el origen de los “*estereotipos*” juega un papel predominante la motivación. Como señala Barberá (1998), la psicología ha definido los estereotipos: *como una construcción cognitiva o socio-cognitiva acerca de los atributos compartidos por un colectivo humano*. (p. 85)

Dos ideas clave subyacen en esta definición:

a) *La conceptualización de estereotipo*, en cuanto construcción subjetiva, incluye creencias, expectativas, atribuciones causales, lo que significa que los pensamientos estereotipados no suelen coincidir con la realidad. Más que espejos que reflejan con exactitud el mundo, los estereotipos son imágenes mentales de alta elaboración cognitiva, y

b) *Un estereotipo no suele estar compuesto por un único pensamiento* o idea singular sino por un conjunto organizado de ideas que se acoplan entre sí (Ashmore, Del Boca y Wohlers 1986).

Por último, fundamentándose en los conceptos anteriores se articula el concepto *identidad de género*. Es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos.

En este proceso, que se adquiere en la primera infancia y tiene un valor de

adaptación social, la influencia tanto de los modelos materno y paterno como de los roles sociales de los adultos próximos es importantísima, de tal forma que el aprendizaje de los roles de género interacciona con las conductas estereotipadas.

La escuela será otro agente socializador importante en el auto-reconocimiento que cada sujeto realiza de su propia categoría de género. Ambas instituciones, familia y escuela, contribuyen a la adquisición, entre otros, de los patrones de valentía y protección en los niños, y de atracción y bondad en las niñas. Aunque este proceso origina esquemas cognitivos que inciden en la génesis de la identidad individual, las diversas formas de interacción entre el aprendizaje de los roles y las conductas estereotipadas explicarán la variabilidad interindividual e intergrupal en este dominio. Además la mayor o menor rigidez respecto a la prescripción social de género incidirá en su internalización. *Un rol es lo que el actor hace en su relación con otro, visto bajo el prisma de su significación funcional en un sistema social.* Parson (1951)

Como se puede observar, a lo largo del devenir histórico del enfoque de género, se observa la complejidad de los procesos que intervienen en la construcción de la subjetividad.

Por tal motivo es importante identificar a cada uno de los componentes que circundan alrededor del constructo género. Pues los efectos que el sistema de creencias, que existe en el entorno de la condición humana, influye en la conformación de las identidades de nuestro psiquismo, simbología, desarrollo de nuestras potencialidades y en consecuencia, en el bienestar psicológico y social de las personas

3.3.-Enfoque desde perspectiva de género

La denominada *perspectiva de género*, se ha tornado un instrumento indispensable en las investigaciones sociales al dar, luces sobre las diferentes formas de construcción de identidad y simbología, de mujeres y varones. Incidiendo en sus maneras particulares de actuar, percibir, entender, sentir, hablar e interactuar, además de los diferentes vínculos que se establecen entre ellos. Con una finalidad, realizar la construcción de una estructura social con equidad.

Las antropólogas (Ortner y Whitehead 1996) plantean que: "...lo que es género,

lo que son los hombres y las mujeres, los tipos de relaciones que se producen o deben producirse entre ellos, todas estas nociones no reflejan ni elaboran simplemente “datos” biológicos, sino que son en buena parte producto de procesos sociales y culturales...” (p.127)

Para Gomariz (1992) puede denominarse como “estudios de género” el segmento de la producción de conocimientos que se ha ocupado de ese ámbito de la experiencia humana.

Lagarde (1996) la califica como *, la perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres d manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y de los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen.* (p.15)

La *,perspectiva de género*, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas, estrategias o programas, implica:

- a) Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorio para las mujeres.
- b) Que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas.
- c) Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión. Es la visión de *,transversalidad*, del género.

La perspectiva de género opta por una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder. Sostiene que la cuestión de los géneros no es un tema a agregar como si se tratara de un capítulo más en la historia de la cultura, sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia.

La mirada de género no está supeditada a que la adopten las mujeres ni está dirigida exclusivamente a ellas. Tratándose de una cuestión de concepción del mundo y de la vida, lo único definitorio es la comprensión de la problemática que abarca y su compromiso vital. Aunque no constituye una categoría cerrada, sino en pleno desarrollo, la “perspectiva de género”, favorece el ejercicio de una lectura crítica y cuestionadora de la realidad para analizar y transformar la situación de las personas. Se trata así de crear nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres visualicen su masculinidad y su femineidad a través de vínculos no jerarquizados ni discriminatorios.

Hacer trabajar la perspectiva de género en una investigación-acción va a suponer:

- Que los sujetos a ser abordados, investigados, deberán ser identificados por el género que cada cual porta (y soporta). Ir desterrando, por engañoso y tendencioso, el uso de términos generales del tipo «ser humano», «hombre», etc.
- Que las interacciones entre varones y mujeres van a ser el objetivo privilegiado, toda vez que esos vínculos sociales estén constantemente sesgados por determinaciones genéricas que también son siempre relaciones de poder.
- Que la variable género, según la índole del trabajo, será correlacionada con otras variables, por ejemplo, edad, etnia, religión, orientación sexual, clase social, posición política, etc.
- Que la formulación de las preguntas, cuestionarios, modos de la coordinación, diseño de la investigación, etc. deberán priorizar la variable género.
- Que la condición genérica de los investigadores también deberá tenerse presente para elucidar su propia implicación en el abordaje y análisis de los resultados.
- Esto incluye las formas del preguntar, los formatos de los dispositivos empleados y la manera de convocar a las distintas tareas para la comunidad.
- Sensibilizarse a las condiciones de género requiere de los investigadores, además del estudio, revisar su propia condición de género que va a operar como lente frente a las realidades de sus terrenos.
- Que en algunos tramos de la investigación puede ser importante cotejar

respuestas, expectativas, búsquedas, soluciones posibles con respecto a problemáticas comunes, comparando los enunciados diferentes entre los actores (mujeres-varones).

- Un alerta especial a la tendencia aquella en que los imaginarios instituidos con respecto a ideas generalizadas sobre los hombres o sobre las mujeres, deban ser analizados en distintos tramos de la investigación-acción. Con los conjuntos a trabajar y con los miembros del equipo investigador.

- Que aunque la investigación tuviera como objeto principal y único, por ejemplo, los grados de desarrollo y acción de un grupo de mujeres en la promoción de una tarea cualquiera, nunca debiera omitirse que ese grupo está en constante interacción no sólo con los varones de esa misma comunidad, sino sobre las ideas que se tienen sobre esos varones, sobre sí mismas y también sobre las representaciones sociales vigentes sobre el par mujer-varón.

Estas ideas esbozadas guardan relación con el espíritu y la metodología de la investigación-acción, en el sentido de que no se trata sólo de conocer la realidad, sino de transformarla.

El Consejo Económico y Social de la OMS(1997/2) definió *la incorporación de la perspectiva de género*, como, el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros.

Por su parte el la O.N.U. en la resolución (2006/36) expone:

Para ampliar las oportunidades, las posibilidades y las actividades de la mujer se necesita adoptar un enfoque doble, a saber, ejecutar programas que apunten a atender las necesidades básicas y específicas de la mujer en cuanto a fomento de la capacidad,

desarrollo organizativo y empoderamiento e incorporar una perspectiva de género en todas las actividades de formulación y aplicación de programas...

3.4.-Género y Enfermería.

Analizar la profesión enfermera desde una perspectiva de género, precisa de un conocimiento de la cultura en donde se ha fraguado y se desarrolla en la actualidad, esta profesión y de las conductas humanas. Pues es necesario distinguir lo que la gente dice y lo que en realidad hace y aquello que afirman que debería hacerse.

Los avances en la enfermería y la lucha vigente en la actualidad para mejorar el nivel profesional no siempre ha sido compartida por la sociedad, muchos son los factores que favorecen esta realidad, (subordinación a otras profesiones, falta de reconocimiento, estereotipos) por tal motivo es preciso investigar sobre el grado en el que estos factores han influido y siguen influyendo en el desarrollo de esta profesión desde una perspectiva de género, con vistas a establecer estrategias que eviten estas variables anómalas. Con el fin de favorecer el cambio de la imagen social de una profesión que lleva en sus espaldas el peso de los estereotipos ligados al género femenino, en una sociedad donde su entramado estructural y organizacional social es patriarcal.

El género es un factor determinante en el desarrollo social de profesiones como enfermería, pues esta compuesta por un alto porcentaje de mujeres, 82% de estos profesionales y en donde se establece una dualidad en las relaciones poder/subordinación.

Efectuada una revisión bibliográfica en CINAHL, Science Direct, MEDLINE, hemos encontrado que el género es abordado por diversos autores desde un enfoque de usuario del sistema sanitario, en especial desde la perspectiva de la mujer y su rol dentro de la salud individual y familiar, siendo pocos los que tratan el género desde la realidad profesional de Enfermería.

Además consultadas las listas de matriculados/as, en facultades de ciencias de la salud, observamos un repunte de futuros profesionales masculinos, motivado por, cambios sociales, económicos y mayor autonomía de la profesión.

Una profesión es autónoma cuando tiene la autoridad de regular su práctica, para así hacer específicas sus funciones y las responsabilidades de sus miembros, para ello debemos de potenciar el compromiso profesional y nuestro grado de credibilidad. *Si las Enfermeras no asumen su rol exclusivo otras personas inadecuadamente preparadas lo realizarán y asumirán* .(Henderson, V. 1971).

Estas palabras han dado luz para esclarecer el papel que tiene la enfermería en su faceta de cuidados, docencia, investigación y gestión-liderazgo, que en ocasiones han sido usurpadas por otros colectivos dentro del campo de la salud.

Desde este marco teórico, es pertinente realizar algunas preguntas en torno al comportamiento de los constructos: género y enfermería.

¿Ha optado la mujer a esta profesión por estar relacionada con los cuidados? .La respuesta a esta pregunta la encontramos en la teoría de Benabib, S (1992), cuando afirma que, el cuidado va a permitir conocer las situaciones concretas y hacernos cargo de la vulnerabilidad de los seres humanos. En dichas situaciones, podemos “*escuchar la voz del otro*” y surgen sentimientos de empatía, amistad, responsabilidad y solidaridad.

Es quizá fruto de una ética, que propone una distribución más equitativa, así como el reconocimiento del valor y de la propia existencia de los cuidados, ejercidos por las mujeres en el seno familiar, que resultan “invisibles” y no remunerados.

Lo cierto es que los matices filosóficos, han sido en la actualidad sustituidos por las teorías bioéticas. Y esto ha tenido lugar cuando la extrapolación de los cuidados familiares, ejercidos por mujeres, llegó a la organización del trabajo de Enfermería en los hospitales, que hasta bien entrado el último tercio del siglo XX, consideraron la acción cuidadora de la enfermera mujer, como continuación de los cuidados domésticos, incluido el atributo de sumisión.

Parece probable, que si las teorías bioéticas del cuidado, se desarrollan a partir de los años setenta, éstas hayan influido en los cambios producidos en las relaciones de enfermería, dentro de la organización de los sistemas de salud. Dichas teorías bioéticas, también influirían en la relación que mantenían las enfermeras, con el resto de los profesionales sanitarios.

Afirman Careaga y Paravic (2009) El género en cuanto al desarrollo de la enfermería. *Es posible observar qué características, vinculadas al ser mujer, se ven claramente reflejadas en el desarrollo de la profesión de enfermería y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen. A lo largo de la historia, la mujer ha estado en la situación de reclusión, invisibilidad, de subordinación y de ningún poder social, lo que ha influenciado socioculturalmente en ritos, costumbres y factores que determinaron la identidad y el desarrollo de la enfermería.* (p.2). Estas autoras introducen, la perspectiva de género, en el análisis histórico, lo cual resulta realmente coherente, en una profesión mayoritariamente femenina y por tanto marcada por el género.

Teniendo en cuenta que estamos ante una profesión mayoritariamente femenina y que su principal actividad es el cuidado, resulta adecuado utilizar la perspectiva de género, para el estudio de sus problemas, competencias, proyección y liderazgo. Este planteamiento permite preguntarnos, ¿Puede el género influir en la manera de ejercer la profesión enfermera, en sus diferentes facetas y en los estilos de liderazgo? ¿Se producen limitaciones según el género, para acceder a puestos directivos en enfermería?

Para responder a estas preguntas, es necesario conocer posibles factores:

A.- Factores individuales internos.

Entre los que destacan los rasgos de personalidad, intereses vocacionales, liderazgo, etc. atribuidos a las mujeres, sin buscar referentes en las relaciones estructurales en función del género. Diversos estudios recientes sobre género y enfermería, corroboran que el género influye directamente en la profesión al asociar a los cuidados no técnicos, las acciones consideradas femeninas por “naturaleza”, en consecuencia falta de medición y valoración económica, es un valor de consumo interno o privado. Los estereotipos de género se proyectan en el ámbito de la práctica profesional enfermera, (Alberdi .1998; Arroyo , Lancharro ,Romero y Morillo 2001;Fajardo, 2004; Chamizo, 2004; Cano Caballero, 2004; German, 2004; Garcia Bañon, 2004.)

Este análisis es necesario dado la estructura de género descrita anteriormente con vista a la aportación al conocimiento de este tipo de estudios.

B.- Factores sociales y organizadores externos.

Como consecuencia de una cultura patriarcal en los hospitales que viene a delimitar unas relaciones de poder asimétricas, en función del género, como son:

B.1.- La costumbre social hace referencia al mantenimiento de los roles, por lo que el hombre desarrolla su campo de acción en la esfera de lo público y la mujer en lo privado (tareas domésticas). La imagen enfermera como “profesión femenina” esta aún marcada históricamente por dos ideologías dominantes, según (García 2004) “ la concepción religiosa sobre los cuidados, y el discurso sexista sobre el rol social de la mujer” (p. 46).

B.2.- La dificultad de compatibilizar la vida familiar y profesional. La compatibilización de las responsabilidades familiares con la vida laboral aparece como uno de los mayores obstáculos en la promoción profesional de las mujeres a los puestos de dirección.

En este tema (Domínguez Alcón, 1990), dice

El estereotipo femenino en enfermería funciona y es reforzado por la ideología que rodea la profesión. Es un factor más, que contribuye en las escasas cuotas de presencia en altos cargos o en puestos de alta responsabilidad conseguidas por el colectivo, dentro del sistema sanitario.(p.73)

B.3.- La definición masculina del poder. Los rasgos que se han venido definiendo como propios de un modelo de dirección y liderazgo esencialmente masculino se han asociado con características tradicionalmente atribuidas a los hombres como determinación, fuerza, seguridad en sí mismo, competitividad, etc. Ajenas a la mayoría de las mujeres quienes emplean un liderazgo femenino, basado en un estilo colaborativo, abierto, democrático, consensuado, esto es, resaltando más “el poder para” que “el poder sobre” (Allen 1999; Squires 2000)

B.4.- Las expectativas proyectadas sobre la mujer. La sociedad parte de una expectativa menor en la mujer cuando ocupa cargos de poder o responsabilidad (mito interesado), de tal modo que cualquier error que cometa, se atribuye a factores personales, que refuerzan la idea de que *,determinados puestos no están hechos para ellas.* En cambio

cuando su actuación no coincide con las bajas expectativas que se derivan de ellas, esto es, se adecuan a un perfil autoritario, masculino, son consideradas más negativamente que aquellos hombres que ejercen el mismo rol autoritario, denominándolas “damas de hierro” (Eagly, Makhijani y Klonsky, 1992).

B.5.- Las “redes invisibles” de los hombres. Hace referencia al apoyo implícito casi imperceptible que realizan los hombres a través de diferentes estrategias, como el estereotipo de “piensa-en-dirección-piensa-en-masculino” (Schein, 1976), esto es, los hombres se ven a sí mismos con más capacidad de representar que las mujeres para que asciendan otros en la jerarquía del poder, siendo un estereotipo generalizable en diferentes países y culturas.

B.6.- El interés por conocer y determinar la existencia de posibles estilos de liderazgo, diferentes entre hombres y mujeres se. No obstante las distinciones, en este sentido, no están aún tan claras, como lo ponen de manifiesto autores como (Cuadrado, Molero y Navas 2003), que, desde una perspectiva psicosocial, realiza un trabajo de síntesis recogiendo las aportaciones más importantes facilitadas por diversas investigaciones que discrepan en las similitudes o diferencias entre los estilos de liderazgo en función del género. Que a su vez, está condicionada por la *cultura organizacional*, de los hospitales, reflejo de un modelo social concreto, en estas organizaciones.(pp. 285-301)

La situación descrita, permite la necesidad de profundizar en las características en estas organizaciones y analizar cómo se desenvuelve enfermería en el ejercicio de cuotas de dirección, atendiendo a los estereotipos de género.

C.- Factores de la organización hospitalaria.

Además de la pregunta de investigación seleccionada para esta tesis, que se desarrolla en un entorno determinado, nos permite plantear nuevas líneas de investigación en el entorno laboral hospitalario público.

C1.- Modelo de gestión de la calidad: cultura de colaboración y participación en los hospitales. Los cambios en una institución requieren de la comprensión y promoción de los mismos, por parte de todos y cada uno de los miembros que componen la

organización y que se articulan e interrelacionan de forma dialéctica.

En el entramado de todas estas relaciones internas pero también externas, considerando a las organizaciones desde una perspectiva eco-sistémica (Lorenzo, 1999), resulta crucial el conocimiento de la cultura organizativa de la institución, puesto que ésta, condiciona el comportamiento y ejerce una influencia sobre el modo de pensar, de sentir y de actuar de las personas que lo integran (Poblete, García y Pereda, 2004). Así pues, su estudio y análisis nos permitirá determinar la presencia de estereotipos de género, así como de valores, normas, ideas y expectativas implícitas en las acciones desarrolladas.

Por otra parte, los modelos de gestión asociados con la calidad y la eficacia de las organizaciones tienden a señalar la importancia de un liderazgo participativo, comunitario, democrático, que ya se había definido como uno de los ejes centrales hacia el que se debía avanzar mediante una “cultura colaborativa” en los hospitales y que se ha venido vinculando a la mujer (liderazgo transformacional).

El estudio de la relación entre el modelo de gestión presente y el estilo de liderazgo ejercido por los cargos intermedios de enfermería, atendiendo al género, tendrá un gran interés, en esta investigación con el fin de profundizar en las lagunas cognoscitivas que aún quedan sin respuesta, especialmente en la adquisición de las competencias .

C2.- Necesidad de un abordaje de las variables del estudio en el ámbito hospitalario. La mayoría de los estudios empíricos que han tratado de verificar las diferentes teorías se realizan en entornos ajenos al ámbito hospitalario. Pues en las instituciones dedicadas al área de la salud son muy limitadas las acciones que se realizan para conocer y/o fomentar la participación de todos sus miembros en las posiciones estratégicas y de toma de decisiones.

De ahí la relevancia de la temática abordada en esta investigación. Siendo necesario profundizar en la situación de la enfermera en el ámbito organizativo, puesto que el análisis del funcionamiento de las organizaciones desde una perspectiva de género ha sido muy limitada, o bien, ha recibido un tratamiento poco relevante en el discurso académico.

C3.- La búsqueda de un referente autonómico andaluz. La historia de la Enfermería Española, ha sido escrita clásicamente por varones, con una marcada influencia católica y una ausencia de la corriente feminista, dando lugar a una concepción social de profesión feminizada.

Desde un enfoque global, podría decirse que las investigaciones desarrolladas sobre enfermería y género en hospitales de Andalucía han sido concisas, así expresa (Chamizo 2004). "Se estima que la verdadera revolución en el proceso de crecimiento profesional (...) de la enfermera no ha de derivarse tanto del desarrollo de su trabajo, como de un acceso a la enseñanza superior, ya que sin una preparación igual y suficiente no accederá a puestos de poder"(p.43) Línea que se ha intentado paliar con el plan Bolonia.

Sin embargo, de acuerdo con la uniformidad de medidas que desde las administraciones públicas se establecen, en materia de género,. (Observatorios, incentivos para proyectos coeducativos, etc.), se debería establecer una serie de interrelaciones a través de un estudio común, que se presente como un referente amplio e integrador para toda Andalucía.

D.- Factores sobre investigación en genero-enfermería y salud.

Los modelos de género y las asimetrías de poder que subyacen a ellos producen efectos que se manifiestan en todas las dimensiones de la vida de los sujetos. Las ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales, relativas a nuestra condición sexuada, constituyen los papeles de género que actúan como modelos que simbolizan y construyen el "deber ser" social de los hombres (lo masculino) y de las mujeres (lo femenino). El género, como categoría de relación, conforma sistemas de pensamiento que limitan las acciones y estrategias personales.

Esta ordenación social, que se transmite a través de las representaciones sociales, es un artificio de la cultura que, además de operar en la dirección de la reproducción de la especie, actúa para establecer relaciones asimétricas de poder que definen las posibilidades de vida de cada grupo sexual y, en consecuencia, produce efectos psico-sociales y de salud.

La OMS (1988) en el documento *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, plantea que el estereotipo femenino, construcción social caracterizada por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad..., está íntimamente relacionado no solo con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás, sino también con una mayor vulnerabilidad a la somatización

La OMS en la Declaración Mundial de Salud, de 1998, al abordar las estrategias a seguir para implementar programas de salud propuso incorporar los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y la perspectiva de género. Propuesta que implica una concepción de salud integral y compleja. Además, fue en marzo de 2002 cuando, finalmente, se formalizó la política de la OMS en materia de género. Como indica (Isabel Yordi (2003) *el mainstreaming, el enfoque transversal de género, es una herramienta desarrollada por la OMS en el marco del Programa Europeo de Género y Salud que permite diseñar, implantar y realizar un seguimiento y evaluación de las políticas y programas para alcanzar la igualdad y la equidad de género* .(p.24).

Previo a esta declaración el documento de la OMS "Mainstreaming, gender equito in health. Madrid Statement" que recopila las aportaciones de la reunión celebrada en Madrid, en septiembre de 2001, ya recogió la necesidad de considerar en las políticas de salud el enfoque de género..

Para contribuir a la ruptura de sesgos androcéntricos en este ámbito de estudio, la profesora (Valls 2000), siguiendo las recomendaciones de (Ruiz y Verbrugge 1997), propone:

1.- *Democratizar la producción del conocimiento.* La investigación en salud debe considerar sujetos experimentales tanto a los varones como a las mujeres.

2.- *Los diseños de investigación,* además de las diferencias biológicas entre los sexos, deben considerar también las posiciones y funciones sociales que desempeñan cada uno de los sexos.

3.- *Para alcanzar mejores diagnósticos se deben considerar las condiciones de vida familiar y laboral.* La capacidad de escucha de las demandas, en la práctica clínica, además de permitir indagar los condicionantes vitales que inciden en el malestar de las

mujeres, permitiría detectar las formas específicas de manifestarse las dolencias y las variables comunes para ambos sexos.

4.- El sexo es una variable demográfica, de control, y el género debe considerarse una variable relacional analítica.

5.- Deben implementarse diseños innovadores que permitan detectar las actitudes del personal sanitario a fin de evitar desigualdades en la práctica clínica

Partiendo de este marco teórico y de las propuestas desarrolladas se podrán crear futuras líneas de, investigación, fijar directrices y estrategias, con relación a los constructos genero y enfermería en el marco de las instituciones sanitarias.

3.5.- Género y estilos de liderazgo

En los años 60, 70 y 80, el centro de atención se situaba en la igualdad entre hombres y mujeres, reduciendo al mínimo las diferencias naturales entre sexos. La masculinidad era la tendencia que prevalecía especialmente en el movimiento feminista, ya que se consideraba la única forma con la cual las mujeres podían conseguir posiciones de liderazgo junto a los hombres, lo que también ocurría en organizaciones.

Efectivamente, y después de tantos años, masculinidad y feminidad siguen siendo aspectos sobresalientes de la vida social, por tal motivo es pertinente nuestra pregunta de investigación sobre genero y liderazgo

Pero para despejar malezas abordaremos la siguiente pregunta ¿Las diferencias se dan en la conducta o en el tratamiento, es decir, en la elaboración del constructo social de género?

El liderazgo de género en la actualidad es un tema que sigue creando controversia por no presentar una normalización en sus planteamientos, debido al número de variables que entran en juego. Sin embargo ha sido y sigue siendo causa de interés para numerosas investigaciones sobre todo para conocer el tipo de liderazgo que ejercen las mujeres y los hombres, siempre asociado por lo general a una profesional y en el marco de una organización.

Cuando se ha afrontado este tema se han pretendido referenciar los patrones relativamente estables de conducta manifestados por los líderes (Eagly y Johannesen-Schmidt, 2001) o las formas alternativas en las que los líderes estructuran su conducta en el desempeño de su liderazgo (Bass, 1990), a esto se le ha calificado de “estilo de liderazgo”. Que en definitiva supone conocer los aspectos más básicos o centrales en el estudio del liderazgo.

Además hablar de estilo de liderazgo es abordar un concepto en el que se relacionan muchos aspectos, como la eficacia (¿consigue el líder los objetivos propuestos?), la emergencia (¿cómo surge un líder en un grupo o equipo?) o la evaluación (¿cómo es considerado el líder por los miembros de su equipo y por sus superiores?).

El estilo de liderazgo es algo que se percibe, que existe en la mente de los perceptores, se trata de “formas puras” que los participantes de los estudios son capaces de distinguir cuando se les presentan ítems que representan cada uno de los estilos de liderazgo, (Cuadrado, 2001).

Por tanto, al estar presente en la mente de las personas, los estilos de liderazgo, nos permiten categorizar adecuadamente la conducta de los líderes, predecir sus resultados sobre un grupo u organización y abordar otros muchos aspectos centrales del liderazgo.

Concerniente a los estilos de liderazgo, en esta investigación se ha apostado por el modelo de “alcance pleno”: liderazgo transformacional, transaccional y pasivo-evitador. Estos estilos de liderazgo están generando numerosas líneas de investigación en las últimas décadas. (Burns 1978; Bass y Avolio, 1990; Molero, 1994; Eagly y Karau, 2002; Lorenzo 2005; Clancy 2007; Godoy y Mlandnic 2009 y Lupano, Castro 2013).

Destacar también que cuando se han realizado este tipo de investigaciones, no se ha tratado solo la fiabilidad y validez del instrumento de medición o sus efectos sobre la eficacia y satisfacción, sino que se ha extendido más allá y se ha tratado de averiguar si hombres y mujeres difieren en la adopción de estos estilos de liderazgo.

Revisada la literatura sobre el marco conceptual expuesto, los primeros estudios publicados en esta línea, lo realizó, Rosener en 1990, con hombres y mujeres líderes

con el objetivo de que autoevaluasen su propio estilo de liderazgo. La autora encontró que las mujeres se describían, como líderes transformacionales, (liderazgo distributivo, compartido, participativo, democrático), mientras que los líderes hombres describían su estilo de liderazgo en términos de transacciones o intercambios con sus subordinados (liderazgo transaccional). En su investigación, (Rosener 1990), describe también que cuando las mujeres ejercen este tipo de liderazgo, en un contexto, de organizaciones en las que existe una cultura creada por las propias mujeres, acorde con sus habilidades son más transformacionales

Los resultados del estudio de Druskat (1994), en el que 6359 hombres y mujeres de órdenes religiosas católicas debían evaluar a sus superiores inmediatos, mediante el cuestionario MLQ. También a las mujeres se les atribuían más conductas de liderazgo transformacional y a los hombres más conductas de liderazgo transaccional. Al igual que (Rosener 1990), esta autora también destaca la importancia del contexto en la adopción del liderazgo transformacional por parte de las mujeres, señalando que si la organización es “tradicional” (burocrática, rígida, marcadamente masculina), las diferencias de género se enmascaran, pues las mujeres se adaptan a las normas y expectativas masculinas dominantes en este tipo de organizaciones.

Por el contrario, en organizaciones “no tradicionales” las mujeres son libres de exhibir su “verdadero estilo de liderazgo”.

Estos resultados, sin embargo, están en contradicción con los obtenidos por Komives (1991a) en residencias universitarias, contexto según Druskat, no tradicional, donde se encontró que, en general, hombres y mujeres directores autoevaluaban de forma similar sus estilos de liderazgo.

Los pioneros de la teoría de alcance pleno, entre los que destaca Bass y colaboradores, cuando crearon el cuestionario MLQ (herramienta de esta teoría), se interesaron por las diferencias de género en los estilos de liderazgo (Bass y Avolio, 1994; Bass, Avolio y Atwater, 1996; Bass, 1998).

Los resultados de cuatro investigaciones diferentes realizadas con líderes de distinto nivel y en distintos tipos de organizaciones, obtenidos a partir de las evaluaciones

de los subordinados (hombres y mujeres), confirman que, en general, se considera que las mujeres realizan de forma más frecuente que los hombres conductas de liderazgo transformacional (carisma, consideración individualizada) y menos conductas de liderazgo pasivo y *laissez-faire* (Bass, 1998).

Maher, en 1997, realizó un estudio con el fin de investigar las diferencias en liderazgo transformacional y transaccional, los estereotipos de género de estos estilos de liderazgo, y por último, la correspondencia entre los estereotipos y las evaluaciones de líderes reales sobre esos estilos de liderazgo.

En sus resultados no se encontraron diferencias entre los estilos de liderazgo de hombres y mujeres, ni cuando eran evaluados por hombres ni cuando lo eran por mujeres, pero sí existían diferencias significativas en el modo en que las mujeres percibían a los hombres y mujeres líderes estereotípicos. Concretamente, las mujeres percibían que la mujer líder estereotípica era más transformacional (agrupado en un solo factor) y transaccional (también agrupado en un solo factor) y mostraba menos *laissez faire* que el hombre líder estereotípico. Los hombres, sin embargo, no percibían que los hombres y mujeres líderes estereotípicas difiriesen en ninguno de estos factores.

Por último, en nuestro país también se han llevado a cabo estudios que han investigado las relaciones entre el liderazgo transformacional y el género. Así, (López-Zafra y Morales 1998) .Se encontraron que en el cargo de director/a las mujeres se atribuían puntuaciones significativamente superiores a los hombres en consideración individualizada y liderazgo transformacional en general. Sin embargo, en el puesto de jefe/a de estudios, hombres y mujeres sólo difieren en dirección por excepción, obteniendo también las mujeres una puntuación superior a la de los hombres. En el puesto de secretario/a no existen diferencias entre hombres y mujeres en ningún factor.

López-Zafra y Del Olmo (1999) realizaron una investigación sobre liderazgo transformacional y estereotipia de género. Sus resultados mostraron que no hay diferencias en el estilo de liderazgo entre hombres y mujeres

Estos estudios ponen de manifiesto que la relación del liderazgo transformacional y transaccional con el género es bastante compleja.

Así, mientras algunos estudios muestran que las mujeres en general, son más “transformacionales” que los hombres y adoptan en mayor medida que estos las conductas de “recompensa contingente”(Bass y Avolio, 1994; Bass, Avolio y Atwater, 1996 ; Bass, 1998; Eagly y Johannesen-Schmidt, 2001) o, simplemente, que el estilo de liderazgo de las mujeres es más “transformacional” que el de los hombres, y el de estos es más “transaccional” (Rosener, (1990;Druskat, 1994; Ramos et al., 2002); .Otros no encuentran este tipo de diferencias (Komives, 1991; Maher, 1997; López-Zafra y Del Olmo, 1999; van Engen et al., 2001) o al menos no lo hacen de forma consistente (López-Zafra y Morales1998). En este sentido, los estereotipos de género parecen jugar un papel importante en la percepción que tienen hombres y mujeres del liderazgo transformacional,(Maher,1997; López-Zafra y Del Olmo1999).

Carless, (1998), concluye que los resultados varían en función de quién realiza las evaluaciones, Superiores y Líderes vs. Subordinados.

Para no llevarnos a confusión es necesario aclarar que esta divergencias de resultados, puede deberse a el marco teórico recopilado y a la metodología utilizada:

En cuanto al marco teórico, las faltas de rigor en algunas investigaciones y los resultados que generan, vienen marcadas por :a.- Discrepancias teóricas, b.- Contexto en donde se realiza la investigación, c.- Enfoque adoptado en el estudio, d.- Falta de precisión en los estilos utilizados y e.- Resultados contradictorios, cuando se comparan los obtenidos por científicos sociales con los de profesionales de las organizaciones, sin reparar en que las personas procedentes de ambas disciplinas investigan distintos estilos de liderazgo.

Con relación a la metodología utilizada,se observa que estos trabajos difieren entre sí, en aspectos como: a.- Las personas que realizan las evaluaciones , son los propios líderes, subordinados, compañeros, superiores, b.- El tipo de organización estudiada “tradicionales” vs. “no tradicionales”; dedicadas a diferentes actividades, con distintas características, c.- Los instrumentos de medida utilizados: MLQ en diferentes versiones, entrevistas, autodescripciones del estilo, d.- El contexto cultural en el que se realizan los estudios.

En definitiva, la consideración de todos estos aspectos sugiere que sería inadecuado generalizar los resultados obtenidos en unos estudios a otros diferentes, y que está fuera de lugar la autocomplacencia de los autores con aquellos resultados que confirman sus expectativas y que, en algunos casos, se basan en datos y procedimientos poco rigurosos.

3.6.-Género y liderazgo en enfermería.

Enfermería es una profesión que desde sus inicios tiene una gran carga de feminidad. Por tal motivo sus líderes, deben tomar las riendas que conjuguen la visión tradicional de esta profesión, con un enfoque acorde con las realidades que se están viviendo en la actualidad. Sin perder su idiosincrasia.

De entre las profesiones del ámbito de la salud, enfermería, es la que cuenta con mayores cuota en el computo global de los hospitales.

Estos profesionales presentan tres características que hacen que las alteraciones en el proceso de su identidad y la manera de ejercer el liderazgo, puedan presentar más evidencias que en otras profesiones. Y ¿por qué?

En primer lugar, por ser una profesión con fuertes raíces éticas y en la que la investigación señala la influencia de creencias asociadas tradicionalmente al género femenino y la religión, (Pucheu 2007).

Un segundo elemento que facilita el estudio de dificultades en la integración de la identidad laboral y en la manera de ejercer el liderazgo, es la multiplicidad y complejidad de los roles en los hospitales, que deben hacerse cargo de demandas de gestión de carácter impostergable además de las ya demandantes exigencias técnicas y éticas formalmente declaradas en la profesión, (Denis, Lamothe y Langley, 2001; Lozeau, Langley y Denis, 2002; Apker, 2004).

Finalmente, es necesario considerar que el ámbito público, cargado de exigencias, en ausencia de cualquier limitación en recursos, (periodo de crisis), obliga a enfermería a establecer mecanismos que faciliten 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, estrategias, programas y acreditaciones

Estas tres características permiten suponer que las/os mandos intermedios de enfermería (líderes formales) 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 estas tareas produce diferentes conflictos o anomalías, en las unidades clínicas y en el sentir a veces generalizado del personal de base de enfermería.

Con el fin de evitar estas situaciones límites, es necesario establecer medidas que desarrollen liderazgos participativos y motivacionales, tal y como Bass y Burns desarrollaron. Un liderazgo asociado a tres dimensiones del liderazgo de *alcance pleno*. Pues Enfermería se encuentra en disposición de asumir funciones de liderazgo en tres sentidos. Influyendo en las actividades de los individuos y grupos en materia de salud. Promoviendo el desarrollo profesional, a través de la motivación y dirección del equipo de Enfermería y participando en los órganos de gestión del sistema sanitario

El Proyecto de Liderazgo para el Cambio Fase II, del Consejo Internacional de Enfermeras, sostiene que se debe tener “una actitud proactiva, visionaria y asertiva hacia los procesos de la Reforma” (Miranda 2001), es decir, tener un rol protagonista como líder, ampliar su horizonte, con un enfoque multisectorial y multidisciplinario, crear redes de trabajo, mostrar el valor de la disciplina y conducir los cambios con la gestión oportuna de los procesos.

Pero esto es una carrera de fondo que empezó hace muchos años, y se fragua día a día, y tiene varios frentes: a.- Las Facultades de Ciencia de la Salud.-b.- Las Asociaciones profesionales. c.- Los Centros de Trabajo (en esta investigación los hospitales). d.- Investigación en género, enfermería y liderazgo ,y, e.- Los modelos de liderazgo en enfermería.

A.- Las Facultades de Ciencia de la Salud, pues preparar a enfermeras líderes para la Enfermería comprende las actividades de instruir a otras personas, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados.

Y ¿Qué se debe enseñar? Un liderazgo en Enfermería que fomente la realización de las tareas y cuidados, minimizando los riesgos y obstáculos ante metas previstas en los planes operativos, y, de igual manera, ayudar al equipo de enfermería a evaluar las necesidades reales y potenciales a las que se exponen en su desempeño profesional, así como la búsqueda de alternativas que permitan dar soluciones a las organizaciones sanitarias para generar trabajos más productivos dentro del contexto costo beneficio por causa de la globalización de la economía.

El rápido cambio en la educación superior ha incrementado las responsabilidades académicas y administrativas y ha creado nuevo estrés, cargas de trabajo y retos para las facultades. Para enfrentar estas responsabilidades y retos, los líderes en la educación en enfermería tienen papeles importantes a fin de entregar educación de alta calidad y elevar los niveles de satisfacción en el empleo. Además, este crecimiento obliga a los profesionales de enfermería a contribuir en la planificación y adecuación de políticas de la salud y la coordinación y gestión de las facultades de enfermería, mediante el desempeño de funciones de gestión y liderazgo.(ANEC 2004)

Para formar enfermeras/os con características de líderes, se hace necesario implementar cambios curriculares tendientes a promover el desarrollo de las destrezas del pensamiento crítico de las/os enfermeras/os. (Gordón 2004)

“Un líder con insuficiente entrenamiento en liderazgo puede agotarse al intentar lograr metas organizacionales. El líder se puede quemar y los subordinados aumentar su insatisfacción” (Sánchez. 1999)(p.122)

B.- El liderazgo a través de las Asociaciones Profesionales de enfermería, mejora la profesión y la sitúa estratégicamente para influir en la planificación y en la política de salud, (CIE 2006; Corral 2007).

C.- Los Centros de Trabajo (en esta investigación los hospitales). El trabajo de enfermería, como instrumento y proceso en salud, se subdivide en varias dimensiones, como cuidar/asistir, administrar, investigar y enseñar. Entre ellas, el cuidar y el administrar son los procesos más evidenciados en el trabajo del enfermero/a. (Peres ,Ciampone.2006). En el contexto hospitalario, el enfermero/a desempeña la función

asistencial y de gerencia, siendo líder del equipo de enfermería, (en la actualidad unidades de gestión clínicas), responsabilizándose de los recursos materiales y humanos.(Lanzoni y Meirelles 2011)

D.- Investigación en género, enfermería y liderazgo. En la cotidianidad de la capacidad gerencial de enfermería, entran en juego, las diferentes percepciones e influencias del " género y el liderazgo en enfermería" (gender and leadership, and nursing"). Esto da ocasiona a hacerse diferentes preguntas : ¿Cómo el concepto genero , y el perfil del enfermero/a líder vienen siendo descritos a lo largo de la última década, en las publicaciones científicas de enfermería y salud? y ¿Cuáles son sus contribuciones para la práctica en enfermería?. Con el objetivo de dar respuesta a estas preguntas, se ha realizado una búsqueda de publicaciones indexadas en la base de datos Medical Literature and Retrival System on Line (MEDLINE) en noviembre de 2015.

Hemos encontrado un histórico de 6544 publicaciones, que incluyen los constructos: género, liderazgo y enfermería. Hasta noviembre de 2015, se han publicado 356 artículos con estas características.

Así como vemos una gran producción cuando asociamos los tres términos, si buscamos estilos de liderazgo en relación a la enfermería, la producción científica es muy reducida. Pues esta catalogación se inició en la enfermería anglosajona en los años 90.

Algunos autores trataron de identificar el tipo de liderazgo de las enfermeras gestoras, (Dunham-Taylor 2000) y la permanencia en las instituciones de las enfermeras de base, (Ribelin 2003; Kleinman 2004).

Fruto de los estudios realizados se ha visto la importancia de implementar modelos de liderazgo como fuente de desarrollo de la profesión enfermera, de ahí que se hayan realizado multitud de publicaciones científicas específicas sobre Liderazgo en Enfermería como. *Nursing Leadership o Nurse Leader*) e incluso que la RNAO (*Registered Nurses' Association of Ontario*) publicara en 2006 una guía para el Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería.

Sin embargo, la cantidad de publicaciones científicas enfermeras con el "topic" liderazgo en español es muy escasa, en contraposición con la gran cantidad de publicaciones, artículos e incluso revistas de habla inglesa.

Realizada una búsqueda bibliográfica en PubMed, en noviembre de 2015, hemos obtenido los siguientes resultados, que han ofrecido los siguientes resultados: Con los criterios de búsqueda "Leadership" y "Nursing" 11812 publicaciones.

Con los descriptivos de búsqueda "*Leadership*", "*Nursing*" y "*Spain*" 32 publicaciones.

Aplicando los constructos: "*Leadership*", "*Nursing*", "*Styles*" y "*Spain*" se han obtenido, 3 resultados, (en una franja de años en donde el primer artículo se publicó en Diciembre 1998 y la publicación más reciente data de Mayo-Junio de 2009).

Incluyendo en la búsqueda los conceptos, *Leadership and Nursing and Styles and transformational*, se han encontrado 49 publicaciones. Pero con los descriptivos *Leadership and Nursing and Styles and transformational and Spain*, no han aparecido ningún artículo.

Realizada una búsqueda en TESEO dio los siguientes resultados. En la búsqueda con la palabra clave "enfermería" se encontraron 124 Tesis sin que ninguna de ellas haya sido indexada con la etiqueta "liderazgo". En la búsqueda con la palabra clave "liderazgo" fueron encontradas 106 Tesis, fundamentalmente de las disciplinas de Psicología y Sociología, pero ninguna proveniente de la Enfermería.

Por tanto, dada la carencia documental de estudios de liderazgo entre los directivos enfermeros españoles, se consideró justificada esta investigación la necesidad de evaluar las capacidades de liderazgo de los actuales directivos enfermeros españoles y valorar los conocimientos y las actitudes para afrontar esta necesaria transformación de la enfermería española.

E.- Modelos de liderazgo en enfermería.

La bibliografía disponible sobre liderazgo en la profesión de Enfermería se ha ido engrosando, con el paso de los años

Entre los primeros trabajos disponibles destacan los de dos investigadores norteamericanos, John Sheridan y Donald Vredenburgh, que en la década de los setenta y a comienzos de los ochenta. Publicaron una serie de artículos sobre relaciones entre estilos de liderazgo y otras variables organizacionales.(Rotación de las enfermeras subordinadas) .

En otro estudio (Sheridan y Vredenburgh, 1978), aplican el modelo Ohio en el desempeño de supervisoras, estudiando este estilo de liderazgo, con el fin de iniciar e implementar nuevas estructuras.

En otro artículo, estos mismos autores 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 Vredenburgh, 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 demanda altos niveles de disciplina y coordinación.

En Chile, (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 , a diferencia de los modelos europeos o norteamericano, en Chile las enfermeras supervisan a su vez técnicos paramédicos y auxiliares, constituyéndose en un eslabón supervisor en la cadena de mando.

Otros artículos relevantes son los de (Bycio et al. 1995; Vandenberghe et al. 2002), en los que se presentan 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.

Por su parte, (Kan y Parry 2004), presentando los resultados de una investigación de enfermeras supervisoras, donde se integran los nuevos discursos de gestión en cuanto a la capacidad de negociar en la cultura organizacional. Analizado el estudio observamos que se produce un desajuste, por causa de las múltiples realidades enfrentadas en el hospital, motivo por el cual se llegan a inhibir los/as supervisores/as cuando desempeñan el papel de liderazgo.

Más recientemente y en relación a las dificultades específicas, con la que se enfrentan los líderes en la organización de los hospitales, (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 enfermeras supervisoras para integrar los nuevos discursos de gestión de negocios en la cultura organizacional de la enfermería.

Garita Vargas, M. C, efectuó el estudio "Práctica de liderazgo del profesional en Enfermería", en el año 2003. El objetivo general del estudio era "evidenciar el desarrollo del liderazgo por parte del profesional en Enfermería y su aplicación según su propia autoevaluación".

Mendigure Fernández, J. realizó en Lima en 2006, el estudio descriptivo "El liderazgo en enfermería desde la Perspectiva profesional," con el objetivo de describir la percepción del liderazgo en enfermería desde la perspectiva de la profesión en hospitales de Lima.

De Lima Trindade, realizó en Brasil en el año 2008, el estudio "Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería", estudio cualitativo tipo descriptivo y exploratorio, que tuvo por finalidad

conocer los estilos de liderazgo desarrollados por los/as enfermeros/as y la influencia de los mismos bajo las relaciones interpersonales establecidas en el equipo de enfermería.

Rozo y Abaunza (2010), realizaron el estudio, titulado: *Relación de tipos de liderazgo con variables socio demográficas y laborales en profesionales de enfermería docentes de programas de Enfermería del Nororiente Colombiano*. Cuyo objetivo fue establecer la relación entre los tipos de liderazgo transformacional y transaccional, con las variables socio demográficas y laborales en los profesionales docentes de programas de enfermería del nororiente colombiano. Este estudio a pesar de ser aplicado a docentes demuestra la utilización de un instrumento que identifica características de liderazgo transformacional y transaccional, siendo un apoyo para el diseño metodológico del presente estudio.

En lo que respecta a la formación en liderazgo, se puede señalar que existe un amplio consenso en su importancia, en cuanto 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-Davies2003; Flesner et al., 2005).Este ultimo autor, ve la necesidad de crear nuevos modelos de liderazgo, para enfermería.

Otros estudios dignos de destacar, son los que mencionan la relevancia entre los valores tradicionales de la cultura organizacional de enfermería y su relación como mentor/a, asociado a los conceptos de, cercanía afectiva y a la capacidad de modelar los valores de la profesión ,(Knodel, 2004; Milton 2004).

A modo de conclusión de este capítulo, destacar que no es cuestión de feminizar ni masculinizar, es dar el sentido acertado a una profesión que tiene un objetivo centrador "*cuidar liderando*"

Es obvio que nos encontramos en un periodo de cambio y los líderes en enfermería deben ser conscientes de esta situación, que les obliga a practicar y fomentar la equidad profesional

Dice el director de Orquesta Josep Pons que "Cada orquesta tiene su sonido y el director debe saberlo ver" Y quien sabe verlo es un líder. Esta reflexión viene cargada de sensibilidad no de sensiblería, apreciación que históricamente se le ha dado a la

profesión enfermera, colocando líderes, de segundo orden al servicio de “distintos” e incluso a los considerados “iguales”

El liderazgo femenino en enfermería y su unicidad también se puede razonar en relación a la existencia masculina y su manera de considerar a las mujeres, bien como compañeros de igual a igual, bien como el sexo frágil que necesita protección. La igualdad de las mujeres y los hombres, en esta profesión debe ser una máxima pues no tiene cabida los estereotipos. Pues las mujeres están arraigadas como protagonistas de esta profesión.

Según(Donna Costello-Nickitas 1997), el acercamiento femenino al liderazgo y la administración en enfermería su unicidad como líderes refleja el comienzo de una nueva era en la administración, en la investigación y en las prácticas de la misma. Pero esto supone tirar por la borda numerosos estereotipos en un orden bidireccional. Y cuando se genera la pregunta, sobre lo que hay que desechar se habla del paradigma tradicional, fundamentado en la jerarquía, con el fin de establecer una reingeniería, que conduzca hacia un liderazgo innovador, activo y flexible donde se comparten poder y responsabilidad.

Tom Peters (2005), apuesta por que, el punto de partida de todas las situaciones de liderazgo debería ser las diferencias entre hombres y mujeres. Esto enriquecerá la vida de las organizaciones y abrirá las puertas a una dirección más versátil de las cuestiones a tratar.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años, el estudio del liderazgo, ha permitido conocer nuevos roles en las organizaciones sanitarias públicas, en las que es evidente que si el personal es debidamente liderado, se alcanzan grandes cuotas de satisfacción y motivación, generando como fortaleza que los profesionales se sientan parte importante de la organización, contribuyendo así con sus prácticas diarias al bien social.

De ahí la importancia, por una parte, de los estudios de liderazgo y organización, y por otra parte, del conocimiento del perfil de los líderes, y de los modelos de organización sanitaria, pues si se consigue hacer un análisis objetivo en donde se detecten posibles debilidades, se podrán establecer estrategias, que repercutan positivamente en prácticas de calidad en la sanidad en su conjunto. (Lázaro, Alegría, Fernández, 2002 y Alcalde, Landa, Ruiz 2005). En todo este proceso, en esta investigación, el liderazgo tiende a concebirse como una propuesta de mejora, que pretende generar estilos de liderazgo, que propicie un clima constructivo en la organización de los hospitales.

A nivel de producción sobre liderazgo en esta investigación, se establecen cuatro líneas de trabajo, con la intención de poder contribuir al conocimiento de dicho constructo.

La primera línea de investigación aborda a la enfermería y los posibles estilos del liderazgo que están ejerciendo los mandos intermedios de enfermería en hospitales públicos. En la segunda línea se analizan, género y liderazgo, dos constructos que

centran esta este estudio y en donde el género será abordado de forma transversal . La tercera línea hace alusión a la herramienta adaptada y utilizadas en esta investigación, el cuestionario multifactorial de liderazgo MLQ, (Avolio, Bass 2004). Considerado el instrumento más utilizado actualmente en la investigación sobre liderazgo, Dumdum et al., 2002; Antonakis et al., 2003; Javidan y Walman, 2003; Bono y Judge, 2004; Bligh et al., 2005; Tejeda, Scandura y Pillai, 2001) Muenjohny Armstrong (2008); (Fernando Molero Alonso, Patricia Recio Saboya e Isabel Cuadrado Guirado 2010). El cuestionario MLQ, es de carácter correlacionar, al ser un método de observación directa e inmediata muy utilizado en las ciencias sociales. (José Luis Ayoub Pérez 2010). La cuarta línea de investigación, analiza variables sociodemográficas de los profesionales que han participado en esta investigación, y su posible correlación con diferentes estilos de liderazgo. (Ramíó, 2005) (Díaz, Martín, 2002).

Estudiar en esta investigación, la enfermería ,desde la pespectiva de género, se ha realiza por dos razones: La primera porque el 41,38% de la plantilla del Servicio Andaluz de Salud, son enfermeras/os y auxiliares de enfermería y en segundo lugar porque el personal de enfermería presenta una connotación especial en cuanto a proporcionalidad con relación al género en la Sanidad Pública de Andalucía, pues de los 23.860 enfermeras/as que trabajan en el S.A.S, el 77,7% son mujeres y el 2º,3 % son hombres. En cuanto a las Auxiliares de Enfermería de las 14.878 que trabajan en el S.A.S el 94,6% son mujeres y el 5,4% son hombres. Por otra parte los cargos intermedios no facultativos, son 800 y se distribuyen de la siguiente manera, el 67,3% corresponde a mujeres y el 32,7% a hombres. (Memoria S.A.S. 2014).

Estos datos permiten plantear diferentes preguntas de investigación y análisis, ¿puede el género influir en la manera de ejercer el liderazgo? ¿Según el género de los mandos intermedios de enfermería, los subordinados, son más eficaces, están más satisfechos en su trabajo y realizan esfuerzos extras que permitan conseguir objetivos, en las organizaciones?

Para responder a estas preguntas, es necesario conocer posibles factores que puedan dar respuesta a las preguntas formuladas:

A.-) Factores individuales internos

Entre los que destacan los rasgos de personalidad, intereses vocacionales, liderazgo, etc. atribuidos a las mujeres, sin buscar referentes en las relaciones estructurales en función del género. Éste análisis es necesario dado la estructura de género que presentan los hospitales públicos.

B.-) Factores sociales y organizadores externos,

Consecuencia de una cultura patriarcal en los hospitales que viene a delimitar unas relaciones de poder asimétricas, en función del género, como son:

B.1.-) La costumbre social hace referencia al mantenimiento de los roles,.Por lo que el hombre desarrolla su campo de acción en la esfera de lo público y la mujer en lo privado (tareas domésticas).

B.2.-) La dificultad de compatibilizar la vida familiar y profesional. La compatibilización de las responsabilidades familiares con la vida laboral aparece como uno de los mayores obstáculos en la promoción profesional de las mujeres a los puestos de dirección.

B.3.-) La definición masculina del poder. Los rasgos que se han venido definiendo como propios de un modelo de dirección y liderazgo esencialmente masculino se han asociado con características tradicionalmente atribuidas a los hombres como determinación, fuerza, seguridad en sí mismo, competitividad, etc. Ajenas a la mayoría de las mujeres quienes emplean un liderazgo femenino, basado en un estilo colaborativo, abierto, democrático, consensuado, esto es, resaltando más “el poder para” que “el poder sobre” (Am y Allen 1999; Judith Squires 2000; Satz y Reich 2009; Miguel de Ana 2011)

B.4.-) Las expectativas proyectadas sobre la mujer. La sociedad parte de una expectativa menor en la mujer cuando ocupa cargos de poder o responsabilidad (mito interesado), de tal modo que cualquier error que cometa, se atribuye a factores personales (que refuerzan la idea de que “determinados puestos no están hechos para ellas”). En cambio cuando su actuación no coincide con las bajas expectativas que se derivan de ellas, esto es, se adecuan a un perfil autoritario, masculino, son consideradas más negativamente que aquellos hombres que ejercen el mismo rol autoritario, denominándolas “damas de hierro” (Eagly, Makhijani y Klonsky, 1992).

B.5.-) Las “redes invisibles” de los hombres. Hace referencia al apoyo implícito casi imperceptible que realizan los hombres a través de diferentes estrategias, como el estereotipo de “piensa-en-dirección-piensa-en-masculino” (Schein, 1976), esto es, los hombres se ven a sí mismos con más capacidad de representar que las mujeres para que asciendan otros en la jerarquía del poder, siendo un estereotipo generalizable en diferentes países y culturas.

B.6.-) El interés por conocer y determinar la existencia de posibles estilos de liderazgo, según el género del líder. Línea de investigación fundamental de esta tesis. No obstante las distinciones, en este sentido, no están aún tan claras, como lo ponen de manifiesto autores como (Cuadrado, Molero y Navas 2003) (pp. 285-301) que, desde una perspectiva psicosocial, realizaron un trabajo de síntesis, en donde recogieron las aportaciones más importantes facilitadas por diversas investigaciones que discrepan en las similitudes o diferencias entre los estilos de liderazgo en función del género, que, a su vez, está condicionada por la “cultura organizacional” de los hospitales, reflejo de un modelo social concreto, en estas organizaciones. La situación anteriormente descrita justifica la necesidad de profundizar en las características de estas organizaciones y analizar cómo se desenvuelve enfermería en el ejercicio de cuotas de liderazgo y de dirección, atendiendo a los estereotipos de género.

En esta línea los posibles hallazgos deberían ser un referente básico para promover cambios basados en modelos sociales más igualitarios, mediante la formación de diferentes “agentes” encargados de poner en práctica nuevas ideas y estrategias.

C.-) Factores de la organización hospitalaria.

Además de la pregunta de investigación seleccionada para esta investigación, que se desarrolla en un entorno determinado, nos permite plantear nuevas líneas de investigación en cuanto a la vida laboral desarrollada en hospitales público.

C1.-) Modelo de gestión de la calidad: cultura de colaboración y participación en los hospitales. Los cambios en una institución requieren de la comprensión y promoción de los mismos, por parte de todos y cada uno de los miembros que componen la organización y que se articulan e interrelacionan de forma dialéctica.

En el entramado de todas estas relaciones internas pero también externas, considerando a las organizaciones desde una perspectiva eco-sistémica (Lorenzo, 1999), resulta crucial el conocimiento de la cultura organizativa de la institución, puesto que ésta, condiciona el comportamiento y ejerce una influencia sobre el modo de pensar, de sentir y de actuar de las personas que lo integran (Poblete, García y Pereda, 2004). Así pues, su estudio y análisis nos permitirá determinar la presencia de estereotipos de género, así como de valores, normas, ideas y expectativas implícitas en las acciones desarrolladas.

Por otra parte, los modelos de gestión asociados con la calidad y la eficacia de las organizaciones tienden a señalar la importancia de un liderazgo participativo, comunitario, democrático, como uno de los ejes centrales hacia el que se debía avanzar mediante una “cultura colaborativa” en los hospitales y que se ha venido vinculando diferentes estilos de liderazgo según sean hombres o mujeres a la mujer.

El estudio de la relación entre el modelo de gestión presente y el estilo de liderazgo ejercido por los cargos intermedios de enfermería, atendiendo al género, tendrá un gran interés, en esta investigación con el fin de profundizar en las lagunas cognitivas que aún quedan sin respuesta, especialmente en la adquisición de las competencias .

C2.-) Necesidad de un abordaje de las variables del estudio en el ámbito hospitalario. La mayoría de los estudios empíricos que han tratado de verificar las diferentes teorías se realizan en entornos ajenos al ámbito hospitalario. En las instituciones dedicadas al área de la salud son muy limitadas las acciones que se realizan para conocer y/o fomentar la participación de todos sus miembros en las posiciones estratégicas y de toma de decisiones. De ahí la relevancia de la temática abordada en esta investigación. En esta línea, es obvia la necesidad profundizar en la situación de la mujer en el ámbito organizativo, puesto que el análisis del funcionamiento de las organizaciones desde una perspectiva de género ha sido ajustado, o bien, ha recibido un tratamiento poco relevante en el discurso académico (Coronel Llamas, Carrasco Macías y Moreno Sánchez, 2012: 2).

C3.-) La búsqueda de un referente autonómico andaluz.

Desde un enfoque global, podría decirse que las investigaciones desarrolladas sobre el liderazgo y el género en hospitales de Andalucía han sido concisas, así lo expresa (Chamizo,2004).

La historia de la Enfermería española, ha sido escrita clásicamente por varones, con una marcada influencia católica y una ausencia de la corriente feminista, dando lugar a una concepción social de profesión feminizada, y en pocos casos, se ha contado con la presencia participativa y representativa de las ocho provincias que componen la comunidad andaluza

Sin embargo, de acuerdo con la uniformidad de medidas que desde las administraciones públicas se establecen, por ejemplo, en materia de igualdad de género, etc. (observatorios, incentivos para proyectos coeducativos, etc.), se debería establecer una serie de interrelaciones a través de un estudio común, que se presente como un referente amplio e integrador para toda Andalucía. Objetivo que se pretende realizar con esta investigación pues se realiza en las ocho provincias andaluzas, con una representación de dieciocho hospitales de la red sanitaria pública de Andalucía

Partiendo de los resultados que se pueden obtener se podrán fijar una serie de directrices y futuras líneas de investigación para otras comunidades autónomas e incluso como indicador a nivel nacional e internacional.

Reseñar también desde el aspecto pedagógico, que el presente proyecto busca precisar si existe relación entre el tipo de liderazgo ejercido y las competencias adquiridas en la formación curricular del personal de enfermería, con el fin de poder desarrollar futuros proyectos de innovación pedagógica.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

1.- Objetivo General.

Analizar el liderazgo que ejercen los mandos intermedios de enfermería, mediante su autoevaluación y la evaluación realizada por personas de enfermería a su cargo, en una muestra de dieciocho Hospitales de Andalucía, desde la perspectiva de género.

2.- Objetivos Específicos.

1- Identificar si existen diferencias en los cargos intermedios de enfermería, hombres y mujeres, desde la base de su auto-percepciones, con relación a los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo- evitador.

2- Comprobar si existe diferencias en base a los resultados del liderazgo, eficacia, satisfacción y esfuerzo- extra, si el mando intermedio enfermero es hombre o mujer.

3.-Conocer si existe diferencias significativas en el estilo de liderazgo ejercidos por los mandos intermedios de enfermería en función del genero, en opinión de los subordinados

4.Examinar si existen diferencias significativas en las variables, Eficacia, Satisfacción y Esfuerzo extra, entre los mandos intermedios de enfermería según sean hombre o mujer en opinión de los subordinados/as personal de base de enfermería, hombres o mujeres.

5º Determinar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, Transformacional, Transaccional y Pasivo-Evitador percibido por los mandos intermedios de enfermería, hombres y mujeres con las variables de desempeño: Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia

6- Estudiar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo- evitar, percibido por los mandos intermedios de enfermería y sus características socio-demográficas (edad, estado civil, tener hijos, tipo de contrato, tiempo en la supervisión, motivo por el que ha optado a la supervisión, pertenecer o no a unidad de gestión clínica).

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Introducción

Este capítulo describe el diseño y metodología utilizada en la recopilación y análisis de los datos que han sido necesarios para responder a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados.

Se parte de un planteamiento práctico, pues se incide en el grado de aplicabilidad de la teoría, con el fin de establecer desde la fortaleza de la reflexión teórica, la plasmación de una constatación empírica, estableciendo lazos de semejanza entre la estructura conceptual propuesta, y el contexto actual sanitario en hospitales de la red pública de Andalucía.

1.-Tipo de estudio y diseño de la investigación

La investigación realizada, es descriptiva y no experimental.

Con este estudio se pretende analizar el liderazgo auto-perceptivo, de los mandos intermedios enfermeros, y la percepción de los subordinados/as, personal de enfermería, de dieciocho hospitales públicos de Andalucía, desde la transversalidad del constructo género, con relación a los estilos de liderazgo: transformacional, transaccional y pasivo-evitador y los factores de desempeño: esfuerzo extra, satisfacción y eficacia. (Bass y Avolio 2004)

Destacar también que estamos ante una investigación en el que el fenómeno es observado de forma directa, sin que las variables hayan sido manipuladas o controladas previamente, por lo que el método estadístico utilizado, en función del número de observaciones, permite conocer significativamente la asociación entre variables, pero no determinar la dirección causal (Bartolini, 1986/198)

El diseño metodológico que se adoptará será de encuestas, que implica la obtención de información, directamente de un grupo de individuos (Dane, 1990), con una finalidad eminentemente descriptiva que permite obtener estimaciones generales de los aspectos bajo estudio. Asimismo, se adoptará un diseño correlacionar (Anguera et al, 1995) con el propósito de establecer comparaciones, bivariantes entre diferentes variables socio- demográficas y laborales.

2. Contexto

El estudio sea realizado en dieciocho Hospitales Públicos de Andalucía (Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería; hospital de Poniente El Ejido, Almería; Hospital Universitario Puerta Del Mar de Cádiz; Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz; Hospital Punta Europa de Algeciras, Cádiz; Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba; Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves de Granada; Hospital Universitario San Cecilio de Granada; Hospital General Básico de Baza Granada; Hospital General Básico Santa Ana de Motril, Granada; Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva; Complejo Hospitalario de Jaén; Hospital Alto Guadalquivir de Jaén; Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga; Hospital de la Axarquía de Málaga; Hospital Costa del Sol de Málaga; Complejo Hospitalario Virgen del Rocío de Sevilla y Complejo Hospitalario Virgen Macarena de Sevilla. Durante el año 2014 y 2015

3. Población de estudio y muestra.

3.1.-Características de la Población

El universo de la investigación lo componen dieciocho hospitales de la red públicos de Andalucía, en donde están representados todos los niveles, I, II y III de atención especializada (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Y en su selección también se ha considerado que estén representadas las ocho provincias de la comunidad autónoma de Andalucía, con al menos un hospital.

La distribución de la población se ha realizado conforme a una posición conservadora, esto es, considera un universo finita por lo tanto los valores de la proporción en máxima incertidumbre son $P=Q=0.50$, entonces $S=0.5$

La población diana en cuanto al universo o conjunto de unidades sobre las que se ha obtenido la información (Anguera et al, 1995), ha sido debidamente delimitada evitando problemas de sobreinclusión o infrainclusión

Además la población diana y unidad de análisis fue transformada en finita y real (Anguera et al, 1995), y corresponde a los mandos intermedios de enfermería de dieciocho hospitales de Andalucía que según la posición que guardan en la organización son denominados líderes. Y personal de base de enfermería, con características representativas de diferentes unidades hospitalarias, que en la organización son denominados personal de base de enfermería.

3.2.-Tamaño de la muestra.

La información, se ha obtenido, a través de las direcciones de enfermería de los dieciocho hospitales que componen el universo muestral y de la memoria del Servicio Andaluz de salud.(2014) De esta forma se parte de una población finita de mandos intermedios de enfermería y de personal de base.

En la determinación de esta cifra se consideraron los objetivos de la investigación, así como recomendaciones metodológicas básicas. Realizando previamente un pilotaje de la investigación y la estimación del tamaño de la muestra por medios estadísticos.

Además se ha atendiendo a las recomendaciones de otros investigadores que afirman, que" cuando las situaciones lo permitan, es preferible analizar el mayor número de unidades que componen el universo, con el fin de no limitar su valor intrínseco". (Anduiza et al., 1999; Bartolini, 1986/1998, p. 46).

Además nos hemos ajustado a criterios de autores como (Argibay 2006) que argumenta: *En general las estructuras factoriales pueden tender a ser inestables y dependen mucho del tamaño de la muestra. El tamaño necesario depende en parte de la cantidad de ítems involucrados en el análisis, y hay diferentes criterios para establecer el número de*

sujetos indicado. Uno de los más extendidos, es que el número de sujetos no sea menor a cinco veces la cantidad de ítems del instrumento .(p. 29).Criterio que hemos asumido en esta investigación.

La muestra está compuesta por un total de 756 cuestionarios de los cuales 335 corresponde a mandos intermedios de enfermería y 421 a personal de base de enfermería (enfermeros/as y auxiliares de enfermería)

3.3.- Tipo de muestreo

De acuerdo con(Bisquerra y otros 2004), en el momento de seleccionar la muestra, se deben garantizar dos condiciones básicas: la elección de sujetos y el tamaño. Ambos criterios se han respetado en esta investigación.

El muestreo no es probabilístico, pues se ha tenido en cuenta una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características, definidas previamente en el planteamiento del problema.

La elección de este tipo de muestreo, viene condicionado, por las características peculiares del contexto en el que se ha realizado esta investigación, al tratarse de un universo muy amplio, pues se han incluido dieciocho hospitales, en donde las estructuras organizativas de los contextos en donde se ha realizado la muestra, han creado dificultades de accesibilidad a toda la población.

Estas circunstancias han obligado a realizarse, un muestreo casual o incidental, también denominado por «accesibilidad» muy común en ciencias sociales. (Burns, Grove; Pérez 2005)

3.4.- Marco de estudio: Hospitales. Número de participantes

CIUDAD	HOSPITAL	Mandos intermedios de Enfermería	Personal de Enfermería
1.ALMERIA	COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS	21	25
2.EL EJIDO	HOSPITAL DE PONIENTE	8	29
3.CADIZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR	10	20
4.PUERTO REAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL	20	27
5.CÓRDOBA	HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	22	13
6.GRANADA	C. HOSPITALARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	46	24
7.GRANADA	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO	27	24
8.BAZA	HOSPITAL GENERAL BÁSICO DE BAZA	8	27
9.MOTRIL	HOSPITAL GENERAL BÁSICO SANTA ANA	10	24
10.HUELVA	HOSPITALARIA JUAN RAMÓN JIMENEZ	9	16
11.JAÉN	COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN	16	22
12.ANDÚJAR	HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR	15	32
13.MÁLAGA	COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA	25	52
14.VELEZ MÁLAGA	HOSPITAL DE LA AXARQUIA	10	14
15.MÁRBELLA	HOSPITAL COSTA DEL SOL	15	16
16.SEVILLA	C. HOSPITALARIO VIRGEN DEL ROCÍO	36	32
17.SEVILLA	COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN MACARENA	28	7
18.ALGECIRAS	HOSPITAL PUNTA EUROPA	9	17
TOTAL		335	421

Cuadro nº 14. Muestra de hospitales y del número de participantes

4. Variables.

Entre los objetivos de esta investigación es realizar una relación y correlación entre variables, con el fin de llegar a datos que nos permitan conocer:

1.- Afrontamiento y comportamiento del líder y su influencia en indicadores de desempeño. 2.- Liderazgo y competencias funcionales. 3.- Género y estilos de liderazgo en organizaciones hospitalarias.

Además se han incluido variables socio-demográficas y laborales, de las cuales algunas son generales para los dos grupos de estudios y otras son específicas, tanto para los mandos intermedios de enfermería, así como otras que han sido formuladas para el personal de base de enfermería. Con el fin de conocer si influyen en la manera en que se afrontan los estilos del liderazgo y en los indicadores de desempeño.

4.1.- Variables socio-demográficas.

Género: (masculino y femenino) *Edad:* (medida en años). *Estado civil:* (soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a y Viudo/a). *Hijos/as:* (si tienen o no tienen). *Tipo de contrato:* (fijo, interino/a y eventual). *Tipo de turno:* (fijo de mañana, mañana y tarde o rotatorio). *Tiempo que lleva en el servicio actual:* (disgregado en tramos). *Causa o motivo por el que se ha presentado a la supervisión:* (desarrollo personal, para ganar más dinero, por reconciliación familiar, por ser propuesto/a por la dirección de enfermería). (Variable específica de los mandos intermedios de enfermería). *Tiempo que lleva de supervisor/a:* (disgregado en tramos). (Variable específica de los mandos intermedios de enfermería). *Pertenecer o no pertenecer a unidades de gestión clínica.* *Categoría Profesional:* (enfermero/a o auxiliar de enfermería) *Género de su jefe directo:* (masculino o femenino) (específico para el personal base de enfermería).

4.2.- Variables: independientes y dependientes.

4.2. a.- Variables independientes.

Las variables independientes que se evalúan en esta investigación corresponden al estilo de liderazgo, en las categorías de: A.) Liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y liderazgo pasivo-evitado y B.) La relación entre género y estilos de liderazgo y género e indicadores de desempeño, en donde el género será la variable independiente.

4.2.a1.- Liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y liderazgo pasivo-evitado

La conceptualización de los estilos de liderazgo según, (Bass y Avolio, 2004), es el patrón de comportamiento de interacción líder-seguidores. Este comportamiento es realizado en función de los conocimientos y la experiencia del líder, desarrollando un conjunto de habilidades prevalentes (Madrigal, 2005) que regulan el ejercicio de un proceso de influencia en un grupo de personas, según sus necesidades y la situación dada, para actuar en conjunto siguiendo metas y objetivos comunes.

Sin embargo en su dimensión operativa para (Bass y Avolio 2004), es el grado de atribución del logro de los procesos transformacionales, transaccionales y pasivos-evitadores, que en esta investigación, los mandos intermedios de enfermería, como sus subordinados (enfermeras/os y auxiliares de enfermería), perciben en los siguientes factores: Influencia idealizada – Conducta; Influencia idealizada- Atribución; Motivación Inspiracional; Estimulación intelectual; Consideración individualizada; Recompensa contingente; Dirección por excepción (activa); Dirección por excepción (pasiva) y Laissez-Faire.

4.2.a1.a.- Liderazgo Transformacional. El concepto de liderazgo transformacional fue originado e introducido por el experto en liderazgo James (MacGregor Burns 1978). Éste lo definió como el tipo de liderazgo ostentado por aquellos individuos con una fuerte visión y personalidad, gracias a la cual son capaces de cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones, así como liderar el cambio dentro de una organización. Asimismo, determinó que tal tipología de liderazgo era observable “cuando los líderes y seguidores trabajan juntos para avanzar a un nivel superior de moral y motivación”.

Posteriormente fue el investigador (Bernard M. Bass 1990), quién desarrolló el concepto original, elaborando la Teoría del Liderazgo Transformacional de Bass. Éste, considera que el liderazgo transformacional se define en base al impacto que tiene sobre los seguidores ya que dichos líderes se ganan la confianza, respeto y admiración de los mismos.

Respecto a los mecanismos mediante los que el líder transformacional influye en sus seguidores, parece que el empoderamiento desempeña un papel mediador importante (Barroso, Villegas y Casillas 2008; Nederveen, Van Knippenberg, Schippers y Stam, 2010).

Pero la mayor aportación al estudio del liderazgo transformacional fue la generada por (Bass y Avorio 1993; 2004) quienes determinaron los cinco factores que diferencian dicho tipo de liderazgo. Estas características son:

4.2. a1.a1. -Influencia idealizada-Conducta: el líder transformacional, expresa creencias, valores, propósitos, consideraciones éticas y morales, para llevar a término la misión encomendada a la organización. Esto le permite ser valorado por sus seguidores.

4.2. a1.a2 -Influencia idealizada-Atribución: el líder transformacional se erige como un modelo para sus seguidores. Estos quieren emularlo como consecuencia de la confianza y respeto que tienen depositados en él. Es gracias a esto que pueden surgir nuevos líderes transformacionales dentro de la organización ya que el liderazgo es una capacidad que, aunque en ocasiones es innata, puede desarrollarse y ser entrenada.

4.2. a1.a3 -Inspiración y motivación: gracias a su visión clara, los líderes transformacionales tienen la capacidad de articular a sus seguidores. De ese modo, logran transmitir su motivación y pasión, lo que conduce a empleados con mayor proactividad y comprometidos con la organización.

4.2.a1.a4 -Estimulación intelectual: el líder transformacional no se limita a desafiar el status quo dentro de una organización, sino que fomenta de forma intensiva la creatividad entre sus seguidores, alentándolos a explorar nuevas formas de hacer las cosas y nuevas oportunidades, en beneficio de la empresa.

4.2. a1.a5 -Consideración individualizada: el liderazgo transformacional implica a su vez mantener líneas de comunicación abiertas con los seguidores, tanto de forma individual como colectiva. De este modo se asegura que se compartan nuevas ideas, pudiendo surgir así productos o innovaciones que, de lo contrario, hubieran quedado sin desarrollar. A su vez, estos mismos canales de comunicación permiten a los líderes un reconocimiento directo a sus seguidores, motivándolos y fomentando la proactividad.

Estos factores están compuestos por cuatro ítems cada uno, recogidos en el cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ, Bass y Avorio 2004) adaptado a esta investigación, para mandos intermedios de enfermería (líder) y enfermeras/os y auxiliares de enfermería (seguidores).

Así a la influencia idealizada como conducta corresponde los ítems 15, 23,32 y 43 para mandos intermedios de enfermería; 16, 24,33 y 44, para personal base de enfermería. La influencia idealizada como atribución los ítems 19, 27,30 y 34 corresponde a los mandos intermedios de enfermería, que para el personal base son los ítems: 20,28,31 y 35. La motivación por inspiración son los ítems 18,22,35 y 45 los asignados a los mandos intermedios de enfermería y para el personal base de enfermería son: 19,23,36 y 46.

En cuanto a la estimulación intelectual los ítems,11,17,39 y 41 son de los mandos intermedios de enfermería y los ítems:12,18,40 y 42 son asignados al personal base de enfermería .

La consideración individualizada los ítems 24,28,38 y 40 mandos intermedios de enfermería y los ítems 25,29,39 y 41 para el personal base de enfermería

4.2.a2.b - Liderazgo transaccional. Se preocupa exclusivamente de los resultados de la relación, controlando las acciones de sus colaboradores y enfoca su labor directiva a negociar los intercambios extrínsecos. Se refiere a la relación de intercambio que se suscita entre el líder y el seguidor para satisfacer cada uno sus intereses individuales (Bass, 1999). El liderazgo transaccional depende del refuerzo contingente (contingent reinforcement).. Los buenos líderes transaccionales suelen ser buenos negociadores, autoritarios y hasta agresivos, de modo que obtienen el máximo fruto de la relación de influencia económica y social. Avolio y Bass (2004) proponen que el liderazgo transaccional se encuentra integrado por dos factores:

4.2. a2.b1.- Recompensa contingente, donde el líder clarifica lo que se puede esperar si se cumple con la tarea.

4.2. a2.b2.- Dirección por excepción activa, donde el líder busca, detecta y corrige las desviaciones de la norma.

Cada uno de estos factores se mide en esta investigación, a través de cuatro ítems recogidos por el cuestionario multifactorial de liderazgo.

Para la recompensa contingente la relación numérica en ítems son el: 10, 20,25 y 44 mandos intermedios y el 11, 21,25 y 45 para el personal base de enfermería.

La dirección por excepción activa, está relacionada con los números, 13, 31,33 y 38 mandos intermedios de enfermería y los ítems: 14, 32,34 y 37 para el personal base de enfermería.

4.2. a3.c.- El liderazgo pasivo-evitador, es la forma más negativa del liderazgo transaccional. Avolio y Bass (2004) y lo compone dos factores:

4.2. a3.c1.- La dirección por excepción pasiva, que se produce cuando el líder espera a que los errores sucedan y se hagan crónicos.

4.2. a2.c2.- El Laissez-Faire, es la disposición de los líderes que evitan tomar decisiones y verse implicados en los asuntos importantes.

Para La dirección por excepción pasiva los ítems 12, 21,26 y 29 corresponde en el cuestionario a los mandos intermedios de enfermería y lo ítems, 13, 22,27 y 30, al personal base de enfermería Para los líderes con la actitud de Laissez-Faire, los ítems 14, 16,37 y 42 corresponde a los mandos intermedios y los ítems, 14, 17,38 y 44 a el personal base de enfermería

4.2. b.- Género y estilos de liderazgo

4.2. b1.-Género y liderazgo transformacional, transaccional y pasivo evitador

La investigación desarrollada en torno al liderazgo transformacional, transaccional y pasivo-evitador, no se ha quedado solo en tratar de justificar la fiabilidad y validez del instrumento de medición, sino que se ha extendido más allá y ha tratado de averiguar si hombres y mujeres difieren en la adopción de estos estilos de liderazgo y si con los diferentes afrontamiento de los liderazgos analizados, consiguen, esfuerzos –extras, satisfacción y eficacia en sus subordinados.

De hecho, la investigación sobre liderazgo y género se ha convertido en una línea que ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos años. (Rosener en 1990; Druskat 1994; Bass y Avolio, 1994; Bass, Avolio y Atwater, 1996; Bass, 1998; López-Zafra y Del Olmo 1999; Cuadrado, Molero 2002; Cuadrado, Molero & Navas, 2003; 2010)

4.3. Variables dependientes.

El factor humano, las características de la organización hospitalarias, competencias y la igualdad en el trato, se encuentran ubicadas en el marco de la gestión clínica de Andalucía, (Organización de la Atención Sanitaria Pública en Andalucía 2012), El marco estructural y la contextualización de la investigación al estar compuesta por un gran número de hospitales, en los que están representadas diferentes unidades de gestión clínica, además de la variabilidad de la muestra, unido a un enfoque transversal, ha sido la causa de incluir estos indicadores con el fin de lograr el mayor número de medidas objetivas constantes (Conger y Kanungo 1998).

Además se ha primado la investigación inmediata, ante la aparición de posibles elementos no controlables (Yukl 2009). Todo esto ha llevado al investigador a asumir estos constructos, como variables dependientes, con la intención de poder lograr el mayor criterio de objetividad en el análisis realizado sobre los líderes y los seguidores. Ajustándose al principio de diseño de investigación (Kerlinger y Lee 2000).

Desde un enfoque conceptual basado en el comportamiento en la organización. (Robbins y Judge 2013). Pues las acciones de crear, compartir y aplicar conocimientos permiten tomar decisiones más racionales, flexibles y con mayor contraste de ideas, todo lo cual favorece el diseño de las decisiones estratégicas (Rodríguez-Ponce, 2007. Recientes investigaciones han demostrado la importancia de los estilos de liderazgo para explicar el éxito en las organizaciones (Pedraja-Rejas et al., 2006c), así como su influencia sobre el proceso de toma de decisiones estratégicas (Pedraja-Rejas et al., 2008) y, más directamente, sobre el diseño e implementación de la estrategia (Rodríguez-Ponce, 2007)

Además de las variables dependientes de comportamiento organizacional, también se han tenido en cuenta en esta investigación como variables, las incluidas por (Bass, 1995; 2004) en el cuestionario multifactorial (MLQ), calificadas como variables

de resultado, que sirven para analizar que el líder será eficaz en la medida en que logre arrancar de sus seguidores un esfuerzo extra, incrementando su satisfacción y el nivel de eficacia conforme a niveles de apreciación. (Avolio y Bass, 2004).

4.3.a.-Variables de desempeño del (MLQ), sobre liderazgo

En cuanto a los constructos, que serán tratadas como variables dependientes y que están incluidos en el Cuestionario Multifactorial (Bass 2004) se encuentran: esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia. Son los indicadores más comunes en investigaciones sobre liderazgo, y que (Avolio y Bass 1990) los incluyeron en su cuestionario sobre liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo-evitador, por lo que cuentan con buenas propiedades psicométricas (Avolio y Bass, 2004; Schriesheim et al., 2009 ;Molero et al 2010). Estos autores consensúan al intentar explorar la satisfacción y liderazgo, pues consideran que la satisfacción es el área más dependiente de la calidad de la relación entre el líder y el subordinado.

Pensamiento que les lleva a poder cuestionarse sobre: a) las posibles relaciones entre los diferentes componentes del liderazgo transformador y la satisfacción laboral de los empleados; b) analizar las posibles relaciones entre los diferentes componentes del liderazgo transformador y la confianza de los seguidores en sus líderes y si generan un esfuerzo extra y c) analizar si la confianza en los líderes, modula la relación entre eficacia laboral de los seguidores y su percepción de liderazgo transformador. En esta línea sugieren que la eficacia medida a través de la percepción de los seguidores puede ser un mejor indicador de impacto que el que puede manifestar el líder por sí mismo.

4.3. a1.- Factores de desempeño del liderazgo.

La escala de esfuerzo extra, se compone de tres ítems del cuestionario multifactorial de liderazgo, el 48,51 y 53, para los mandos intermedios de enfermería, que en el personal base de enfermería se corresponde con los ítems:49,52 y 54. Estos ítems miden el grado de disposición del subordinado, y si la manera de actuar del líder, consigue que haga más de lo que esperaba hacer, si ayuda al seguidor a ser exitoso en su trabajo y a trabajar mayor energía y ánimo en las actividades, tareas y objetivos que persigue el grupo u organización a la que pertenece, como respuesta al estilo de liderazgo que el líder emplea (Avolio y Bass, 2004).

La escala de satisfacción, la integra dos ítems del cuestionario multifactorial de liderazgo, que son los ítem 47 y 50, ambos corresponde a los mandos intermedios de enfermería y en el caso del personal de base de enfermería, son el, 48 y 51. Estos ítems miden si el líder utiliza métodos de liderazgo satisfactorio para los seguidores y la forma de cómo el líder se relaciona con el seguidor (Avolio y Bass, 2004). . Es el indicador que más consistentemente se ha encontrado relacionado con el liderazgo (Putti y Tong 1992; Lowe et al., 1996; Dumdum et al., 2002; Bass y Riggio 2006; Bass 2008; Yukl, 2009).

La escala de eficacia del líder se compone de cuatro ítems del cuestionario multifactorial de liderazgo, y en esta investigación se relaciona con los ítem: 46,49,52 y 54 , para los mandos intermedios de enfermería y los ítem: 47,50,53 y 55, para el personal base de enfermería. Estos ítems miden la percepción que tiene el seguidor sobre el líder, en cuanto al grado de efectividad para dirigir al grupo y cumplir los requerimientos de la organización. Así como la implicación que muestra el lidere a la hora de defender al seguidor ante la autoridad superior y que efectivo se muestra para solucionar las necesidades del seguidor. (Avolio y Bass, 2004).

5.-Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión en el caso de los autoevaluados, son los mandos intermedios de enfermería, y no se incluyen jefes de bloque ni los que desempeñan el rol de evaluadores. Tampoco has sido incluido los auto evaluados con menos de seis meses en el cargo. También se ha tenido en cuenta para la inclusión la voluntariedad.

En cuanto al personal de base de enfermería,(enfermeros/as y auxiliares de enfermería),considerados como evaluadores, se han incluido en primer lugar los profesionales que han querido participar voluntariamente. También se ha tenido en cuenta para su inclusión que llevaran un año como mínimo en las aéreas seleccionadas. Quedan excluidos, de esta categorización el personal de enfermería, con algún tipo de cargo en la organización.

6.- Procedimiento

En primer lugar, se tradujo el cuestionario Multifactor Leadership Questionnaire en su versión (short form), MLQ-5X. Según la estructura factorial de tres escalas: liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y liderazgo pasivo-evitador y tres indicadores de resultados: esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia. En segundo lugar los ítems se sometieron a una segunda retraducción por dos filólogos, para comprobar que los ítems traducidos conservaban el significado original.

Una vez traducido el cuestionario, este se pasó a tres expertos en cuestionarios y ajuste semántico.

Seguidamente se pilotó el cuestionario. Previamente a realizar el pilotaje, el investigador contactó con las Direcciones de Enfermería de los cinco Hospitales, que componían el universo muestral y representaban a los tres niveles de atención especializada (I; II y III) de Andalucía. Con este pilotaje se pretendía que los participantes pudieran responder al cuestionario, y aportasen sugerencias con relación: al ajuste de los ítems al contexto sanitario de Andalucía y si los ítems eran entendibles semánticamente.

Realizado el análisis de los cuestionarios. De los 45 ítems que componen el cuestionario, dos fueron los ítems que creaban dudas en los participantes a la hora de ser respondidos. Se realizó un análisis y rectificación de estos dos ítems por dos expertos. Y se pasó de nuevo el cuestionario a 10 profesionales de enfermería. Analizada las respuestas de los participantes y al no presentarse ya dudas, se finalizó esta fase.

Con todo este proceso se dio por válido el cuestionario en cuanto a contexto y comprensión semántica.

Seguidamente se analizó la estructura factorial del cuestionario, teniendo en cuenta las tres escalas: liderazgo transformacional, liderazgo transaccional, y liderazgo pasivo-evitador e indicadores de desempeño. Este análisis ha dado índices de buena fiabilidad y validez.

Fruto de todo este proceso, se adaptaron para esta investigación el cuestionario, Modelo A, para mandos intermedios de enfermería y el Modelo B, para personal base de enfermería (enfermeros/as y auxiliares de enfermería)

Con toda esta base, se realizó la investigación en dieciocho hospitales de la red pública de Andalucía.

Con el fin de que se permitiese realizar la investigación en los hospitales seleccionados, se envió una carta a las Direcciones de Enfermería, solicitando poder realizar la pasantería de los cuestionarios, además de adjuntar un ejemplar de la memoria justificadora del proyecto.

La mayoría de los hospitales aceptaron directamente la pasantería de los cuestionarios, excepto tres que recomendaron al investigador, que el proyecto debía pasar por su Comité Ético, para que fuera estudiado de una manera más exhaustiva y pudiera ser aceptada la pasantería del cuestionario. Esta investigación ha sido calificada favorable por todos los Comités Éticos por los que ha pasado.

En cuanto a la distribución de cuestionarios, el investigador, se ha personado en todos los hospitales de la muestra, entre una y tres veces, tanto para explicar a los profesionales el contenido, finalidad de la investigación y recogida de cuestionarios.

Con relación a la recogida de los cuestionarios, algunos han sido recogidos in situ, y en otras ocasiones, se ha contado con colaborador/a que con toda la privacidad, los han recogido de un punto establecido para dejar los cuestionario, previa información a los participantes de esa posibilidad. Estos/as colaboradores/as procedían seguidamente a mandar directamente los cuestionarios al investigador. Esta investigación ha sido anónima y voluntaria.

7.- Descripción del Instrumento de Medición

El instrumento empleado se compone de tres bloques.

1. El primer bloque está compuesto por las preguntas socio-demográficas: (edad, sexo, estado civil, hijos/as.) además de preguntas relacionadas con la organización (p.e. Tipo de contrato, tiempo de permanencia en el servicio, categoría profesional, tipo de turno, género del jefe directo, causa o motivo por el que se ha presentado a la supervisión, si pertenece o no a unidad de gestión clínica).

2. El segundo bloque corresponde al, MLQ (Multifactorial Leadership Questionnaire, Bass y Avolio, 1995). Que mide el estilo de liderazgo, en la faceta auto-evaluativa y la percepción de los evaluadores.

Bass y Avolio(1995), tomando en cuenta algunas de las críticas recibidas (Hunt, 1991; Smith y Peterson, 1988; Yukl, 1998) y nuevas aportaciones teóricas (Conger y Kanungo, 1987; House, Spangler y Woyke, 1991), modificaron el cuestionario, original, creando la que, hasta el momento, constituye su última versión. Esta versión consta de 45 ítems y es denominada MLQ-5X (short form), que ha sido la versión utilizada en esta investigación.

El cuestionario está compuesto por nueve factores, que a su vez cada uno alberga cuatro ítems, por lo que el MLQ-5X tiene 36 ítems relativos al liderazgo.

3. El tercer bloque está compuesto, por nueve ítems (hasta completar los 45 que forman el cuestionario). Estos ítems miden variables de resultado organizacional tales como. el esfuerzo-extra que los empleados están dispuestos a realizar, la eficacia del líder y la satisfacción de los empleados con él.

Para llegar al documento actual, se ha tenido en cuenta como los análisis factoriales confirmatorios comparativo de los diferentes modelos del cuestionario MLQ, que hasta la fecha son ocho, (Molero, Recio, Cuadrado 2010) y que han sido obtenidos a partir de la literatura existente (Avolio et al., 1999; Antonakis et al., 2003 Avolio y Bass, 2004 , entre otros). Para esta investigación se ha utilizado y desarrollado el modelo : compuesto por tres factores, que quedan plasmado en los cuestionarios A, para mandos intermedios de enfermería y cuestionario B, para personal de base de enfermería.

Este modelo sostiene la existencia de un factor de liderazgo transformacional que incluye: influencia idealizada-conducta, influencia idealizada-atribución, motivación inspiracional, estimulación intelectual, otro factor de liderazgo transaccional activo, compuesto por, recompensa contingente y dirección por excepción activa) y un tercer factor de liderazgo pasivo/evitador que alberga, dirección por excepción pasiva y el laissez faire. Esta versión ha sido validada en español por (Molero, Recio, Cuadrado 2010) demostrando una buena fiabilidad y validez.

Cuando fue pasado el cuestionario a los participantes se les pedía que indicasen la frecuencia con la que mantienen las conductas descritas en los ítems a la hora de relacionarse con los miembros de su equipo. La escala es de tipo likens y las respuestas oscilaban entre 1 ("nunca") y 5 ("casi siempre").

8.-Consideraciones éticas.

Los datos fueran tratados según la Declaración de Helsinki (1964). Se obtuvo permiso de las Direcciones de Enfermería y de los Comité Ético de los hospitales implicados en la investigación. Además, se incluyó un documento que describía los objetivos del estudio y la metodología empleada, y otro que representaba el consentimiento informado. En este último, se especificaba que su participación era anónima y voluntaria y el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos obtenidos, según la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

9.-Procedimiento estadístico utilizado.

Técnica de análisis de datos.

Partiendo de la perspectiva del objetivo de esta investigación, y de acuerdo con el enfoque del diseño, al tratarse de un método descriptivo, de acuerdo con(Danhke 1989; Bisquerra 2000), *este tipo de estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes en personas, grupos o cualquier fenómeno que se someta a un análisis.*(p.114)

Para tal efecto, se aplican procedimientos estadísticos descriptivos, ya que, fundamentalmente, consisten en medir y evaluar los conceptos o las variables objeto de interés de manera independiente o conjunta, intentando relacionar las variables medidas.

Dos son los criterios asumidos en este apartado, uno es el análisis y resultados de las propiedades factoriales del instrumento utilizado y otro ha sido la relación entre las variables dependientes e independientes que componen esta investigación.

El análisis de los datos se realizó a partir del programa estadístico IBM SPSS Statics 20 para Windows. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas,

así como las medias y las desviaciones típicas para las variables cuantitativas. Y el programa AMOS 5 para los análisis factoriales.

Para estudiar la estructura factorial de este cuestionario se realizó un análisis factorial, exploratorio y confirmatorio, mediante una extracción por componentes principales seguida de una rotación varimax. En el primer análisis se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin aceptándose como una medida buena la que es superior a 0.70. A continuación se hizo el test de esfericidad de Bartlett para demostrar que la matriz de correlaciones entre los ítems de la escala es significativamente diferente de la matriz unidad. Seguidamente se estudiaron las comunalidades de cada una de los ítems de la escala y se eliminaron aquellos ítems de comunalidades menores que 0.30 por estar mal representados en el conjunto factorial obtenido. Una vez que fueron eliminados los ítems, se repitieron los pasos anteriores con el objeto de obtener la estructura factorial.

Se consideraron aquellos factores que tenían autovalores mayores que 1 y se midió el porcentaje de varianza explicada con esos factores determinando en ella el peso de cada uno de los mismos. Tras la rotación y estudiando la tabla de saturaciones de cada uno de los ítems en cada una de las dimensiones obtenidas, asignamos cada ítem a la dimensión en la que su saturación era mayor, siempre que esta fuera superior a 0.30.

Según la asignación anteriormente descrita, se intentaron identificar las dimensiones según los ítems que las integraban, eliminando de ellas aquellos ítems que tenían más bajas saturaciones y que claramente no pertenecían a esa dimensión, en función de los ítems con altas saturaciones.

Tras la eliminación de los ítems, cuando la hubiera, se repitió el proceso hasta finalizarlo con la estructura factorial definitiva. La consistencia interna de cada una de las subescalas se midió con el alpha de Cronbach.

Con respecto a las variables sociodemográficas y de la organización, los resultados se expresan como frecuencias, porcentajes y media $\pm$ desviación estándar.

Para el análisis del cuestionario MLQ en sus diferentes factores, en cuanto a las

diferencias entre estilos de liderazgo, los índices de desempeño y las dimensiones de cada uno, se utilizó el análisis de medias simples y para valorar género y tipo de liderazgo, se procedió a examinar la diferencia de medias y varianzas con una prueba t-Student para grupos independientes, asumiendo un intervalo de confianza de 95%. Todos los datos se expresan en valor medio + desviación estándar ($X \pm DS$), considerándose significación estadística con valores de $p < 0,05$.

En cuanto a la relación entre las variables socio-demográficas, de organización y estilos de liderazgo y género, se realizó un análisis bivalente, mediante la t-Student, Coeficiente de correlación de Pearson, y ANOVA. Las diferencias se consideraron significativas a partir de una $p < .05$.

10. Limitaciones a la metodología.

El investigador es consciente, de que al encontrarnos con una muestra, no probabilística, los resultados obtenidos, quedan acotados al colectivo profesional al que se ha aplicado el cuestionario, circunstancia que limita la generalización de toda la organización.

El haber apostado por el tipo de muestreo no probabilístico, viene marcado por las connotaciones propias de la organización, en cuanto dinámica propia de las unidades seleccionadas, pues muchos posibles participantes no se encontraban en el lugar del trabajo.

En cuanto a la ejecución, destacar también como limitación que el investigador, durante su presencia en los hospitales, intento sobre la marcha resolver dudas, pero no descarta que no se llegaron a rellenar mas cuestionario, por la falta de información en posibles nuevos participantes.

Al ser necesario la implicaciones de las direcciones de enfermería, e ir acompañado por algún observador propuesto por la dirección, es posible que algunos profesionales han optado por no participar, por temor a que piensen que puede afectarles si se conocen sus opiniones, estas circunstancia también han podido condicionar el numero de la muestra

Resultados

RESULTADOS

En este capítulo, en primer lugar se exponen los análisis factoriales, realizados al instrumento utilizado en esta investigación, el Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ).

A continuación se presentan los resultados de los distintos análisis descriptivos y diferenciales de las variables socio-demográficas y organizacionales, que componen el estudio y por último, se presentan los análisis estadísticos realizados y sus resultados a los objetivos establecidos para esta investigación.

1. Análisis factorial del cuestionario (MLQ 5x-corta) **Adaptado a esta investigación**

El cuestionario Multifactor Leadership Questionnaire , hasta llegar a la versión (5x-corta), ha sido estudiado por numerosos investigadores entre los que destacan ,(Bass y Avolio, 1997). En España, (Cuadrado, Molero y Recio 2010), han validado el modelo, al contexto español.

Seguidamente, se procede a analizar las propiedades psicometrías del cuestionario y si presenta criterios de validez, fiabilidad y sensibilidad, en la investigación realizada.

1. a.- Estudio de validez- Análisis factorial exploratorio del MLQ

En toda investigación es importante estudiar si el instrumento utilizado, efectivamente mide lo que se nos proponemos evaluar. Esta práctica se realiza mediante el análisis de validez.

En este caso, estamos ante la validez de constructo, que se refiere a que la prueba evalúe con precisión el atributo que desea medir. Esta técnica permite valorar la validez de las variables que constituyen los factores, indicando hasta qué punto miden o no los mismos conceptos, a través de la correlación existente entre ellas, (Pestana y Gageiro, 2003).

Así pues, se procederá a un análisis factorial de las diversas escalas del (MLQ para esta investigación), con el fin de comprobar si los ítems destinados a medir cada estilo de liderazgo se agrupan, en los factores que teóricamente les debe corresponder.

Para realizar el análisis factorial exploratorio y conocer la validez del instrumento (MLQ), se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Esfericidad de Bartlett, con el fin de considerar si se puede afrontar seguidamente el análisis factorial confirmatorio.

En cuanto al método de extracción empleado, ha sido el Análisis de Componentes Principales, y el método de rotación Varimax con la normalización de Kaiser.

El criterio de saturación de los ítems ha sido 0,30, que es el más utilizado en las Ciencias Sociales. También se ha tenido en cuenta, que contamos con dos modelos de cuestionarios:

Modelo A, Cuestionario para líderes, mandos intermedios de enfermería, en donde se analiza la auto-percepción de los estilos de liderazgo que ejercen y variables de desempeño y Modelo B, Cuestionario para subordinados (personal de enfermería). quienes a partir de sus opiniones, califican los estilos de liderazgo y variables de desempeño que ejercen sus supervisores/as.

En cuanto al número de ítems que se analizaron fueron 45 en cada uno de los modelos (subdivididos en 36 que corresponde a los factores de estilos de liderazgo y 9 que están asociados a los factores de desempeño)

En primer lugar se realizó el análisis factorial exploratorio de forma global.

La tabla nº 1 muestra los resultados globales de los estilos de liderazgo (45 ítems)

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		,852
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	3298,473
	Grados de libertad	630
	Sig.	0,000

Tabla 1.-Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett global del cuestionario MLQ (Modelo A y B)

El valor de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (,852), muestra que hay unas muy buenas condiciones para continuar con el análisis factorial, pues da significación estadística (p. 0,000). De este análisis, surgieron diez componentes principales que explican el 57,694 de la varianza, y en donde todos los ítems estaban por encima de 0,30..

La tabla nº2, se corresponde con el análisis factorial exploratorio de los tres factores de desempeño, (9 ítems).

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		,902
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	1007,317
	Grados de libertad	36
	Sig.	0,000

Tabla 2.-Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett global de los factores de desempeño, Esfuerzo-extra; Satisfacción y Eficacia. (Modelo A y B)

El valor de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (,902), muestra que hay unas muy buenas condiciones para continuar con el análisis factorial, dando significación estadística (p. 0,000). Este análisis factorial, se ha realizado sobre la base de 9 ítems. En donde se ha obtenido un factor, con un peso de valor propio superior a 1, que explica el 41,479 de la varianza total de los ítems.

Efectuado el análisis global de todos los factores del MLQ, (estilos de liderazgo y desempeño) se ha realizado, un análisis factorial exploratorio de cada uno de los factores para ver su comportamiento en cuanto a la correlación y saturación de los ítems. En primer lugar se analizó, la validez de los factores del Liderazgo Transformacional, Modelo A (mandos intermedios de enfermería). Los resultados obtenidos son los siguientes:

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		,866
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	1652,329
	Grados de libertad	190
	Sig.	0,000

Tabla 3.- Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Transformacional (Modelo A)

El valor de KMO (Tabla 3) para esta escala de liderazgo transformacional, muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (,866) y la prueba de Esfericidad de Bartlett (=1652,329), produciéndose significación estadística (p.0, 000). El análisis factorial llevado a cabo, en cuanto al Liderazgo Transformacional, se ha realizado sobre la base de 20 ítems. En donde se obtuvo una estructura de cuatro factores, con un peso propio de valor superior a 1, que explica el 47,827 de la varianza total de los ítems. En el Factor 1 saturan, los ítems: 23, 32, 43, 45, 11, 17, 39, 41, 24, 38, y 40. En el Factor 2 saturan los ítems :19,34,18,22,y 35. En el Factor 3 saturan los ítem, 27 y 30 y en el factor 4 saturan los ítem 15 y 24.

Seguidamente se procedió a realizar la prueba de validez del Liderazgo Transaccional, los resultados son expuestos en la tabla(nº4)..

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		.701
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	210,915
	Grados de libertad	28
	Sig.	0,000

Tabla 4.Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Trasnacional. (Modelo A)

El valor de KMO (Tabla 4) para esta escala muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (, 701) y la prueba de Esfericidad de Bartlett(=210,915) pues existe significación estadística (p.0,000).

El análisis factorial se hace sobre la base de 8 ítems. En donde se obtuvo una estructura de dos factores, con un peso de valor propio superior a 1, que explica el 40,433 de la varianza total de los ítems. En el Factor 1 saturan, los ítems: 20, 25,10 y 13 , en el Factor 2 saturan los ítems: 36, 31,44 y 33.

A continuación se procedió a realizar el análisis de validez del liderazgo Pasivo-Evitador. Los resultados los recoge la tabla (nº5)

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		.730
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	516,345:
	Grados de libertad	28
	Sig.	0,000

Tabla 5.Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Pasivo-Evitador. (Modelo A)

El valor de KMO (Tabla 5) para esta escala muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (.730) y la prueba de Esfericidad de Bartlett (=516,345) produciéndose

significación estadística ($p < 0,000$). El análisis factorial se realiza sobre la base de 8 ítems. Se obtuvo una estructura de dos factores, con un peso con valor propio superior a 1, que explica el 49,512 de la varianza total de los ítems. En el Factor 1 saturan, los ítems 29, 26, 16 y 37 y en el Factor 2 saturan los ítems: 12, 14, 21 y 43.

Una vez realizado el análisis factorial del cuestionario, "A", (relativos a mandos intermedios de enfermería), se ha procedido a realizar el análisis factorial exploratorio del cuestionario "B", (que corresponde a los/as subordinados/as, personal de enfermería).

En cuanto al Liderazgo Transformacional, los resultados obtenidos son expresados en la tabla (nº 6).

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		,939
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	3012,817
	Grados de libertad	190
	Sig.	0,000

Tabla 6.- Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Transformacional (Modelo B)

El valor de KMO (Tabla 6) para esta escala muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (.939) y la prueba de Esfericidad de Bartlett (=3012,817) produciéndose significación estadística ($p < 0,000$).

El análisis factorial, se ha realizado al Liderazgo Transformacional, sobre la base de 20 ítems. En donde se obtuvo una estructura de tres factores, con un peso propio de valor superior a 1, que explica el 50,765 de la varianza total de los ítems. En el Factor 1 saturan, los ítems: 16, 24, 33, 44, 20, 31, 35, 19, 23, 36, 12, 18, 40, 42, 25, 29, 39 y 41, en el Factor 2 satura el ítem: 46 y en el Factor 3 satura el ítem, 28.

En cuanto al análisis realizado al factor Liderazgo Transaccional los resultados son expuestos en la tabla (nº 7).

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		.854
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	695,372
	Grados de libertad	28
	Sig.	0,000

Tabla 7. Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Transaccional. (Modelo B)

El valor de KMO (Tabla 7) para esta escala muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (.854) y la prueba de Esfericidad de Bartlett (=695,372) generando significación estadística (p.0, 000).

El análisis factorial se ha realizado sobre la base de 8 ítems. En donde se obtuvo una estructura de dos factores, con un peso de valor propio superior a 1, que explica el 54,173 de la varianza total de los ítems. En el Factor 1 saturan, los ítems: 11, 21, 26, 44, 14, 32 y 37, y en el Factor 2 satura el ítem :34.

Con relación al Liderazgo Pasivo-Evitador los resultados son los expuestos en la tabla (nº8).

Estadístico de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin		.861
Prueba de Esfericidad de Bartlett	Chi-Cuadrado	808,261
	Grados de libertad	28
	Sig.	0,000

Tabla 8. Valor KMO y prueba de Esfericidad de Bartlett para la escala Liderazgo Pasivo-Evitador. (Modelo B)

El valor de KMO (Tabla 8) para esta escala muestra que las condiciones para continuar con el análisis factorial son muy buenas, así como lo es la correlación entre las variables KMO (.861) y la prueba de Esfericidad de Bartlett (=808,261) dando significación estadística, ($p < 0,000$).

El análisis factorial se ha realizado sobre la base de 8 ítems. En donde se obtuvo una estructura de un factor, con un peso con valor propio superior a 1, que explica el 42,749 de la varianza total de los ítems. Mediante el análisis de los datos solo encontramos un factor en donde están incluido seis ítems que están por encima del valor de corte (0,30), que son: 22, 27, 30, 15 y 17. No saturan los ítems: 13 y 38.

En resumen, se puede afirmar que el análisis factorial exploratorio, no coincide en su totalidad con la estructura de factores encontrados en la literatura revisada, (Avolio et al., 1999; Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004 y Molero, Recio, y Cuadrado. 2010). Pues en cuanto al Modelo "A", en la escala Liderazgo Transformacional se han obtenido cuatro factores, en lugar de cinco, es un las investigaciones de (Avolio y Bass, 2004). En la escala Liderazgo Transaccional y Liderazgo Pasivo-Evitador, se han encuentran dos factores, coincidiendo con la literatura revisada. (Avolio et al., 1999; Antonakis et al., 2003; Avolio y Bass, 2004 y Molero, Recio, y Cuadrado. 2010).

Sin embargo en donde se producen unos resultados mas discrepantes es en el Modelo "B", pues en el Liderazgo Transformacional, se han obtenido tres factores, en el Liderazgo Transaccional dos factores y el Liderazgo Pasivo-Evitador, solo un factor.

En cuanto a los factores de desempeño, los resultados han sido distintos a lo expuesto por otros autores (Bass y Avolio 1997; Cuadrado, Molero y Navas, 2003), que consiguieron, dos factores y en nuestro análisis solo nos aparece uno.

Estos datos no dificultan el afirmar que el análisis factorial exploratorio, realizada al instrumento (MLQ), ha sido satisfactorio, pues da valores altos en los parámetros de la validez y de fiabilidad, explicando la varianza con valores buenos. Todos estos datos nos permite realizar el análisis factorial confirmatorio del (MLQ) adaptado a esta investigación

1. b.-Estudio de la validez- Análisis factorial confirmatorio.

Seguidamente se procede a realizar el análisis factorial confirmatorio, con la intención de replicar la estructura factorial del cuestionario MLQ original.

El Análisis Factorial Confirmatorio es una técnica ampliamente utilizada para poner a prueba las propiedades psicométricas de un instrumento (más concretamente, la validez de constructo), proporcionando una prueba más precisa al estudio de la estructura factorial, evaluando en este caso, los factores de liderazgo que el MLQ supuestamente debe medir, ya que muchos autores han modificado o eliminado ítems y factores del instrumento. (Molero, Recio y Cuadrado, 2010).

Mediante este análisis, se ha obtenido el coeficiente alfa de Cronbach, utilizando el programa IBM SPSS Statics 20 y AMOS 5, para cada una de las escalas, de forma global e individual.

La validez factorial se consigue a través del análisis factorial confirmatorio, utilizando el método de máxima verosimilitud (Maximum likelihood estimation method) con el programa informático AMOS 5, el cual proporciona los principales índices utilizados en la investigación para medir el grado de ajuste del modelo teórico propuesto (MLQ), con relación a los datos recabados, así como los índices de modificación (Modification índices o MI) que permiten tomar decisiones para revisar el modelo en caso de que no se ajuste a los datos en el primer análisis.

En primer lugar, se ha procedido a la validez factorial de los modelos de alcance pleno:

A).- Los estilos de Liderazgo (Liderazgo Transformacional; Liderazgo Transaccional y Liderazgo Pasivo-Evitador) compuesto por nueve factores y 36 ítems; B).- Y los tres factores (Esfuerzo-Extra; Satisfacción y Eficacia) de desempeño, compuesto por 9 ítems.

En segundo lugar y, una vez que se hayan definido los modelos finales, sus factores e ítems, se realizará el análisis de fiabilidad del cuestionario.

1. b1.- Validez Factorial del cuestionario MLQ

El objetivo del análisis de validez factorial es determinar si las puntuaciones obtenidas a través del cuestionario multifactorial de liderazgo y factores de desempeño, que se articulan en factores, es similar a los datos propuestos por los modelos teóricos que soportan esta investigación (Bass 1988; Avolio y Bass, 1991; 2004).

Los análisis se han realizado con el programa AMOS 5, y los índices de bondad de ajuste y puntos de corte que se han utilizado son los siguientes:

A).-Índice de bondad de ajuste (GFI), considerándose aceptables los valores > .90 (Bentler y Bonett, 1980; Jöreskog y Sörbom, 1993); B).- Índice de bondad de ajuste corregido.(AGFI) en donde los valores de ajuste recomendados > .90 (Bentler y Bonett, 1980; Jöreskog y Sörbom,1993);C).-Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), aún cuando su evaluación resulta compleja, se ha considerado que valores < .05 reflejan un buen ajuste .(Hu y Bentler 1999) recomiendan valores cercanos al .06; y, D).- Índice de ajuste comparativo (CFI) en torno al .90.

Además en este estudio se ha realizado un análisis factorial confirmatorio de diferentes modelos existentes en la actualidad del MLQ:

Liderazgo de “un factor”, de “dos factores” correlacionados (Compuesto por el factor Transformacional y Transaccional) y “tres factores” correlacionados, (Transformacional , Transaccional y Pasivo Evitador) (Cuadrado, Molero y Recio 2010).

Los resultados del análisis de la validez factorial del cuestionario (MLQ), se encuentran en la **tabla (nº 9)**

Modelos	X ²	X ² /df	GFI	AGFI	RMR	RMSEA	NFI	CFI
Un factor (Global)	510.5	3.19	0.927	0.905	0.069	0.056	0.418	0.490
Dos factores (Tf-Tsc)	69.5	4.66	0.975	0.953	0.047	0.074	0.770	0.816
Tres factores (Tf-Tsc-P.E)	92.01	4.84	0.967	0.938	0.069	0.062	0.736	0.902

Tabla nº 9 Resultados de validez factorial de los Modelo de uno, dos y tres factores

Realizado el análisis, de los diferentes modelos, con relación al número de factores, podemos observar que el modelo de tres factores, es que alcanza los índices de bondad de ajuste mas parsimoniosos ($GFI = .96$; $AGFI = 0,93$; $RMR=0,06$; $RMSEA = .06$ y $CFI = .90$).

Siguiendo con el criterio adoptado desde el marco teórico desarrollado en esta investigación, unido a los datos obtenidos, podemos afirmar que el modelo de alcance pleno, (tres factores) se ajusta a esta investigación., Valores que demuestran una estabilidad de la estructura del cuestionario y que se adapta a la realidad en donde se ha producido este estudio.

1. b2.-Estudio de la Fiabilidad del cuestionario MLQ

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento que se puede estimar mediante el alfa de Cronbach. (Cronbach, 1951)

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Los autores(Hill & Hill 2000) informan que en las Ciencias Sociales es posible trabajar con valores de consistencia interna en el orden de los 0,6, pero (Nunnally 1978), considera que valor de 0,7 es adecuado.

Como criterio general, (George y Mallery 2003) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: Coeficiente alfa $>.9$ es excelente; Coeficiente alfa $>.8$ bueno; Coeficiente alfa $>.7$ aceptable; Coeficiente alfa $>.6$ cuestionable; Coeficiente alfa $>.5$ pobre; Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable (p. 231)

1. b.2.a.- Fiabilidad de la Escala de los Estilos de liderazgo

En esta investigación los valores del coeficiente de alfa Cronbach, con relación a la media global de los tres factores de estilos de liderazgo, han dado un parámetro de ($\alpha = .79$), valor muy cercano .80. Esto indica una buena consistencia interna del cuestionario multifactorial de liderazgo (MLQ), instrumento empleado en esta investigación, lo que sumado a los resultados obtenidos del análisis factorial, permiten asumir que cada factor se encuentra midiendo una misma dimensión.

1. b.2b.-Fiabilidad de la Escala de Desempeño

Los valores del coeficiente alfa Cronbach en la medida global de las variables de desempeño, esfuerzo extra, satisfacción y eficacia percibida del líder han dado un parámetro de ($\alpha = .86$), indican una buena consistencia interna y, sumado a los resultados del análisis factorial, se puede asumir que cada escala se encuentra midiendo lo que se propone medir

Si tenemos en cuenta que: a) la fidelidad manifiesta valores, Alpha de Cronbach superiores a 0,7, límite a partir del cual se considera que los resultados son buenos, b) el análisis factorial ha extraído resultados satisfactorios y c) todas las escalas que componen el instrumento tienen una distribución normal, se puede afirmar que en su conjunto, los resultados de los estudios relativos a la propiedades psicométricas del MLQ permiten confiar en los resultados que se puedan obtener en esta investigación. Circunstancias que contribuyen a fortalecer el valor científico de este instrumento en una muestra de mandos intermedios de enfermería y personal subordinado de enfermería, que es a quien se ha aplicado este instrumento.

2. Resultados descriptivos de las variables socio-demográficas y organizacionales

Tanto el modelo de cuestionario "A"(mandos intermedios de enfermería) así como el cuestionario "B"(personal de enfermería) su primera parte lo componen variables socio-demográficas y organizacionales.

Las variables del cuestionario "A", son: Género; Edad; Estado Civil; Si tienen o no tienen hijos; Tipo de contrato; Tiempo en el servicio actual; Causas o motivos por los que han accedido a la supervisión; Tiempo que llevan como supervisor/a y si pertenecen o no a unidades de gestión clínica.

En cuanto al cuestionario “B”, las variables son: Genero; Edad; Estado Civil; Si tienen o no hijos; Tipo de contrato; Tiempo en el servicio actual; Categoría Profesional; Tipo de Turno, Genero de su Jefe Directo y si pertenecen o no a unidades de gestión clínica.

A continuación se presentan el resultado de forma individualizada de cada una de las variables.

2. a.- Género

De los 756, cuestionarios que componen esta investigación, 163 (21,5%) corresponden al género masculino y 593 (78,5%) al género femenino.

Si disgregamos estas cifras entre mandos intermedios de enfermería y subordinados/as, (personal de enfermería). La muestra de los mandos intermedios es de 335, siendo 97 hombres (29%) y 238 mujeres (71%).

En cuanto a los subordinados/as, la muestra es de 425, de los cuales, 93 (16,5%) son hombres y 355 mujeres (83,5%). Los datos de esta investigación están muy cercanos a la información proporcionada en la memoria del SAS, (2014), en cuanto a la proporcionalidad del personal de enfermería, según genero, pues el (79,7%) son mujeres y (20,3%) son hombres.

2. b.- Edad.

Con la finalidad de saber en qué rangos de edad, se encuentra el personal de enfermería de la muestra de esta investigación, se ha dividido la variable edad, en cuatro categorías: de (25 a 39 años); de (40 a 49 años); de (50 a 59 años) y la cuarta categoría es de más de (60 años).

Se ha establecido el corte de inicio en 25 años, por que el acceso a la vida laboral de las personas que componen la muestra, supone en su mayoría, la realización de una carrera universitaria, otro factor es la crisis, que está retrasando la incorporación de los profesionales de enfermería a la vida laboral, circunstancia que se agrava, cuando estos profesionales están sujetos a un concurso de meritos mediante puntuación para poder trabajar. Además de haber consultado la última memoria del SAS (2014), en donde la edad de 25 años es referencial.

En el total de la muestra que es de 756, la media de edad en los hombres es de (45,94 años), siendo la mínima de (29 años) y la máxima de (63 años). En cuanto a las mujeres la edad media es de (45,43 años) en donde la mínima es (25 años) y (63 la máxima).

Como se puede observar tanto en hombres como en mujeres la edad máxima de los encuestados/as, es de (63 años). Reseñar en este aspecto, que desde hace unos años existe la posibilidad de jubilación a los (63 años) y algunos meses, según el tiempo cotizado. Esta circunstancia está permitiendo a los profesionales sanitarios la posibilidad de dejar de trabajar con esa edad, produciéndose en la actualidad un importante número de personal de enfermería que dejan de trabajar a los 63 años.

En cuanto a los mandos intermedios de enfermería, la categoría de (25 a 39 años), tuvo una frecuencia de (68) que corresponde a un (20,3%). De las cuales la frecuencia (42) que supone un (12,8%) son mujeres y la frecuencia (25) que es un (7,5%) corresponde a hombres.

La segunda categoría de (40 a 49 años), tuvo una frecuencia de (137) que representa un (40,9%). Esta frecuencia se subdivide en (100) que es un (29,9%) que son mujeres y (37) que es un (11%) y son hombres.

La tercera categoría que engloba a los/as comprendidos entre (50 a 59 años), tuvo una frecuencia de (112), que es un (33,4%).y se subdivide en una frecuencia de (82) que corresponde al(24,5%) que son mujeres y en la frecuencia (30) que es un (9%) y son hombres.

Los mandos intermedios de enfermería, que componen la cuarta categoría de más de 60 años tienen una frecuencia de (18) que corresponde a un (5,4%) de la muestra. En donde la frecuencia (13) que es un (3,9%) son mujeres y la frecuencia (5) que es un (1,5%) que son hombres.

La edad media de la muestra de mandos intermedios de enfermería es de, 46,7 años (DE 7.7) años en las mujeres. Y de , (45, 7) años (DE 8.3) en los hombres.

Cuando observamos las frecuencias de las características demográficas y

clasificamos a hombres y mujeres por grupo de edad observamos que la edad mayoritaria es de (40 a 49 años) tanto en mujeres como en hombres. Estos valores están por debajo del pico de edad de la plantilla del SAS que en mujeres se encuentra entre, (50 a 56 años) y en hombres de (54 a 58 años).

EDAD de los mandos intermedios de enfermería	Hombres	Mujeres
25 a 39 años	(25) = (7,5%)	(42) = (12,8%)
40 a 49 años	(37) = (11%)	100) = (29,9%)
50 a 59 años	(30) = (9%)	(82) = (24,5%)
más de (60 años).	(5) = (1,5%)	(13) = (3,9%)
EDAD MEDIA	45, 7 años (DE 8.3)	46,7 años (DE 7.7)

Tabla nº 10. Rango de edad y edad media de los mandos intermedios de enfermería.

2 c.- Estado civil.

La variable Estado civil, se ha categorizado en los siguientes grupos: Soltero/a; Casado/a; Separado/a; Divorciado/a y Viudo/a.

La muestra global de esta investigación (756) en cuanto a la variable estado civil, se arrojan los siguientes resultados:

Los hombres que son (163), los Solteros tienen una frecuencia de (23) que es el (14,1%). Los Casados tiene una frecuencia de (126) que representan el (77,3%). En cuanto a los Separados la frecuencia es (5) que es el (3,1%). Los Divorciados tiene una frecuencia de (6), que el (3,7%) y los Viudos tienen una frecuencia de (3) que corresponde con el (1,8%).

La frecuencia en las mujeres es de (593). En donde las Solteras tienen una frecuencia de (109) que es el (18,4%). Las Casadas tienen una frecuencia de (396) que

representan el (66,8%). En cuanto a las Separadas la frecuencia es (36) con un (6,1%). Las Divorciadas tiene una frecuencia de (39), que es el 6,6% y las Viudas tienen una frecuencia de (13) que es el (2,2%).

En cuanto a la muestra de los mandos intermedios de enfermería (335). Las frecuencias y porcentajes son los siguientes. Los Solteros/as tienen una frecuencias de (46) que se corresponde con un (15,7%). Que en el caso de la mujeres la frecuencia es (35) que es un (10,4%) y en cuanto a los hombres la frecuencia es (11) que es un (3,3%).

Los Casados/as tienen una frecuencia de (240) que es un (71,6%). Estos valores se subdividen en una frecuencia de (164) que es un (49%) en mujeres y (76) de frecuencia que es un (22,7%) en hombres.

Los separados/as tienen una frecuencia de (19) que es un (5,7%). Valores que en mujeres la frecuencia es (15) con un (4,5%) y en hombres (4) de frecuencia, que es un (1,2%).

En cuanto a Divorciados/as la frecuencia es (22) que corresponde con un (6,6%). En donde la frecuencia en mujeres es (18) que es el (5,4%) y en hombres el valor de frecuencia es (4) que se corresponde con el (1,2%). Los Viudos/as la frecuencia es (8) que es un 2,4%. Siendo la frecuencia en las mujeres de (6) que es un (1,8%) y en hombres la frecuencia es de (2) que es un (0,6%). El estado civil predominante es el de casado/a.

ESTADO CIVIL	Hombre	Mujer
Soltero/a	(11) = (3,3%).	(35) = (10,4%)
Casado/a	(76) = (22,7%).	(164) = (49%)
Separado/a	(4) = (1,2%).	(15) = (4,5%)
Divorciado/a	(4) = (1,2%).	(18) = (5,4%)
Viudo/a	(2) = (0,6%).	(6) = (1,8%)

Tabla nº 11. Estado civil de los mandos intermedios de enfermería

2 d.- Tener o no tener hijos

La frecuencia global de esta variables es de (756), de esta cifra la frecuencia en hombres es de (163), de los cuales (137) tienen hijos, que es el (84%) y (26) no tienen que es el (16%).

En cuanto a las mujeres la frecuencia es de (592), de las cuales (468) tienen hijos que es el (78,9%) y (124) no tienen hijos que es el (21,1%).

Esta variable, en los mandos intermedios de enfermería arroja los siguientes datos, existe una frecuencia de (285) participantes que expresan que tienen hijo, que representan el (85,1%) y (50) que no tienen hijos que es el (14,9%).

Por género (200) mujeres tienen hijos que es un (70,2%) y (38) no tiene hijos que es un (29,8%). En cuanto a los hombres (85) si tienen hijos, que es el (87,6%) y (12) que no tienen, que es el (12,4%). La mayoría de los participantes manifiestan tener hijos.

2 e.- Tipo de Contrato.

Tres han sido los valores establecidos para esta variable: Fijo/a; Interino/a y Eventual.

De la muestra global (756), en hombres se da una frecuencia de (125) que son fijos, que se corresponde con el (76,7%), y (24) son interinos que es el (14,7%). En cuanto a los eventuales la frecuencia es de (14) que es el (8,6%).

Con relación a las mujeres (441) son fijas que es (74,4%), las interinas son (82) que es el (13,8%) y las eventuales son (70) que es el (11,8%).

En cuanto a los mandos intermedios de enfermería, con relación a los Fijos/as la frecuencia es de (288) que se corresponde con el (86%). En donde la frecuencia en mujeres es de (211) que es el (63%) y en hombres la frecuencia fue (77) que se corresponde con un porcentaje del (23%).

Los profesionales Interinos/as han dado una frecuencia de (37) que es un (11%). En la subdivisión de estos valores la frecuencia en mujeres es de (19) que es un (5,7%). Por su parte en hombres la frecuencia es (18) que es un (5,4%).

Los eventuales de ambos género, tienen una frecuencia de (10) y un tanto por ciento de (3%). En cuanto a las mujeres en esta situación laboral la frecuencia fue de (8) que es un (2,4%) y en los hombres la frecuencia fue de (2) que se corresponde con un (0,6%).

De los datos expuestos se concluye que el tipo de contrato que prevalece es el de fijo/a que son los profesionales que tienen plaza en propiedad con un porcentaje del (86%), frente a los interinos/as que es de un (11%) y del (3%) de eventuales de ambos generos

TIPO DE CONTRATO	Hombres	Mujeres
Fijo/a	(77) = (23%).	(211) = (63%)
Interino/a	(18) = (5,4%).	(19) = (5,7%).
Eventuales	(2) = (0,6%).	(8) = (2,4%)

Tabla nº 12. Tipo de contrato de los mandos intermedios de enfermería

2 f.- Antigüedad en el Servicio.

Esta variable se recodifico en, (Menos de un 1 año). (De 1 a 5 años). (De 6 a 10 años). (De 11 a 20 años) y más (De 21 años).

De la muestra global (756), en hombres la frecuencia, en Menos de un año en el servicio actual es de (7) que es el (4,3%). De uno a cinco años la frecuencia es (51) que es el (31,3%). De seis a diez años la frecuencia es (45), que es el (27,6%). De once a veinte años la frecuencia es (31) y es el (19%) y en Más de veinte años la frecuencia es de (29) que representa el (17%).

En cuanto a las mujeres la frecuencia, en Menos de un año en el servicio actual es de (39) que es el (6,6%). De uno a cinco años la frecuencia es (187) igual al (31,5%). De seis a diez años la frecuencia es (158), que es el (26,6%). De once a veinte años la frecuencia es (101) y es (17%) y Más de veinte años tiene una frecuencia de (107) que representa el (18%).

En cuanto a los mandos intermedios de enfermería, la frecuencia de menos de 1 año en el servicio actual, fue de (7) que corresponde al (2,1%). En donde la frecuencia de mujeres fue (3) igual al (0,9%) y en hombres fue (4) que es el (1,2%). Los valores que arrojaron el parámetro de 1 a 5 años, fue (119) de frecuencia que se corresponde con un (35,5%). Subdividido por género, en mujeres es (84) de frecuencia que es un (25,1%) y en hombres (35) de frecuencia, que es el (10%).

En cuanto al periodo comprendido entre 6 y 10 años, el valor de frecuencia es de (86) que corresponde con el (25,7%). Que en mujeres es de (62) de frecuencia y el porcentaje es del (18,5%). Mientras en los hombres la frecuencia es de (24) que es un (7,2%). La franja de 11 a 20 años arroja una frecuencia de (56) que es el (16,7%). En donde las mujeres son (37) que corresponde al (11%) y los hombres (19) que es un (5,7%).

Los profesionales de más de 21 años en el servicio dieron una frecuencia de (67) que son un (20%). En donde la frecuencia de mujeres es (52) que es el (15,5%) y en hombres (15) de frecuencia que se corresponde con un (4,5%).

La antigüedad en el servicio nos presenta una foto en donde el periodo comprendido entre 1 a 5 años es en el que están incluidos el mayor número de profesionales tanto mujeres como hombre. Disminuyendo en los periodos de 6 a 10 años y de 11 a 20. Destacar que se observa un repunte del parámetro de más de 21 años en el servicio sobre el periodo de 11 a 20 años.

2 g.- Causa o motivo por el que se ha presentado a la supervisión.

Cuatro ítems componen esta variable, Desarrollo personal. Ganar más dinero. Por reconciliación familiar y por ser propuesto/a por la Dirección de Enfermería.

En los hombres las frecuencias y los tantos por ciento son:

Desarrollo personal (33), que es un (34%). Ganar más dinero (4) que es un (4,1%). Por reconciliación familiar (8) que es el (8,2%) y por ser propuesto por la Dirección de Enfermería (52) que se corresponde con el (53,6%).

La frecuencia en las mujeres y los tantos por cientos son, Desarrollo personal (98), que es el (41,1%). Ganar más dinero son (3) y es el (1,2%). Por reconciliación familiar que son (26) y es el (10,9%) y por ser propuesta por la Dirección de Enfermería que son (111) y representan al (46,6%)

Tanto en hombres como en mujeres el valor más alto es, ser propuesto/a por la Dirección de Enfermería, seguido del deseo de desarrollo personal, llama la atención los valores tan bajos que dan la aceptación del puesto por el tema de reconciliación familiar y tener la idea de que este cargo proporcionará más dinero.

Desarrollo personal. Ganar más dinero. Por reconciliación familiar y por ser propuesto/a por la Dirección de Enfermería

Causa o motivo de presentarse a supervisor/a	Hombre	Mujer
Desarrollo personal	(33)= (34%).	(98)= (41,1%).
Ganar más dinero	(4) = (4,1%).	(3) = (1,2%).
Por reconciliación familiar	(8) = (8,2%)	(26) = (10,9%)
Por ser propuesto/a por la Dirección de Enfermería	(52) = (53,6%).	(111) = (46,6%)

Tabla n° 13. Causa o motivo de presentarse a supervisor/a

2 h.- Tiempo en el cargo de mando intermedio (supervisor/a).

En esta variable que tiene una frecuencia de (335), se ha realizado una recodificación en los siguientes valores, (Menos de un 1 año). (De 1 a 5 años). (De 6 a 10 años). (De 11 a 20 años) y más (De 21 años).

La frecuencia de menos de 1 año en el servicio de supervisor/a, a nivel global, fue de (14) que corresponde al (4,2%) En donde la frecuencia de mujeres fue (11) igual al (3,3%) y en hombres fue (3) que es el (0,9%).

Los valores que arrojaron el parámetro de 1 a 5 años, fue (165) de frecuencia que se corresponde con un (49,3%). Subdividido por genero, mujeres son (113) de frecuencia que es un (33,7%) y en hombres (52) de frecuencia, que es el (15,5%).

En cuanto al periodo comprendido entre 6 y 10 años, el valor de frecuencia es de (72) que corresponde al (21,5%). Que en mujeres es de (55) de frecuencia y en porcentaje (16,4%). Mientras en los hombres la frecuencia es de (17) que es un (5,1%).

La franja de 11 a 20 años arroja una frecuencias de (49) que es el (14,6%). En donde las mujeres son (31) que corresponde al (9,3%) y los hombres (18) que es un (5,4%).

Los profesionales de más de 21 años en el servicio dieron una frecuencia de (35) que un (10,4%). En donde la frecuencia de mujeres es (28) que es el (8,4%) y de hombres (7) de frecuencia que se corresponde con un (2,1%).

Es en el periodo comprendido entre 1 y 5 años en donde, están englobados el mayor número de mandos intermedios que llevan desempeñando el cargo de supervisor/a. Cifra que nos debe servir de estudio.

Tiempo de supervisor/a	Hombre	Mujer
Menos de un 1 año	(3) = (0,9%).	(11) = (3,3%)
De 1 a 5 años	(52) = (15,5%).	(113) = (33,7%)
De 6 a 10 años	de (17) = (5,1%).	(55) = (16,4%).
De 11 a 20 años	(7) = (2,1%).	(31) = (9,3%)
Más de 21 años	(7) = (2,1%).	(28) = (8,4%)

Tabla n° 14. Tiempo de supervisor/a

2 i.- Pertenecer o no, a Unidades de Gestión Clínica

De la muestra global (756), en hombres la frecuencia de los que pertenecen a Unidad de Gestión Clínica es de (127) que es un (77,9%) y los que no pertenecen son (32) que es un (19,6%). En cuanto a las mujeres, pertenecen a unidades de Gestión Clínica (464) profesionales de enfermería que es un (78,2%) y las que no pertenecen son (122) que es un (20,6%)

En cuanto a los mandos intermedios, de la muestra (335) la frecuencia es de (272) quienes pertenecen a U.G.C. que es un (81,1%) y (63) participantes no pertenecen a U.G.C , que es un (18,9%).

Por género, la frecuencia en mujeres es de (192), que es el (80,6%) que pertenecen a U.G.C. y (46), que es el (19,4%) que no pertenece a U.G.C . En el caso de los hombres (80) si pertenecen que es un (82,4%). y (17) no pertenecen que es un (6%).

2 j.- Categoría Profesional: Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería

De la muestra global (756). En cuanto a los hombres el total son (163) de los cuales (158) son enfermeros que es un (96,9%) y (5) Auxiliares de enfermería que es un (3,1%).

En cuanto al número de mujeres la muestra está compuesta por (592) de las cuales (444) son enfermeras y que corresponde al (74,9%) y mujeres Auxiliares de enfermería son (148) que es el (25,1%).

Estas cifras se ajustan a los datos que nos proporciona la memoria del SAS (2014), en cuanto a proporcionalidad por género y categoría profesional en Enfermeros/as y Auxiliares de Enfermería

Hombres (163)		Mujeres (444)	
Enfermero	Aux. de Enfermería	Enfermera	Aux. de Enfermería
(158)=(96,9%)	(5) =(3,1%).	(444) = (74,9%)	(148) = (25,1%).

Tabla nº 15. Categoría profesional

2 k.- Jerarquía

Ateniéndonos al género y jerarquía. Los hombres de la muestra son (163) de los cuales, mandos intermedios de enfermería son (97), que es un (59,5%) y hombres personal subordinado, en donde se incluyen enfermeros y auxiliares de enfermería, son (66) que es un (40,5%). En cuanto a las mujeres de las (592) que componen la muestra. La frecuencia de mandos intermedios es de (238) que es un (40,1%) y mujeres enfermeras y auxiliares de enfermería son (355) que se corresponde con el (59%).

2 l.- Tipo de Turno

Esta variable se ha categorizado en los siguientes ítems, (Turno de Mañana).(Turno de Tarde), (Turno Rotatorio) y (Turno de Mañana y Tarde)

De la muestra global (756) En cuanto a los hombres (114) trabajan en turno de mañana que es un (69,9%). En turno de Tarde la frecuencia es de (1) que es el (0,6%), que tengan turno rotatorio la frecuencia es (36) que es un (18,4%), en cuanto al turno de mañana y tarde la frecuencia es de (12) que el (7,36%).

Las mujeres, tanto mando intermedios, así como personal de enfermería, en turno de mañana son (358) que es un (60,3%).La frecuencia en turno de Tarde es de (7) que es el (1,1%).En el turno rotatorio la frecuencia es (141) que es un (23,7%), en cuanto al turno de mañana y tarde la frecuencia es de (87) que el (29,6%)

Estas cifras están condicionadas por tener de base los mandos intermedios de enfermería turno de mañana. Si sacamos esta frecuencia de la muestra, el turno mas predominante es el rotatorio.

2 m.- Género de su Jefe directo.

De la muestra global del personal base de enfermería (Enfermero/a y Auxiliares de enfermería) que son (421), el jefe directo hombre tiene una frecuencia de (163) que es el (32,3%) y jefe directo mujer son (285) que es un (67,7%).

Esta cifra se corresponde con los parámetros que aparecen en la memoria del SAS (2014).

3. Resultados de los objetivos de la investigación.

Objetivo nº 1- Identificar si existen diferencias en los cargos intermedios de enfermería, hombres y mujeres, desde la base de su auto-percepciones, con relación a los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo- evitador.

Este primer objetivo, ha sido afrontado mediante una estadística inductiva, comúnmente utilizada en ciencias sociales “t test” (prueba t) para dos muestras independientes. Se han comparado dos grupos (líderes mandos intermedios de enfermería femeninos y líderes mandos intermedios de enfermería masculinos) con relación a la variable estilo de liderazgo (transformacional; transaccional y pasivo-evitador), con el fin de conocer si desde su auto-percepción los estilos de liderazgo que ejercen son diferentes.

Antes de proceder a la ejecución del “t test”, fue necesario comprobar si se cumplían los requisitos para el uso de pruebas paramétricas, es decir, se ha procedido a verificar el criterio de homogeneidad de la varianza (mediante la prueba de Levene – Levene´s Test) y el de la distribución normal de los datos (a través de las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, y de los coeficientes de Asimetría y Kurtosis).

3.a.-En primero lugar, se ha realizado el análisis sobre el Liderazgo Transformacional, y su comportamiento según el género del líder

Liderazgo Transformacional	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
Género	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios de enfermería género masculino	,078	96	,186	,984	96	,308
Mandos intermedios de enfermería género femenino	,068	238	,009	,987	238	,026

Tabla nº 16. Prueba de Normalidad para la Escala de liderazgo Transformacional (auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(Modelo A)

Liderazgo Transformacional	N	Media	Desv. típ.	Asimetría	kurtosis
Género	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Mandos intermedios enfermería género Masculino.	96	3.9135	.44168	-.395	.776
Mandos intermedios enfermería género Femenino	238	4.0345	.39617	-.305	.267

Tabla n° 17. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transformacional de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ. (Modelo A)

En la tabla (n°16), vemos que las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk muestran dos valores cuyo nivel de significación en hombres es mayor de 0.05 (Sig.= ,186 y, 308) Parámetros que nos obligaría a aceptar la hipótesis nula. Sin embargo en mujeres la "p" es inferior a 0,05 (Sig. = 0,009 y 0,026), lo que nos llevaría a rechazar la hipótesis nula.

Si tenemos en cuenta que estas pruebas son simplemente complementarias no se puede inmediatamente concluir la ausencia de distribución normal. Pero si tenemos en cuenta los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis (Tabla n 17), que constituyen el criterio fundamental en este ámbito, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores se encuentran dentro del intervalo (-2, 2), medida que es comúnmente aceptada por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas.

Estos resultados permiten realizar la prueba de homogeneidad de varianza relativas al líder mando intermedio de enfermería masculino y femenino en la escala de Liderazgo Transformacional de (Tabla n° 18)

Tabla nº 18. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transformacional. Hombres y Mujeres			
Estadístico de Levene	gl 1	gl 2	Sig.
1,520	1	332	,219

Tabla nº 18. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transformacional. Hombres y Mujeres

A partir de los resultados de la prueba de Levene (que presenta un estadístico de 1,520 y el valor de (p.0, 219) es posible asumir la homogeneidad de varianza, de ambos grupos, ya que hemos encontrado un nivel de significación superior a 0,05, motivo por el cual se puede concluir que las varianzas son homogéneas (Homocedasticidad).

Al encontrarnos con datos que presentan normalidad y homogeneidad, podemos aplicar pruebas paramétricas, que en este caso va a ser el estadístico "t-Student" que es la prueba que asume la igualdad de varianzas.

Liderazgo transformacional del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Prueba t-Sudent		
	Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
	-2,441	332	,015

Tabla n.19. Prueba "t-Sudent" aplicada al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transformacional, de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(Modelo A)

Si tenemos en cuenta los valores presentados en la tabla (nº19), podemos afirmar que al ser el valor de significación menor de 0,05 (p. ,015), existe diferencia estadísticamente significativas en la auto-percepción del estilo liderazgo transformacional, según género.

3. b.- Seguidamente, se realiza el análisis al estilo de liderazgo transaccional, según género.

Liderazgo Transaccional	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios de enfermería género masculino	,209	96	,000	,549	96	,000
Mandos intermedios de enfermería género femenino	,097	238	,000	,981	238	,003

Tabla n° 20. Prueba de Normalidad para la Escala Transaccional (auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ. (Modelo A))

Liderazgo Transaccional	N	Media	Desv. típ.	Asimetría	kurtosis
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Mandos intermedios enfermería género Masculino.	96	3.9740	,87037	5.811	48.311
Mandos intermedios enfermería género Femenino	238	3.9606	,45697	-.351	,099

Tabla n° 21. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transaccional de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.

Las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk muestran valores cuyo nivel de significación es inferior a 0,05 (Sig. = 0,000 y Sig. = 0,003) tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, dado que estas pruebas son simplemente complementarias no se puede inmediatamente concluir la ausencia de distribución normal.

Teniendo en cuenta los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis (Tabla nº 21), que constituyen el criterio fundamental en este ámbito, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores están incluidos en el intervalo (-2, 2), medida aceptada por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas.

Esto datos nos permite afrontar la prueba de Levene

Tabla nº 22. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transaccional. Hombres y Mujeres			
Estadístico de Levene	gl 1	gl2	Sig.
2.080	1	332	.150

Tabla nº 22. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transaccional. Hombres y Mujeres

La prueba de Levene (Tabla nº 22), presenta un estadístico de 2.080 y el valor de (p. 0,150), que permite asumir la homogeneidad de varianza, de ambos grupos, ya que hemos encontrado un nivel de significación superior a 0,05, por tal motivo se puede afirmar que las varianzas son homogéneas (Homocedasticidad) .

Al encontrarnos con datos que presentan normalidad y homogeneidad, podemos aplicar pruebas paramétricas, que en este caso será el estadístico “t-Student” prueba que asume la igualdad de varianzas

Liderazgo transaccional del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Prueba t-Sudent		
	Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
	.183	332	.855

Tabla nº 23.. Prueba “t-Sudent” relativa al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transaccional de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(Modelo A)

Si tenemos en cuenta los valores presentados en la tabla, (nº 23) , podemos afirmar que siendo el valor de significación mayor que 0,05 (p.,855), no hay diferencias estadísticamente significativas en la auto-percepción del estilo del liderazgo transaccional, según género.

3. b.- Análisis del estilo de liderazgo Pasivo-Evitador según género

Liderazgo Pasivo - Evitador	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios de enfermería género masculino	,183	97	,000	,825	97	,000
Mandos intermedios de enfermería género femenino	,179	238	,000	,824	238	,003

Tabla n° 24. Prueba de Normalidad para la Escala Pasivo-Evitador (auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(Modelo A)

Liderazgo Pasivo - Evitador	N	Media	Desv. típ.	Asimetría	kurtosis
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Mandos intermedios enfermería género Masculino.	96	1.5606	,52045	1.829	,245
Mandos intermedios enfermería género Femenino	238	1,4144	,43159	1.828	,158

Tabla n° 25. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Pasivo-Evitador, de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(tabla B)

La tabla (n°24), representa las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, que muestran dos valores cuyo nivel de significación según el género masculino, es menor de 0.05 (Sig=,000 y ,000) y en el el género femenino (Sig. = 0,00 y 0,003). Valores que nos permiten rechazar la hipótesis nula.

Ajustándonos a los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis (Tabla nº25), que constituyen el criterio fundamental de normalidad, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores están dentro de rango de (-2, 2), comúnmente aceptada por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas.

Estos resultados permiten realizar la prueba de homogeneidad de varianza (Tabla nº 26)

Tabla nº 26. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Pasivo - Evitador. Hombres y Mujeres			
Estadístico de Levene	gl 1	gl2	Sig.
1,771	1	333	,184

Tabla nº 26. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Pasivo - Evitador. Hombres y Mujeres

La prueba de Levene (que presenta un estadístico de 1.771 y valor de (p. 184) es posible asumir la homogeneidad de varianza, de ambos grupos, ya que hemos encontrado un nivel de significación superior a 0,05, motivo por el cual se puede concluir que las varianzas son homogéneas (Homocedasticidad). Datos que permiten realizar estadístico "t-Student" que es la prueba que asume la igualdad de varianzas.

Liderazgo Pasivo-Evitador del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Prueba t-Sudent		
	Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
	2.664	333	,009

Tabla nº 27.. Prueba "t-Sudent" aplicada al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Pasivo-Evitador de los mandos intermedios de enfermería versión líderes del MLQ.(Modelo A)

Con los valores que presenta e la tabla (nº 27), podemos afirmar que siendo el valor de significación menor de 0,05 (p. ,009), se puede afirmar que hay diferencias en el estilo del liderazgo Pasivo-Evitador, según género.

Podemos afirmar en este primer objetivo que en cuanto a los estilos de liderazgo transformacional y pasivo-evitador, existen diferencias estadísticamente significativas, según la auto-percepción mandos intermedios de enfermería, en cuanto al género. Pues en el liderazgo transformacional las medias son mayores en el género femenino (4,0345) que en el masculino (3,9135). Valores que por los que los mandos intermedios de enfermería femeninos, se auto-califican, como líderes más transformacionales que los masculinos.

En cuanto al liderazgo pasivo-evitador son los hombres con el valor (1,5606) los que alcanzan puntuaciones mayores que las mujeres (1,4144), aunque ambas puntuaciones son bajas. Estas puntuaciones denotan que en la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería, masculinos se auto-califican más Pasivos-Evitadores que los mandos intermedios de enfermería femeninos.

Con relación al liderazgo transaccional no existen diferencias significativas, según el género de los mandos intermedios de enfermería.

Objetivo nº. 2- Comprobar si existe diferencias en base a los factores del desempeño: esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia, desde la auto-percepción, de los mandos intermedios de enfermería, según el género

En este segundo objetivo, se pretende conocer si el mando intermedio de enfermería, según el género masculino o femenino, (en base a su auto-percepción), genera resultados significativo, con relación a los factores de desempeño, Esfuerzo-extra. Satisfacción y Eficacia

El análisis estadístico que se ha utilizado para este objetivo, es la prueba paramétrica de la "t-Student" para muestras independientes. Pero previamente hemos analizado si existe homogeneidad en las muestras aplicando el estadístico de Levene

Estadístico de Levene		gl 1	gl 2	Sig.
Esfuerzo Extra	,551	1	332	,458
Satisfacción	3,378	1	332	,067
Eficacia	,921	1	332	,338

Tabla n° 28. Prueba de homogeneidad de varianzas. Estadístico de Levene, aplicado a las variables de desempeño del MLQ. Esfuerzo-extra. Satisfacción y Eficacia

Según los datos reflejados en la tabla (n° 28), que nos proporciona la prueba de Levene, permite asegurar la homogeneidad de la varianza de las escalas de los factores de desempeño, Esfuerzo-extra. Satisfacción y Eficacia. Pues el nivel de significación es más alto, que 0,05, en cualquiera de ellas (Esfuerzo Extra. Sig.= 0,458; Satisfacción. Sig.= 0,067; Eficacia. Sig.= 0,338), esto nos permite utilizar la prueba “t-Student”.

	Genero	N	Media	Des. Típ.	Error típ. de la media	t	p
Esfuerzo-Extra	Hombre	96	3.7326	,62430	,06372	-1,643	0.101
	Mujer	238	3.8529	,59796	,03876		
Satisfacción	Hombre	96	3.8438	,59077	,06030	-2.313	0.021
	Mujer	238	3.9979	,53466	,03466		
Eficacia	Hombre	96	3.9401	,50098	,05113	-2,420	0.016
	Mujer	238	4.0882	,50846	,03296		

Tabla n°29. Medidas descriptivas: Media; Desv.Típica . Y “t-Student”. Referentes al líder, mando intermedio de enfermería, masculino y femenino en las variables: Eficacia del líder, Satisfacción con el líder y Esfuerzo-extra (auto- percepción de los mandos intermedios de enfermería – versión líder del MLQ)

En cuanto a las medidas descriptivas presentadas en la Tabla (nº 29), se observa que los valores de las medias son superiores para los líderes femeninos, en las tres variables, Esfuerzo-extra, Satisfacción .

Esto significa que los líderes mandos intermedios de enfermería femeninos, se auto-puntúan, como más Eficaces, e inductoras de mayores niveles de Satisfacción y Esfuerzo-Extra, con relación a sus subordinados/as (personal de enfermería) que los mandos intermedios de enfermería masculinos.

Con relación al nivel de significación de la prueba "t-test" obtenido para la variable, Esfuerzo-Extra, ($p = .101$) es superior a 0,05 por lo que podemos decir que no hay diferencias estadísticamente significativas en esta variable entre los líderes mandos intermedios de enfermería, masculinos y femeninos Sin embargo las variables Satisfacción ($p = .021$) y Eficacia ($p = .016$) han dado valores $> 0,05$ y en estos casos si existen significación estadística entre los mandos intermedios de enfermería, masculinos y femeninos.

Por tanto en este segundo objetivo podemos afirmar, que en el factor Esfuerzo-Extra no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque en las medias, las mujeres se valoran más alto que los hombres.

Sin embargo en los factores Satisfacción y Eficacia si existen significación estadística entre géneros. Siendo los mandos intermedios femeninos quienes se auto-puntúan con valores más altos.

Objetivo nº.3.-Conocer si existe diferencias significativas en el estilo de liderazgo ejercidos por los mandos intermedios de enfermería en función del género, en opinión de los subordinados/as

En este tercer objetivo, se comparan dos grupos o muestras, independientes (líderes mandos intermedios de enfermería masculinos y líderes mandos intermedios de enfermería femeninos) en donde se pretende conocer el estilo de liderazgo que adoptan, según la opinión de sus subordinados/as, (profesionales de enfermería, masculinos y femeninos) utilizando como variable discriminadora el género del mando intermedio de enfermería.

Una vez más, es necesario en primer lugar, comprobar los criterios de homogeneidad, de la varianza (mediante la prueba de Levene), así como la distribución normal de los datos (a través de los Coeficientes de Asimetría y Kurtosis y de las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk).

Cumplidos estos requisitos si procede, se realizará la prueba "t-test" para muestras independientes.

3. a.-Inicialmente, se comparó la evaluación del estilo de Liderazgo Transformacional, según el género de los mandos intermedios de enfermería, desde el punto de vista de los subordinados/as

Liderazgo Transformacional	Kolmogorov-Smirnova		
Opinion de subordinados	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios enfermeros masculinos	,093	19	,200
Mandos intermedios enfermeros femeninos	,123	45	,087

Tabla nº 30. Prueba de Normalidad para la Escala Transformacional (hetero-percepción de los Subordinados/as (personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ)

En la tabla (nº 30) vemos que las pruebas Kolmogorov-Smirnov muestran un valor cuyo nivel de significación en los mandos intermedios de enfermería masculino es mayor de 0.05 (Sig=,200) y (Sig=,087) el género femenino. Parámetros que nos permite aceptar la hipótesis nula.

Liderazgo Transformacional	n	Media	Desviación Tip.	Asimetría	Kurtosis
Mandos intermedios enfermeros masculinos	64	3.7353	.54340	-.855	.998
Mandos intermedios enfermeros femeninos	322	3.5700	.73627	-.860	1.095

Tabla n° 31. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transformacional (de los subordinados/as personal de enfermería Versión B)

Si tenemos en cuenta los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis Tabla (n° 31), que constituyen el criterio fundamental de normalización, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores se encuentran entre los parámetros (-2, 2), medida aceptada por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas. Estos resultados permiten realizar la prueba paramétrica "t student".

Liderazgo Transformacional del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Opinión de los subordinados/as	Prueba t-Sudent		
		Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
		2.241	384	.026

Tabla n° 32. Prueba "t-Student" para el líder mando intermedio de enfermería, masculino y femenino en la escala Liderazgo Transformacional (hetero-percepción de los subordinados/as personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ).

Según los datos reflejados en la tabla (n° 31), los subordinados/as personal de enfermería, opinan que los mandos intermedios de enfermería masculinos, según las medias (3.7353 género masculino; 3.5700 género femenino) ejercen en mayor medida un liderazgo transformacional, con relación a los mandos intermedios de enfermería femenino. Dando un valor estadísticamente significativo (p. ,026). Tabla (n°32)

Seguidamente, se llevarán a cabo los mismos procedimientos con el fin de averiguar qué opinan los subordinados/as, (personal de enfermería) sobre sus mandos intermedios con relación al liderazgo transaccional.

3.b.- Opinión de los subordinados/as, (personal de enfermería) sobre sus mandos intermedios según el género, con relación al liderazgo transaccional

Liderazgo Transaccional	Kolmogorov-Smirnova		
Opinion de subordinados	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios enfermeros masculinos	,064	107	,200
Mandos intermedios enfermeros femeninos	,078	215	,003

Tabla nº 33. Prueba de Normalidad para la Escala Transaccional (hetero-percepción de los Subordinados (personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ)

En la tabla (nº 33), vemos que las pruebas Kolmogorov-Smirnov muestra un valor cuyo nivel de significación en mandos intermedios masculinos es mayor de 0.05 (Sig=,200) Parámetros que nos obligaría a aceptar la hipótesis nula. Sin embargo en los mandos intermedios femeninos, la “p” es inferior a 0,05 (Sig. = 0,003), lo que nos llevaría a rechazar la hipótesis nula.

Liderazgo Transaccional	n	Media	Desviación Tip.	Asimetría	Kurtosis
Mandos intermedios enfermeros masculinos	64	3.7852	,60994	-,911	-1.209
Mandos intermedios enfermeros femeninos	322	3.6185	,71054	-,715	-1.498

Tabla nº 34. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Transaccional (hetero-percepción de los subordinados/as personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ).

Si tenemos en cuenta que estas pruebas son simplemente complementarias no se puede inmediatamente concluir la ausencia de distribución normal. Sin embargo

si vemos los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis. Tabla (nº34) , que constituyen el criterio fundamental de normalidad, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores se encuentra entre los parámetros (-2, 2), medida de intervalo que son aceptados por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas.

Estos resultados permiten realizar la prueba de homogeneidad de varianza relativas al líder masculino y femenino en la escala de liderazgo Transaccional, según opinión de los subordinados/as de enfermería. Tabla (nº 35)

Tabla nº 35. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transaccional. según la hetero-percepción de los subordinados			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1,050	1	394	,306

Tabla nº 35. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Transaccional. según la hetero-percepción de los subordinados

A partir de los resultados de la prueba de Levene .Tabla (nº 35), que presenta un estadístico de 1,050 y el valor de (p. ,306), es posible asumir la homogeneidad de varianza, de ambos grupos, ya que hemos encontrado un nivel de significación superior a 0,05, motivo por el cual se puede afirmar que las varianzas son homogéneas (Homocedasticidad) .

Al encontrarnos con datos que presentan normalidad y homogeneidad, podemos aplicar pruebas paramétricas y que en este caso va a ser el estadístico "t-Student" que es la prueba que asume la igualdad de varianzas.

Liderazgo Transaccional del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Opinión de los subordinados/as	Prueba t-Student		
		Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
		2.282	394	,023

Tabla nº 36. Prueba "t-Student" para el líder mando intermedio de enfermería, masculino y femenino en la escala Liderazgo Transaccional (hetero-percepción de los subordinados/as personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ).

Los subordinados opinan que los mandos intermedios de enfermería masculinos, con una media de 3,7852, con relación a los femeninos, media de 3,6185. (Tabla nº34) ejercen en mayor medida el estilo de liderazgo transaccional. Produciéndose un valor estadísticamente significativo ($p = .023$). Tabla (nº 36).

3.c.- Opinión de los subordinados/as, (personal de enfermería) sobre sus mandos intermedios según el género, con relación al liderazgo pasivo-evitador.

Liderazgo Transaccional	Kolmogorov-Smirnova		
Opinion de subordinados	Estadístico	gl	Sig.
Mandos intermedios enfermeros masculinos	.058	126	200
Mandos intermedios enfermeros femeninos	.078	260	.001

Tabla nº 37. Prueba de Normalidad para la Escala Pasivo-Evitador (hetero-percepción de los Subordinados/as (personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ)

En la tabla (nº 37), vemos que las pruebas Kolmogorov-Smirnov muestra un valor cuyo nivel de significación en el m.i.e. masculinos es mayor de 0.05 ($Sig = .200$) Parámetros que nos obligaría a aceptar la hipótesis nula. Sin embargo en m.i.e. femeninos la "p" es inferior a 0,05 ($Sig. = 0,001$), lo que nos llevaría a rechazar la hipótesis nula.

Liderazgo Pasivo - Evitador	n	Media	Desviación Tip.	Asimetría	Kurtosis
Mandos intermedios enfermeros masculinos	64	1,8510	,71207	1,372	2,930
Mandos intermedios enfermeros femeninos	322	1,9455	,74219	1,026	,909

Tabla nº 38. Medidas descriptivas relativas al líder masculino y femenino en la escala Liderazgo Pasivo-Evitador (hetero-percepción de los subordinados/as personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ)

Si tenemos en cuenta que estas pruebas son simplemente complementarias no se puede inmediatamente concluir la ausencia de distribución normal. Sin embargo si vemos los coeficientes de Asimetría y de Kurtosis .Tabla(nº38) , que constituyen el criterio fundamental de normalidad, se confirma la distribución normal de los datos, ya que los valores forman parte del intervalo(-2, 2), medida de intervalo que son aceptadas por los estadísticos de las Ciencias Sociales y Humanas.

Estos resultados permiten realizar la prueba de homogeneidad de varianza relativas al líder masculino y femenino en la escala de liderazgo Pasivo-Evitador, según opinión de los subordinados/as de enfermería. Tabla (nº 39).

Tabla nº 39. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Pasivo - Evitador. según la hetero-percepción de los subordinados/as			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,080	1	401	,778

Tabla nº 39. Prueba de homogeneidad de varianzas Liderazgo Pasivo - Evitador. según la hetero-percepción de los subordinados/as

A partir de los resultados de la prueba de Levene (que presenta un estadístico de ,080 y el valor de(p. ,778) es posible asumir la homogeneidad de varianza, de ambos grupos, ya que hemos encontrado un nivel de significación superior a 0,05, motivo por el cual se puede afirmar que las varianzas son homogéneas (Homocedasticidad) .

Al encontrarnos con datos que presentan normalidad y homogeneidad, podemos aplicar el estadístico "t-Student" que es la prueba que asume la igualdad de varianzas.

Liderazgo Transaccional del mando intermedio de enfermería masculino/femenino	Opinión de los subordinados/ as	Prueba t-Sudent		
		Estadístico de prueba (t)	Grados de libertad (df)	Sig. (2-tailed)
		-2,111	401	,227

Tabla nº 40. Prueba "t-Student" para el líder mando intermedio de enfermería, masculino y femenino en la escala Liderazgo Pasivo-evitador (hetero-percepción de los subordinados/as personal de enfermería) (Versión B subordinados/as del MLQ).

En cuanto al liderazgo Pasivo- Evitador los/as subordinados/as, según las medias de los mandos intermedios de enfermería, masculinos =1,8510, femeninos=1,9455, opinan que en menor medida los mandos intermedios de enfermería masculinos son menos pasivos-evitadores. (Tabla nº 38), . Sin embargo no existe significación estadística entre los dos grupos., al presentar un valor de significación superior a 0,05 (p. ,227). Tabla (nº 40)

Objetivo nº 4. Examinar si existen diferencias significativas en los factores de desempeño, Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia, , en los mandos intermedios de enfermería según el género masculino y femenino, en opinión de los subordinados/as.

El análisis del cuarto objetivo se ha realizado mediante la prueba "t-test" para muestras independientes, con el fin de comparar a los mandos intermedios de enfermería, masculinos y femeninos y su afrontamiento de los factores de desempeño, Esfuerzo-Extra , Satisfacción c y Eficacia , teniendo en cuenta la opinión de los/as subordinados/as personal de enfermería, de género masculino y femenino.

Subordinados Masculinos	Mando intermedio Enfermería	N	Media	Desviación Típica
Variable				
Esfuerzo-Extra	Hombre	19	10.8421	2.77415
	Mujer	44	9.8636	3.09982
Satisfacción	Hombre	20	7.6000	1.66702
	Mujer	45	6.9111	1.91670
Eficacia	Hombre	20	15.8000	2.83957
	Mujer	45	14.2444	3.60022

Tabla nº 41. Medias descriptivas referentes al líder masculino y femenino en las escalas, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia del mando intermedio de enfermería (hetero - percepción de los subordinados masculinos –versión B del MLQ)

Subordinados Masculinos		Prueba t-Student	
Variable	Estadístico de prueba	Grados de libertad	Sig
Esfuerzo-extra del mando intermedio, masculino/femenino	1,185	61	.241
Satisfacción con el mando intermedio, masculino/femenino	1,389	63	.170
Eficacia del mando intermedio, masculino/femenino	1,708	63	.093

Tabla n° 42. Prueba t-Student para el líder masculino y femenino en las escalas Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia del mando intermedio de enfermería (hetero - percepción de los subordinados masculinos – versión B del MLQ).

Según los datos que se desprenden de la tablas (n° 41) (Medias descriptivas) y de la Tabla (n° 42) (Prueba t-Student), en relación a las variables de desempeño, Esfuerzo-Extra.

Satisfacción con el líder y Eficacia del líder ,observamos que el nivel de significación es superior a 0,05, (Esfuerzo-Extra= 0,24; Satisfacción con el líder =0,17 y Eficacia del líder= 0,93).podemos afirmar que no hay diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del Esfuerzo-extra que genera el mando intermedio de enfermería.

Satisfacción con el mando intermedio de enfermería y Eficacia del mando intermedio de enfermería, según la percepción de los subordinados masculinos de enfermería.

Seguidamente analizamos si existe diferencias estadísticamente significativas según la opinión manifestada por las subordinadas enfermeras con relación a los líder masculino y femenino en los factores, Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia.

Subordinados Femeninas	Mando intermedio Enfermería	N	Media	Desviación Típica
Variable				
Esfuerzo-Extra	Hombre	114	10.8596	2.1446
	Mujer	233	10.1717	2.8895
Satisfacción	Hombre	115	7.4261	1.48123
	Mujer	229	6.9520	1.9426
Eficacia	Hombre	114	15.7982	2.72380
	Mujer	232	14.5690	3.44336

Tabla nº 43. Medias descriptivas referentes al líder masculino y femenino en las escalas Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia del mando intermedio de enfermería (hetero - percepción de las subordinadas femeninas –versión B del MLQ)

Subordinados Femeninas	Prueba t-Student		
Variable	Estadístico de prueba	Grados de libertad	Sig
Esfuerzo-extra del mando intermedio, masculino/femenino	2.256	345	.025
Satisfacción con el mando intermedio, masculino/femenino	2.302	342	.022
Eficacia del mando intermedio, masculino/femenino	3.333	344	.001

Tabla nº 44. Prueba “t-Student” para el líder masculino y femenino en las escalas Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia del mando intermedio de enfermería (hetero - percepción de los subordinadas femeninas –versión B del MLQ).

Según los datos que se desprenden de las tablas (nº 43) (Medias descriptivas) y de la tabla (nº 44) (Prueba t-Student), con relación a los factores de desempeño, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia del líder, observamos que existe significación estadística, ($p > 0,005$) en (Esfuerzo-Extra=0,025.Satisfacción con el líder=0,022 y Eficacia del líder= 0,01).

Con estos datos podemos afirmar que según las opiniones de las subordinadas femeninas existe diferencias estadísticas en las tres escalas de los factores de desempeño, entre los líderes mandos intermedios de enfermería masculinos y femeninos.

Interpretando las medias descriptivas presentadas en la Tabla (nº43), se observa que los valores de las medias son superiores para los líderes masculinos, en los tres factores de desempeño. Esto significa que los líderes masculinos son evaluados por las subordinadas femeninas de forma más favorable, es decir, los consideran más eficaces, inductores de mayores niveles de satisfacción y capaces de conseguir más esfuerzo-extra en sus subordinados/as, que los mandos intermedios de enfermería femeninos.

Como respuesta al este cuarto objetivo, podemos afirmar que aparecen diferencias estadísticamente significativas, cuando opinan las subordinadas femeninas con relación a los mandos intermedios de enfermería masculinos, al considerarlos, mas eficaces, capaces de producir satisfacción en los subordinados y generar en ellos/as un esfuerzo-extra con relación a los factores de desempeño, Esfuerzo-Extra. Satisfacción y Eficacia.

Objetivo nº5.- Determinar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo Transformacional, Transaccional y Pasivo-Evitador percibido por los mandos intermedios de enfermería, hombres y mujeres con relación a los factores de desempeño, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia

Mediante este quinto objetivo se pretende investigar, de qué manera correlacionan los diferentes factores de cuestionario MLQ, en cuanto a los estilos de liderazgo y factores de desempeño. Para realizar este cometido, se ha utilizado la técnica estadística de la "correlación", que se traduce en un coeficiente "r". Es importante tener en cuenta que la correlación no implica causalidad.

Genero	Variables	Media	D.Típica	N
Hombre	L.Transformacional	3,9135	,44168	96
	L.Transaccional	3,9740	,87037	96
	L. Pasivo-Evitador	1,5606	,52045	96
	Esfuerzo-Extra	3,7326	,62430	96
	Satisfacción	3,8438	,59077	96
	Eficacia	3,9401	,50098	96
Mujer	L.Transformacional	4,0345	,39617	238
	L.Transaccional	3,9606	,45697	238
	L. Pasivo-Evitador	1,4144	,43159	238
	Esfuerzo-Extra	3,8529	,59796	238
	Satisfacción	3,9979	,53466	238
	Eficacia	4,0882	,50846	238

Tabla nº 45. Medias y desviaciones típicas, de los géneros (masculino y femenino), mandos intermedios de enfermería, de los estilos de liderazgo y los factores de desempeño, según su auto percepción

La Tabla (nº 46) muestra los valores de correlación obtenidos, en función del género de los mandos intermedios de enfermería (masculino y femenino), entre los estilos de liderazgo (transformacional, transaccional y pasivo-evitador), y los factores de desempeño, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia.

Variables	L.Transformacional		L.Transaccional		L.Pasivo-Evitador	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Liderazgo Transformacional	-	-	-	-	-	-
Liderazgo Transaccional	.531**	.581**	-	-	-,139	-,306**
Liderazgo Pasivo-Evitador	-,255*	-,299**	-	-	-	-
Esfuerzo-Extra	.655**	.572**	.396**	.421**	-,212*	-,162*
Satisfacción	.637**	.604**	.418**	.429**	-,285**	-,192**
Eficacia	.586**	.603**	.319**	.470**	-,391**	-,186**

****.** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). ***** La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla n° 46. Coeficientes de la Correlación (Escala del MLQ)

Según los resultados de la tabla (n°46), percibimos en primer lugar que los mandos intermedios de enfermería, de ambos generos, muestran una asociación positiva entre el comportamiento del líder transformacional y transaccional. Produciéndose una correlación significativa entre estas dos variables, siendo ligeramente más fuerte en los lideres femeninos ($r = .581$, $N = 238$, $p = .000$) en comparación con los lideres masculinos ($r = .531$, $N = 96$, $p = .000$).

Sin embargo entre los liderazgos transformacional y transaccional con relación al liderazgo pasivo-evitador la asociación es negativa.

En cuanto a la correlación entre, entre géneros, en el caso de liderazgos transformacional y pasivo-evitador, existe significación estadística, siendo más fuerte en m.i.e femeninos($r=-,299$), que en m.i.e masculinos ($r=-,255$).

Con relación al liderazgo transaccional y pasivo-evitador, solo existe significación estadística en m.i.e.femeninos y correlación más fuerte en m.i.e. femeninos($r=-,306$), que en m.i.e. masculinos ($r=-,139$).

En segundo lugar, constatamos que la correlación entre las variables de Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia en cuanto al liderazgo transformacional es fuerte $> 0,60$ y estadísticamente significativa.

La correlación entre los tres factores de desempeño y el liderazgo transaccional, en ambos géneros es media $<0,50$, y estadísticamente significativa.

En cuanto al liderazgo pasivo-evitador y la correlación con los tres factores de desempeño, en ambos géneros es, negativa pero estadísticamente significativa.

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)*

Variables	Género	E.Extra	Satisfacción	Eficacia
Liderazgo Transformacional				
Influencia Idealizada Atribuida	Hombre	.439**	.440**	.469**
	Mujer	.399**	.358**	.412**
Influencia Idealizada Conducta	Hombre	.390**	.411**	.310**
	Mujer	.342**	.459**	.352**
Motivación inspiracional	Hombre	.601**	.531**	.494**
	Mujer	.407**	.444**	.473**
Estimulación Intelectual	Hombre	.546**	.547**	.529**
	Mujer	.474**	.525**	.501**
Consideración Individualizada	Hombre	.564**	.537**	.475**
	Mujer	.574**	.516**	.574**
Liderazgo Transaccional				
Recompensa Contingente	Hombre	.304**	.336**	.249*
	Mujer	.518**	.531**	.554**
Dirección por excepción activa	Hombre	.318**	.291**	.243*
	Mujer	.210**	.212**	.255**
Liderazgo Pasivo-evitador				
Dirección por excepción pasiva	Hombre	-.123	-.169	-.261*
	Mujer	-.053	-.107	-.062
Laissez-faire	Hombre	-.264**	-.351**	-.454**
	Mujer	-.215**	-.210**	-.245**

Tabla nº 47. Coeficientes de Correlación del Liderazgo de Alcance Pleno y de sus sub-escalas de estilos de liderazgo y variables de desempeño (MLQ).

Según los datos de la tabla (nº 47) , vemos que las cinco sub-escalas del liderazgo transformacional (Influencia Idealizada Atribuida, Influencia Idealizada Conducta, Motivación inspiracional, Estimulación Intelectual, Consideración Individualizada), muestran una buena correlación con los tres factores de desempeño, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, dando valores estadísticamente significativos en todas las variables.

Destaca motivación inspiracional con Esfuerzo- Extra en m.i.e. masculinos que da una correlación fuerte $>0,60$. Las demás correlaciones tanto en ambos géneros son medias, pero en todos los casos estadísticamente significativas.

En cuanto a la Influencia Idealizada Atribuida y su correlación con Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, es mayor en m.i.e. masculinos . Lo mismo sucede en, Motivación inspiracional y en Estimulación Intelectual.

En las sub-escalas Influencia Idealizada Conducta y Consideración Individualizada, se producen algunas correlaciones más fuertes en m.i.e. femeninos que en m.i.e masculinos.

En cuanto al liderazgo transaccional y sus sub-escalas: Recompensa Contingente y Dirección por excepción activa y su correlación con las variables, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, es moderada, y estadísticamente significativa. Destacar que en la Recompensa Contingente, los m.i.e femeninos obtienen correlaciones superiores que los m.i.e masculinos. En cuanto a la Dirección por excepción activa, los m.i.e masculinos presentan una correlación más fuerte en Esfuerzo-Extra y en Satisfacción, no así en Eficacia que es más fuerte en m.i.e. femeninos.

Las sub-escalas del liderazgo Pasivo-evitador : Dirección por excepción pasiva y Laisser-faire, con relación a las variables: Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, la correlación es baja y negativa, no dando valores estadísticamente significativos en casi todos los valores de la sub-escala.

Así Dirección por Excepción Pasiva, es solo estadísticamente significa en m.i.e masculinos cuando correlaciona con Eficacia.. Por el contrario en la sub-escala, Laisser-

faire, se producen valores estadísticamente significativos en los tres factores de desempeño. Destacar que en esta correlación los m.i.e masculinos presentan valores más fuertes .

Como respuesta a este objetivo podemos afirmar que según la auto-percepción de los mandos intermedio de enfermería existen asociaciones fuertes, positivas y estadísticamente significativas en ambos géneros en el liderazgo transformacional y transaccional. No así en el liderazgo pasivo-evitador, en donde la correlación es moderada y negativa.

En cuanto al liderazgo pasivo-evitador y transformacional se da significación estadística. Sin embargo entre el liderazgo pasivo-evitador y transaccional solo existe significación estadística en mandos intermedios femeninos.

Con relación a la correlación entre los factores de desempeño, Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia en cuanto al liderazgo transformacional es fuerte y estadísticamente significativa. La correlación entre los tres factores de desempeño y el liderazgo transaccional en ambos géneros es media, y estadísticamente significativa. En cuanto al liderazgo pasivo-evitador y su correlación con los tres factores de desempeño, en ambos géneros es, negativa pero estadísticamente significativa, en la mayoría de las correlaciones

En cuanto al género de los mandos intermedios de enfermería y los estilos de liderazgo y su correlación con los factores de desempeño, podemos afirmar que se produce una correlación más fuerte en el liderazgo transformacional y el pasivo-evitador en mando intermedio masculinos. Sin embargo la correlación es más fuerte en mandos intermedios femeninos en el liderazgo transaccional.

Realizado un análisis con mayor profundidad, incidiendo en las sub-escalas que componen los estilos de liderazgo del cuestionario MLQ. Hemos podido diferenciar que en el liderazgo transformacional y su correlación con las tres variables de desempeño, los valores más fuertes se han dado en: Motivación inspiracional, siendo la variable que más correlaciona y mejor, seguida de Consideración Individualizada y Estimulación Intelectual.

En Motivación inspiracional y en Estimulación Intelectual las correlaciones más fuerte se dan en mandos intermedios masculinos, no así en Consideración Individualizada en donde las correlaciones más fuerte se da en mandos intermedios femeninos.

En cuanto al liderazgo transaccional, Recompensa contingenta, correlaciona más fuerte con, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, en mandos intermedios femeninos que en masculinos, no así en Dirección por excepción activa, que la correlaciona aunque moderada es más fuerte en mandos intermedios masculinos.

En el liderazgo Pasivo-evitador, la correlación con, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, es negativa y moderada, generando valores más altos en mandos intermedios masculinos.

Objetivo nº 6- Estudiar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo-evitador, auto-percibido por los mandos intermedios de enfermería y sus características socio-demográficas y organizacionales: (edad, estado civil, tener hijos, tipo de contrato, tiempo en la supervisión, motivo por el que ha optado a la supervisión y pertenecer o no a unidad de gestión clínica).

Mediante este objetivo se pretende examinar posibles diferencias en la percepción de los estilos de liderazgo adoptados por los mandos intermedios de enfermería, y su relación con sus características socio-demográficas y organizacionales

Para este fin, se ha utilizado una técnica que puede predecir valores de variables dependientes (o de respuesta) con base en una combinación ponderada de dos o más variables independientes (o predictivas).

Esta técnica permite establecer un coeficiente de correlación entre la variable dependiente - estilos de liderazgo y un conjunto de variables independientes: edad, estado civil, tener o no tener hijos, tipo de contrato, tiempo en la supervisión, motivo por el que ha optado a la supervisión y pertenecer o no a unidad de gestión clínica.

En este sexto objetivo se realiza un análisis bivalente mediante las pruebas paramétricas de "t-Student", "Pearson" y "ANOVA". Con esto se pretende conocer que

variables independientes son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Para analizar las variables independientes cualitativas se ha utilizado el tratamiento estadístico, de "t-de Student" (para variable independiente con dos categorías) y "ANOVA" (para variable independiente con tres o más categorías). Las variables cuantitativas independientes han sido analizadas, mediante el coeficiente de correlación de "Pearson".

6.a- Resultados del análisis bivalente de las variables socio-demográficas y organizacionales , con relación al liderazgo, Transformacional. Transaccional y Pasivo- Evitador.

6. a.1.-Edad y Estilos de Liderazgo

La variable "edad" correlacionada con los tres estilos de liderazgo y aplicado el estadístico de "Pearson" , nos da los siguientes valores:

Estilos de liderazgo	Edad	Correlación	p
L.Transformacional	-	.532**	.001
L.Transaccional	-	-.216**	.066
L. Pasivo-Evitador	-	-.297**	-.045

Tabla nº 48. Correlación de Pearson. Edad con estilos de liderazgo

Según los datos de la tabla (nº 48) , vemos que en el liderazgo transformacional ($p,001$) y en liderazgo pasivo-evitador ($p,045$) existe significación estadística al ser ($p > .05$), .No sucede lo mismo en el liderazgo transaccional en donde $p < ,05$ ($p,066$) no dando significación estadística.

Estos datos nos expresan que a mayor edad ($r = ,532$) se ejerce un liderazgo mas transformacional, sin embargo las personas de menor edad ($r = ,297$) ejercen el estilo de liderazgo pasivo-evitador.

1. b.- Tener o no tener hijos/as y estilos de liderazgo.

El resultado una vez aplicado, el test de Levene a la variable “tener o no tener hijos/as”, nos da valores que nos permite afirmar que se produce homogeneidad de varianzas en los tres estilos de liderazgo, (transformacional=0,515; transaccional=0,223 y pasivo-evitador=0,135) valores superiores a (0,05) .Requisito para realizar la prueba paramétrica de “t-de Student”,

Una vez aplicada esta prueba a las variable “tener o no tener hijos/ y los estilos de liderazgos”, se dan los siguientes resultados, Transformacional.= 0,322; Transaccional=0,389 y Pasivo-evitador. =0,195.

Al ser el valor de $p < 0,05$, tenemos que afirmar, que no existe significación estadística entre variables, (tener o no tener hijos/ y los estilos de liderazgos transformacional, transaccional y pasivo-evitador, en los mandos intermedios de enfermería).

1. c.- Pertenecer o no pertenecer a unidades de gestión clínica y estilos de liderazgo.

En cuanto a la variable “pertenecer o no pertenecer a unidades de gestión clínica”. Aplicado, el test de Levene se produce homogeneidad de varianzas en los tres estilos de liderazgo (Transformacional.=0,416; Transaccional.= 0,219 y Pasivo-evitador.=0,723) valores superiores a (0,05) .

Estos resultados nos permiten realizar el análisis estadístico de la, “t- de Student”, a la variable “pertenecer o no pertenecer a unidades de gestión clínica”.

En el liderazgo transaccional y pasivo-evitador se dan valores por encima de 0,05 no produciéndose significación estadística.

Sin embargo, en el liderazgo transformacional existe diferencia entre las medias,(3,97) que se corresponde con pertenecer a unidades de gestión clínica y (4,10), que expresan los/as que no pertenecer a unidades de gestión clínica. Produciéndose significación estadística ($p . 0.023$).

Estos datos nos permite afirmar que los mandos intermedios de enfermería que no pertenecen a unidades de gestión clínica son líderes más transformacionales, que quienes sí pertenecen a unidades de gestión clínica

1. d.-Tipo de contrato y estilos de liderazgo

Mediante el test del "ANOVA" la hipótesis nula que se pretende contrastar es que, no existe diferencias estadísticamente significativas entre la auto-percepción de los estilos de liderazgo: transformacional, transaccional y pasivo-evitador (variables dependientes), de los mandos intermedios y la (variable independiente) "tipo de contrato".

Estilo de liderazgo	Tipo de contrato	Media	D.Típica	Sig.	Tiempo de supervisor/a		Sig.
Transformacional	-	-	-	.123	-	-	-
Transaccional	-	-	-	.435	-	-	-
Pasivo-evitador	Fijo	1.4366	.43200	.016	Fijo	Eventual	.015
	Eventual	1.8500	.82454	-	Eventual	Fijo	.015

Tabla nº 49. Tipos de contratos y estilos de liderazgo

Según los datos representados en la tabla (nº 49) se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de liderazgo transformacional y transaccional con relación a la variable "tipo de contrato".

Sin embargo en cuanto al liderazgo pasivo-evitador encontramos diferencias de medias. Datos que nos obliga a realizar un análisis, Post Hoc. En este análisis aparecen diferencias de medias entre el personal (fijo=1,43) y el personal eventual (=1,85). Y Aplicando el estadístico de HSD de Tukey, en los subgrupos para ver la homogeneidad, el liderazgo pasivo evitador nos da un valor de (1,85), explicado (1,00).

Estos valores nos indican que existe diferencias estadísticamente significativas en el estilo de liderazgo pasivo-evitador entre el personal fijo y eventual (p., 015). Pudiendo afirmar que los mandos intermedios de enfermería fijos/as son menos pasivos-evitadores que los eventuales.

1. e.- Estado civil y estilos de liderazgo

Aplicamos el test de "ANOVA" con el fin de contrastar la hipótesis nula, que es, que no existe diferencias estadísticamente significativas entre la auto-percepción de los estilos de liderazgo: transformacional, transaccional y pasivo-evitador (variables dependientes), de los mandos intermedios de enfermería con relación a la (variable independiente) "estado civil".

Estilo de liderazgo	Estado civil	Media	D.Típica	Sig.	Tiempo de supervisor/a		Sig.
Transformacional	Soltero/a	4.0370	.40708	.027	Soltero/a	Separado/a	.039
	Casado/a	4.0228	.40826	-	Casado/a-	Soltero/a	.018
Transaccional	-	-	-	.236	-	-	-
Pasivo-evitador	-	-	-	105	-	-	-

Tabla nº 50 Estado civil y estilos de liderazgo

Con los resultados presentados en la tabla (nº 50) se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de liderazgo transaccional y el pasivo-evitador con relación al variable "estado civil".

Sin embargo en cuanto al liderazgo transformacional si encontramos diferencias estadísticamente significativas lo que lleva a rechazar la hipótesis nula y a realizar un análisis, Post Hoc. Este análisis nos proporciona diferencias de medias entre el personal soltero/a (4,03) y el personal separad (3,72).Y entre el personal Casado/a (4,02) y separados (3,72). Estos valores nos dicen que existe significación estadística en el estilo de liderazgo transformacional entre los mandos intermedios de enfermería, Soltero/a

y Separado/a (p. ,039). Y entre los mandos intermedios de enfermería, Casado/a y Separado/a (p. ,018)

Con estos datos podemos afirmar, que los mandos intermedios de enfermería, soltero/a y casado/a, son líderes más transformacionales que los separados/as.

1. f.-Tiempo en el servicio actual y estilos de liderazgo

Para analizar la “variable tiempo en el servicio actual”, se ha aplicado el estadístico ANOVA, que nos da los siguientes resultados

Estilo de liderazgo	Tiempo en el servicio actual (años)	Media	D.Típica	Sig.	Tiempo de supervisor/a (años)	Sig.
Transformacional	< 1	3,5643	,66252	,043	<1	1 - 5 ,035
	> 20	4,0500	,35940		<1	> 20 ,025
Transaccional				,062		
Pasivo-evitador				,073		

Tabla nº 51. Tiempo en el servicio actual y estilos de liderazgo.

Con los resultados presentados en la tabla (nº 51), se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el estilo de liderazgo transaccional y el pasivo-evitador de los mandos intermedios de enfermería y la variable “tiempo en el servicio”.

Sin embargo en el liderazgo transformacional, si tenemos en cuenta las medias: entre (1 a 5 años =4,02) y (más de 20 años=4,05), observamos que son medias más altas que las que da la variable, (menos de un año= 3,56).

Estos valores expresan que existe significación estadística, entre las variables, menos de un año con relación, a, de 1 a 5 años, (p., 035). Y entre la variables menos de un año y más de 20 años (p., 025).

Así pues podemos afirmar que los mandos intermedios con menor tiempo en el servicio, son menos transformacionales, que los que permanecen más tiempo en él

1. g.-Tiempo de supervisor/a en el servicio y estilos de liderazgo

Analizada la “variable tiempo de supervisor/a en el servicio” y una vez aplicado, el estadístico ANOVA nos da los siguientes resultados

Estilo de liderazgo	Tiempo de supervisor/a	Media	D.Típica	Sig.	Tiempo de supervisor/a (años)	Sig.
Transformacional	(- 1año)	3.6821	.51650	.051	< 1	1 - 5 .036
					< 1	11 - 25 .024
Transaccional	(- 1año)	3.5536	.51589	.032	< 1	6 - 10 .025
Pasivo-evitador				.071	< 1	6 - 10 .033

Tabla nº 52. Tiempo de supervisor/a en el servicio y estilos de liderazgo

Si tenemos en cuenta los resultados de la tabla (nº 52) , observamos que en el liderazgo transformacional, se dan medias más altas entre: de 1 a 5 años (=4,00); de 11 a 20 años (=4,05) y más de 20 años (=4,02), que en la variable menos de un año (=3,68).

Con estos valores podemos afirmar que existe significación estadística, entre las variables, menos de un año con relación, a, de 1 a 5 años,(p,.036). Y entre menos de un año y de 11 a 20 años, (p,.024).

Estos datos nos permiten afirmar, que cuanto más tiempo se lleva ejerciendo la supervisión, los mandos intermedios de enfermería son más transformacionales

En cuanto al liderazgo transaccional, la media más alta se da en la variable de 6 a 10 años (=4,07) y el valor más bajo, se da en la variables menos de un año (=3,55).

Con estos valores podemos afirmar que existe significación estadística, entre las variables, menos de un año con relación, a, de 6 a 10 años, (p,.025).

Estos datos nos permiten afirmar, el líder mando intermedio de enfermería, es menos transaccional, cuando lleva menos tiempo en el cargo y que pasado un periodo de cinco años se vuelve más transaccional

En cuanto al liderazgo pasivo-evitador, la media más alta se da en menos de un año (=1,78) y la más baja en de 6 a 10 años (=1,39).Produciendose significación estadística, entre las variables, menos de un año con relación, a, de 6 a 10 años, (p., 033).

Estos datos nos permiten afirmar, que el líder mando intermedio de enfermería, es más pasivo-evitador, cuando lleva menos tiempo en el cargo y que pasado un periodo de seis años se vuelve menos pasivo-evitador

1. h.- Motivo por el que se ha presentado a la supervision y estilos de liderazgo

En cuanto a la variable “motivo por el que se ha presentado a la supervisión”, aplicado el estadístico ANOVA los resultados son los siguientes

Estilo de liderazgo	Motivo ser supervisor/a	Media	D.Típica	Sig.	Tiempo de supervisor/a (años)		Sig.
Transformacional	D.P	3.8798	,45240	,000	D.P.	G.D	,000
	G.D.	5.0536	2.69244		G.D.	D.P.	,000
						R.F.	,000
						P.D.	,000
	R.F.	3.9890	,44950		R.F.	G.D.	,000
	P.D.	3.9807	,46886		P.D	G.D.	,000
Transaccional				,783			
Pasivo-evitador				,653			

Tabla n° 53. Motivo por el que se ha presentado a la supervisión y estilos de liderazgo

Si tenemos en cuenta los resultados de la tabla (nº 53), observamos, que no existe significación estadística en el liderazgo transformacional y pasivo-evitador, en cuanto a la variable, “motivo por el que se ha presentado a la supervisión”.

Sin embargo en el liderazgo transaccional, la media más alta se da en ganar más dinero (=5,05), dando una significación estadística de (p ., 000). Con estos datos podemos afirmar que cuando el mando intermedio de enfermería, desarrolla un liderazgo transaccional, valora por encima de las otras variables de esta pregunta, ganar más dinero.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Es obvio que la relación entre el desarrollo de las estrategias sanitarias y el liderazgo de los trabajadores de salud es compleja y requiere que se reconozca la importancia de los factores individuales, organizativos y sociales que influyen en la predisposición y actitud de los profesionales que trabajan en este medio.

El liderazgo es un constructo muy utilizado y aplicado al funcionamiento de las organizaciones, sin embargo esta más acotado cuando consultamos estudios sobre liderazgo, en el contexto de las organizaciones hospitalarias y más aun cuando nos referimos a profesionales de enfermería. Aunque consultado Medlaine (Pub Med) sobre liderazgo en el ámbito sanitario, vemos que a diario aparecen nuevas investigaciones. De ahí que llegados a este punto de la tesis observamos lo oportuno de haber afrontado este tema, pues nos permite contrastar los resultados obtenido por otros investigadores que también han afrontado, el tema central de este estudio.

Al ser un estudio multi-céntrico (en donde está representado dieciocho hospitales de la red pública de Andalucía, que cuenta con 29 centros hospitalarios y que representan el 62% de la muestra) , podemos destacar en primer lugar, que es una investigación inédita, en segundo lugar que se ha tenido en cuenta que estén representados todos los niveles de atención especializada (I.II y III) y en tercer lugar, que la muestra de los mandos intermedios de enfermería, que han participado en la investigación, es muy representativa, al ser de un 67,5%. Esto nos permite deducir, que

a pesar de la heterogeneidad de la muestra, (por el número de centros incluidos en el estudio), se observa, que el interés mostrados por los profesionales de enfermería ha sido grande, si tenemos en cuenta el numero de los participantes.

La utilización de un método cuantitativo para conocer el estilo de liderazgo ejercido por los mandos intermedios de enfermería, ha permitido realizar una investigación holística. Además el aplicar, en este estudio, los constructos, liderazgo, enfermería y género, conforme a la tipología de Denzin (1970), ha posibilitado la realización de, triangulación de teorías, que sirve para confirmar o negar diferentes proposiciones teóricas. Obviamente, tiene en cuenta un mayor número de interpretaciones.

Es importante destacar que este tipo de triangulación contempla proposiciones que contradicen los sistemas teóricos imperantes. De esta manera las explicaciones alternativas son tenidas en cuenta desde el inicio.(Rodriguez 2005) y ,triangulación de datos. cuyo objetivo es verificar las tendencias detectadas en determinados grupo observados.

Desde un punto de vista general puede decirse que la triangulación de fuentes de datos permite utilizar el mismo método para obtener la máxima ventaja teórica. Al verificar una determinada teoría de distintas formas, se reduce el sesgo de los investigadores y se facilita el descubrimiento de hipótesis alternativas, (Rodríguez 2005). Ambas triangulaciones, son muy utilizadas en las ciencias sociales. (Oppermann 2000).

1.1 Identificar si existen diferencias en los cargos intermedios de enfermería, según genero, desde la base de su auto-percepciones, con relación a los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo-evitador.

Los resultados de esta investigación, de forma global, en cuanto a la auto-evaluación del estilo de liderazgo, entre generos, indican una prevalencia mayor del estilo de liderazgo transaccional, seguido por el estilo transformacional y por último del estilo pasivo-evitador. Datos similares aportan los autores, (Densten, 1999; Álvarez, 2005) Estos resultados nos presentan lideres que ejercen conductas de liderazgo mayoritariamente activas y Transformacionales, utilizando estilos pasivos en menor medida. Autores como Antonakis y colaboradores (2003) señalan en esta línea que en contextos de alto riesgo

En cuanto a los promedios son destacable, los factores asociados al liderazgo transaccional al sobrepasar los cuatro puntos ($M=4.22$), mientras que los asociados al liderazgo transformacional se encuentra en los tres puntos ($M=3.97$) y sin embargo el liderazgo, pasivo-evitador está en menos de dos puntos ($M=1.70$).

Estos datos están en la misma línea, que los estudios realizados por Bass (1990) y confirmado también en estudios realizados en nuestro país (Molero, 1994; López-Zafra y Morales, 1995). Pues en efecto, todos los directivos, con independencia de su sexo se otorgan altas puntuaciones en los factores deseables socialmente (liderazgo transformacional y transaccional) y bajas puntuaciones en el menos deseable socialmente (pasivo-evitador).

En nuestro estudio, efectuada, la disgregación por estilos de liderazgo entre géneros. Los m.i.e. femeninos se manifiestan más transformacionales ($M=4.03$) que los m.i.e. masculino ($M=3.91$), aunque la diferencias son mínimas. Apreciación que también han concluido otros autores, (López-Zafra y Morales 1995) ;Bass & Avolio 1994; Bass y col 1996; Carless 1998; Bass, 1998; Eagly y Johannesen-Schmidt 2001) En esta misma línea encontramos los resultados del meta-análisis realizado por (Eagly et al. 2003), según el cual el líder femenino adopta predominantemente estilo de liderazgo transformacional con relación al masculino. (Cuadrado 2003) dice que existe una tendencia en las mujeres a autoevaluarse como más transformacionales que los hombres. (Moncayo 2013), también afirma que las mujeres tienen características de liderazgo transformacional y los hombres de liderazgo transaccional.

Para algunos autores, este tipo de actuación de las mujeres, es atribuido a la influencia de los estilos y roles prototípicos asociados al género femenino, supuestamente más afectivas y acogedoras, asociadas a un estilo de liderazgo participativo y menos autoritario que los hombres, (Eagly et al., 2003; van Engen y Willemsen, 2004; Kark 2004).

Según, (Burns, 1978) citado en (Eagly et al., 2001), el líder femenino asume las relaciones de intercambio con sus subordinados/as, pero favorece que sus subordinados/as asuman responsabilidades, por tal motivo, influye sobre la influencia idealizada-conducta y la estimulación intelectual, a través de una supervisión en donde

las medidas correctoras no se ponen en las recompensas o gratificación, cuando se consiguen los objetivos sino en medidas transformacionales.

Comenta (Cuadrado 2003) que otro concepto a tener en cuenta entre hombres y mujeres líderes es el tema de los estereotipos, pues existe una tendencia a considerar a los hombres más “autocráticos” y “orientados a la tarea”, por su relación con componentes de la dimensión “instrumental” de los estereotipos de género (agresivos, emprendedores, independientes, autosuficientes, dominantes, competentes, racionales, etcétera).

En contraste, a las mujeres que se les considerará más “*democráticas*” y “*orientadas a las relaciones*”, ya que la dimensión “*comunal*” de los estereotipos de género se caracteriza por aspectos como mostrar interés por los demás, ser generosas, sensibles, comprensivas, cariñosas o compasivas, entre otros.

Dos estudios realizados por (Cann y Siegfried 1990) ofrecen apoyo empírico a esta correspondencia existente entre los estereotipos de género y los estilos de liderazgo.

Destacar también en esta investigación, que está en sintonía con la investigación de Druskat (1994), es que el liderazgo transformacional al ser un estilo de liderazgo más femenino, emerge con mayor facilidad en las organizaciones típicamente femeninas, circunstancia que se cumple, en este estudio, pues la profesión enfermera presenta índices elevados de mujeres.

En este estudio en cuanto a la auto-evolución de hombres y mujeres con relación al liderazgo transaccional, se han producido medias muy parecidas. Conclusión a la que también han llegado otros investigadores, (Komives, 1991; Maher, 1997; López-Zafra y Del Olmo 1999; Maher; Van Engen, Van derLeeden y Willemsen, 2001).

En el liderazgo pasivo-evitador, los hombres se auto-evaluación más altos que las mujeres, produciéndose en nuestra investigación significación estadística (Hombres=1.56; Mujeres= 1.41 p, 009). Datos que también ha conseguido (Bass 1998), quien dice que las mujeres tienden a realizar menos conductas de liderazgo pasivo que los hombres.

1.2- Comprobar si existe diferencias, según la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería, con relación a los factores de desempeño del liderazgo ,Esfuerzo- Extra, Satisfacción y Eficacia, según el genero del mando intermedio de enfermería

En este apartado se discuten los hallazgos sobre los factores de desempeño de esfuerzo extra, satisfacción y eficacia, según el genero del mando intermedio

Los resultados obtenidos señalan que la Eficacia percibida del líder es el valor calificado más alto (H= 3.9; M=4.0), seguida de la Satisfacción del líder (H=3.8;M=3.9), siendo el último el factor el Esfuerzo-Extra. (H=3.7; M=3.8). Comparando estos resultados con los que establecieron (Bass y Avolio, 1990), podemos afirmar que los mandos intermedios de enfermería se perciben como muy eficaces en su labor diaria , están menos satisfechos con el estilo de liderazgo que ejercen sobre sus subordinados y realizan conductas de esfuerzo más allá de lo esperable en menor medida de lo que reclaman los subordinados.

De acuerdo con los datos y en una escala de 1 a 5,(valores utilizados en esta investigación) o lo que es lo mismo, una escala entre " nunca" y "siempre", la media de las respuestas para el Esfuerzo Extra oscila entre m.i.e. masculinos=3.78 y en m.i.e femeninos=3.85, con estos valores aunque no hay significación estadística entre hombres y mujeres, se puede afirmar que según la auto-percepción de los lideres femeninos, estas logran más frecuentemente motivar a sus seguidores/as y a esforzarse más. Sin embargo en la variables Satisfacción (p, 0.02) y eficacia (p, 0.01) si se produce significación estadística entre géneros. Auto-punteándose los m.i.e femeninos más alto que los m.i.e masculinos. En esta misma línea, encontramos los trabajos realizados por (Bass, 1985; Lowe et al., 1996; Morreal, 2002, 2003). A esta misma conclusión han llegado, (Molina, Samper y Mayoral 2013) que se encargaron de analizar las investigaciones hechas en los noventas por Bass y Avolio, que afirmaban lo mismo.

Sin embargo (Ruiz 2016) en un estudio reciente, realizado a 33 mandos intermedios de una empresa industrial. Se observa que es diferente la auto-percepción en cuanto a las medias, entre hombres y mujeres, en las tres variables de resultado , Esfuerzo-Extra, H=3.52; M=3.12 Satisfacción H= 3.37; M= 2.83, y Efectividad, H= 3.52;

M= 3.12. Pues quien se auto-puntuan más alto en las variables de resultado, son los hombres.

Esta divergencia de opinión refleja que la relación existente entre los estilos de liderazgo, factores de desempeño y género según la auto-evaluación de los líderes seguirá siendo objeto de estudio, incluso desde disciplinas, muy diversas (científicos sociales, consultores de dirección y otros investigadores) que han podido basar sus conclusiones en datos muy diferentes. Pues sin duda, existe una falta de acuerdo entre los distintos investigadores que refleja que, dependiendo del enfoque que adoptemos en el estudio de las relaciones entre el liderazgo y el género, podemos llegar a conclusiones diferentes

1.3.-Conocer si existe diferencias significativas en el estilo de liderazgo ejercidos por los mandos intermedios de enfermería en función del género, en opinión de los subordinados.

En este tercer objetivo, observamos que el personal subordinado (enfermeros/as). Expresan que los m.i.e. masculinos ejercen un liderazgo más transformacional que lo m.i.e femeninos (H=3.73; M=3.57) dando un valor estadísticamente significativo (p=.026).

Tres hechos a destacar para la discusión con relación a los datos anteriores, propios de esta investigación. Primero que están en contradicción con los resultados obtenidos en otros investigadores ,(Rosener 1990, Druskat 1994, Bass y colaboradores 1994, Eagly y JohannesenSchimdt 2001, Ramos, Sarrió, Barberá y Candela 2002), que centran entre los aspectos más destacables del perfil de la mujer, un mayor énfasis en las relaciones interpersonales, búsqueda de un clima adecuado, toma decisiones conjuntamente, entre otros (Caceres, Sachicola e Hinojo, 2015), además de considerar el liderazgo como un recurso para solucionar problemas y no para ejercer autoridad (Fennell, 2008); mientras que el hombre, por su fuerza física, se ha prestado más a características como agresividad, razón, impulsividad, entre otros, centrando su estrategia de liderazgo en el ejercicio de la autoridad y en la imposición del cargo que ocupan; otorgando, de acuerdo al caso, méritos, distinciones y castigos, según el rendimiento (Thompson, 2000). Con toda esta argumentación estos autores, afirman que las mujeres son catalogadas como mas transformacionales que los hombres. En

segundo lugar las apreciaciones efectuadas por (Rosener 1990, Druskat 1994), que destacaron, la importancia del contexto en la adopción del liderazgo transformacional por parte de las mujeres, señalando que si la organización es "*tradicional*" (burocrática, rígida, marcadamente masculina), las diferencias de género se enmascaran, pues las mujeres se adaptan a las normas y expectativas masculinas dominantes en este tipo de organizaciones. Por el contrario, en organizaciones según la investigación realizada por (Cuadrado y Molero, 2002). "*no tradicionales*" las mujeres son libres de exhibir su "*verdadero estilo de liderazgo*" (p.42).

Pero en esta investigación nos encontramos con un contexto "*no tradicional*" y una profesión marcadamente femenina, y sin embargo los subordinados/as califican a sus líderes masculinos mas transformacionales y un tercer hecho a destacar, es que cuando los mandos intermedios de enfermería masculinos son calificados de mas transformacionales, varia la apreciación de algunos investigadores que asocian, transformacional a mujer y a mayor capacidad de relación.

Así los líderes que eran evaluados como transformacionales eran los que utilizaban estilos de logro relacionales. En el trabajo realizado por, (Komives 1991), conceptualiza, los estilos de logro como las conductas que muestra un líder en el proceso de alcanzar las metas personales o del grupo, capacidad que se venía aplicando a las mujeres, pero en esta investigación se deduce que es asumido por los hombres según opinión de sus subordinados/as. En nuestro país López-Zafra y Del Olmo (1999), con relación a la ultima apreciación expresada, afina mas, cuando dicen, que existe una relación entre el liderazgo y el estereotipo femenino: hay una tendencia en los líderes etiquetados como transformacionales a obtener puntuaciones superiores en factores "*relacionados con los demás*" (comunales) que en los "*relacionados con la tarea*" (agentes). "(Cuadrado y Molero, p.43 (2002).

Otros de los datos a mencionar en la discusión de este tercer objetivo, es que según los subordinados/as, los mandos intermedios de enfermería masculinos, (según las medias H=3.78; M=361) ejercen en mayor medida un liderazgo transaccional, dando un valor estadísticamente significativo ($p=.023$). Numerosos estudios corroboran esta valoración, (Rosener, 1990; Druskat, 1994; Bass y Avolio, 1994; Bass y cols., 1996; Bass, 1998.). En este sentido, los estereotipos de género parecen jugar un papel importante

en la percepción que se tiene sobre los hombres y mujeres del liderazgo (Maher, 1997; López-Zafrá y Del Olmo, 1999). Pues ven a los hombres realizando un estilo de liderazgo en términos de transacciones o intercambios con sus subordinados/as (liderazgo transaccional).

En cuanto al liderazgo Pasivo-Evitador, nos encontramos con un dato novedoso en esta investigación, aunque en cierto modo comprensible, pues si se ha justificado desde el inicio la idea, de quienes calificaba a la mujer más transformacional que a los hombres, hasta cierto punto se puede deducir que los subordinados/as, enfermeros/as, opinen que los m.i.e femeninos son más Pasivos-Evitadores que los masculinos ($M=1.94; H=1.85$), aunque no existe significación estadística. Este planteamiento viene a contradecir, los resultados de cuatro investigaciones diferentes realizadas con líderes de distinto nivel y en distintos tipos de organizaciones, obtenidos a partir de las evaluaciones de los subordinados (hombres y mujeres), quienes confirman que, en general, se considera que las mujeres realizan de forma más frecuente que los hombres conductas de liderazgo transformacional y menos conductas de liderazgo pasivo-evitador (Bass, 1998; Cuadrado y Molero, 2002)

Este efecto de deseabilidad social (o el uso real de conductas positivas) es mayor en los hombres, a quienes sus subordinados/as otorgan puntuaciones más elevadas que a las mujeres en todos los estilos de liderazgo (transformacional, transaccional y pasivo-evitador). De esta manera según los datos de esta investigación, los mandos intermedios de enfermería masculinos, salen más reforzados que las mujeres mandos intermedios de enfermería..

1.4.- Examinar si existen diferencias significativas en los factores de desempeño, Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia, entre los mandos intermedios de enfermería según género en opinión de los subordinados/as personal de base de enfermería, masculinos y femeninos.

Esta investigación, en el objetivo cuarto, refleja medias similares en ambos géneros, con relación a la opinión del subordinado personal de enfermería masculino en cuanto a las variables de desempeño. Sin embargo la subordinada personal de enfermería mujer, si que expresan diferencias en las medias entre hombres y mujeres,

produciéndose incluso significación estadística en las variables de desempeño.,Esfuerzo Extra,H=10.8;M=10.17(p=,025);Satisfacción,H=7.42,M=6.95(p=,022);;Eficacia,H=15.7,M=14.5(p=,001)

Esto significa que los líderes masculinos mandos intermedios de enfermería según las subordinadas mujeres, son considerados, más eficaces, generan más niveles de satisfacción en sus subordinadas y estas, están dispuestas a hacer más esfuerzos extras si se lo solicitan sus mandos intermedios de enfermería masculinos.

Los resultados obtenidos señalan la Eficacia percibida del líder como valor más alto de los tres, seguido de la Satisfacción con el liderazgo, siendo el último el factor de Esfuerzo Extra. Destacar que estas apreciaciones van en la línea del estudio realizado por (Álvarez 2005).

Sin embargo el resultado de nuestra investigación, no es lo que se ha conseguido en otros trabajos. Pues existen estudios que demuestran la tendencia, en general a puntuar a las mujeres líderes de forma mas favorablemente en las variables de desempeño, que a los hombres,(Deal & Stevenson 1998; Eagly, Makhijani & Klonsky 1992) porque los evaluadores hombres tienden a evaluar a los líderes masculinos superiormente, en comparación con las evaluadoras mujeres. Esta tendencia es aún más pronunciada cuando el liderazgo es evaluado por los hombres, en un contexto estereotípicamente masculino,(Eagly, Karau & Makhijani 1995).

Los conceptos expuestos con anterioridad son reforzados mediante una investigación realizada por, (Bass y Avolio 1994), a 582 hombres y 219 mujeres que evaluaron mediante el MLQ a sus respectivos líderes (150 hombres y 79 mujeres), que ocupaban posiciones de diferente nivel en seis grandes compañías norteamericanas. Los resultados revelaron que, según las evaluaciones de sus subordinados, las mujeres mostraban en mayor medida que los hombres las conductas que hace referencia a las expectativas o estereotipos que los subordinados mantienen hacia las mujeres que ocupan posiciones de liderazgo. Según este argumento, las mejores evaluaciones que reciben las mujeres líderes se deben a que sus subordinados esperaban un desempeño peor al presentado. Como consecuencia, las mujeres líderes obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a los hombres en las escalas de esfuerzo extra, satisfacción

y eficacia. Además los autores Bass y Avolio, intentaban justificar esas calificaciones, al señalar que las mujeres perciben el mundo como una “red de conexiones” y los hombres como un “orden social jerárquico” Estos datos están en contradicción con nuestra investigación.

Son pocos los estudios que han obtenido, resultados similares a nuestra investigación. Encontramos los resultados de un meta-análisis, realizado por (Eagly et al. 1995), estos autores indican que en contextos militares, se dan estos resultados. Según estos autores “resulta de un tipo de organización, en particular los militares, difieren de los resultados de otro aparecidos en otras organizaciones. Sólo en las organizaciones militares se producen resultados que significativamente favorecer a los hombres líderes” (p.138). La justificación, se asocia a que cuando el líder es más transformacional, las variables de desempeño alcanzan valores más altos y en esta investigación es en los hombres en donde se produce esta correlación.

En términos prácticos, esto permite reforzar la idea de que una conducta (Avolio y Bass, 1990).

Una apreciación a destacar, en cuanto a los resultados obtenidos y la literatura, podía ser que en organizaciones autoritarias, los hombres califiquen menos eficaces a las mujeres ante una posible amenaza de intrusismo en los campos de dirección.

Con toda esta argumentación, en nuestro caso surge una pregunta y es que nos encontramos ante una organización no autoritaria, el mayor número de participantes son mujeres y sin embargo califican más alto a los hombres en esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia. Estos nos hace pensar que existen variables asociadas que hacen cambiar los resultados encontrados en la mayoría de las investigaciones.

1.5.- Determinar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, Transformacional, Transaccional y Pasivo-Evitador percibido por los mandos intermedios de enfermería, masculinos y femeninos con relación a los factores de desempeño ,Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia.

En cuanto a la relación entre estilos de liderazgo y las variables de desempeño, en primer lugar se ha comprobado en este objetivo, si se produce el patrón

jerárquico propuesto por la teoría de (Bass y Avolio 1990), que afirma que el liderazgo transformacional se relaciona más y mejor con los indicadores de desempeño, esfuerzo extra, satisfacción y de eficacia, que lo que se relaciona el transaccional, (Eagly & Johannesen-Schmidt 2001) y que el estilo pasivo-evitador se relaciona negativamente con estos indicadores, lo que indica que a mayor presencia de pasivo-evitador menor posibilidad de que el seguidor implemente un esfuerzo extra o perciba eficacia en el líder.

Estos resultados se confirman en nuestra investigación, pues en el liderazgo transformacional ($>0,60$) la correlación es más fuerte y positiva que en el transaccional ($>0,50$) y en cuanto al liderazgo pasivo- evitador la correlación es negativa.

Con estos datos se puede afirmar que se produce un efecto aumentativo, en las variables de desempeño, cuando se utiliza el liderazgo transformacional, en detrimento del liderazgo transaccional y como consecuencia en beneficio de la organización. Todo esto supone que implementar comportamientos transformacionales en los mandos intermedios de enfermería puede producir un aumento en el esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia en los subordinados/as (personal de enfermería).

. Otra cuestión a resaltar, en función de los objetivos perseguidos en nuestra investigación, es que existen diferencias de correlaciones entre el liderazgo transformacional, esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia en función del género de los mandos intermedios de enfermería. Así, mientras que para los m.i.e. femeninos el liderazgo transformacional está muy asociado con la eficacia percibida, (produciéndose correlación significativa $p < 05$) es inferior en cuanto al esfuerzo-extra y la satisfacción con relación al género masculino. (Siendo las correlaciones significativas $p < 05$). A esta conclusión también han llegado (Cuadrado y Molero 2002).

Estos datos reflejan que los mandos intermedios femeninos, ejercen su labor de supervisión orientado hacia la efectividad. Sin embargo los mandos intermedios de enfermería masculinos, cuando correlacionan el liderazgo transformacional con el esfuerzo-extra, están interesados en desarrollar la capacidad de resolución de problemas y la actualización de su personal para un mejor desempeño organizacional, (Avolio et al., 2004). Posibilitando un perfil de actuaciones que se orientan a la satisfacción de sus

subordinados, con la finalidad de alcanzar los objetivos y estrategias establecidas (Bass 1999; Ismail et al., 2010)

Concretando mas y efectuado el análisis, de los cinco factores del liderazgo transformacional : (Influencia Idealizada Atribuida, Influencia Idealizada Conducta, Motivación inspiracional, Estimulación Intelectual, Consideración Individualizada),(Avolio et al., 1999);Bass & Avolio, 1999; Ismail et al., 2010). Que en nuestra investigación muestran una buena correlación con las tres variables de desempeño, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia. Y que dan valores estadísticamente significativas cuando se correlacionan, con sus sub-escalas. Destaca que motivación inspiracional con Esfuerzo Extra en hombres da una correlación fuerte $>0,60$. Esto supone según (Bass 1990) mayor nivel de optimismo y cooperación de los seguidores, así como, altos niveles de actividad, fuerte autoconfianza, pasión por la misión y mensajes positivos para alcanzar metas alcanzables.

La estimulación intelectual también presenta correlaciones mas altas en hombres que en mujeres, Estos resultados son congruentes con lo reportados por, (Burns 1978; Bass 1985; Mendoza y Ortiz 2006 y González 2011), coincidiendo en sus aportes teóricos con la importancia que reviste en el desarrollo de un liderazgo eficaz, la competencia relacionada con la estimulación intelectual que debe poseer todo líder en su desempeño laboral. Con la finalidad de promover la inteligencia, la racionalidad y la solución cuidadosa de los problemas de forma diferente, favoreciendo nuevos enfoques para viejos problemas. Estimulando así, la actuación de sus seguidores para generar nuevas ideas, desarrollar la creatividad y la innovación en su desempeño.

En cuanto al liderazgo transaccional y sus sub-escalas:Recompensa Contingente y Dirección por Excepción Activa y su correlación con las variables, Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, es moderada, y estadísticamente significativa. Destacar que en la Recompensa Contingente, los mandos intermedios de enfermería femeninos, obtienen correlaciones superiores m.i.e. masculinos. El hecho de que las mujeres obtengan una media más alta en este factor contradice los resultados de algunos estudios (Druskat, 1994), pero concuerda con los de otros, (Bass y Avolio, 1994; Bass y cols., 1996; Bass, 1998).

En este aspecto los mandos intermedios de enfermería femeninos, son líderes

transaccionales que vinculan el objetivo a las recompensas.(materiales o no materiales), entregadas por ellas, a un subordinado/as al haber alcanzado las metas o estándares de desempeño previamente acordados. Las metas deben representar pasos pequeños, aumentando poco a poco su progreso, y la retroalimentación positiva debe entregarse tan cerca del tiempo en que las metas son alcanzadas como sea posible, sin esperar el logro total de las metas a largo plazo (Bass, 1985, 1990).

La eficacia de la Recompensa Contingente ha sido apoyada por diversos experimentos y estudios de campo (en Bass, 1985, 1990). Por ejemplo,(Hunt y Schuler 1975), encontraron que promovía la efectividad mejorando el desempeño. Para (Szilagyi, Sims, & Keller, 1976), además de estos efectos, mejora las expectativas de los subordinados, y aumenta su satisfacción con el trabajo (Sims, 1977,).

La consideración de todos estos aspectos sugiere, nuevos acercamientos a estas correlaciones, con el fin de conocer el comportamiento de todas las variables en diferentes contextos y organizaciones.

1.6.- Estudiar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo-evitar, percibido por los mandos intermedios de enfermería y sus características socio-demográficas y organizacionales: (edad, estado civil, tener hijos, tipo de contrato, tiempo en la supervisión, motivo por el que ha optado a la supervisión, pertenecer o no a unidad de gestión clínica).

Con el fin de examinar las posibles diferencias entre estilos de liderazgo y las variables socio-demográficas y organizacionales empleadas en este estudio se realizaron diversos análisis, mediante el tratamiento estadístico de, "t" de Student; Anova y correlación de Pearson .

Los resultados de esta investigación, demuestran que existen diferencias estadísticas significativas entre los estilos de liderazgo de alcance pleno con relación a las siguientes variable: edad, en cuanto al liderazgo transformacional y pasivo-evitador. Estos datos nos permiten afirmar que a mayor edad se ejerce el estilo de liderazgo transformacional, sin embargo las personas de menor edad, ejercen el liderazgo pasivo-evitador. Consultada la literatura, hemos podido confirmar que los expertos

no se ponen de acuerdo respecto si la edad, influye en el liderazgo. Así tenemos, por un lado a (Erikson, F. 1971) que defendió la teoría de la generatividad que plantea que conforme avanza la edad de la persona esta se vuelve más generativa, es decir, asumen trabajos en bien de la sociedad buscando influir positivamente en futuras generaciones. Esto nos llevaría a concluir que los niveles de responsabilidad social de los directivos, especialmente aquellos que se encuentran en la etapa de madurez (entre los 40 a 60 años) podrían ser líderes que tienen la capacidad de liderar grupos humanos dedicados a preparar a jóvenes para una vida más sana y plena. Sin embargo, (Serpa 1990) afirma que los directores jóvenes tienen mayor apertura a los cambios y a asumir las nuevas estrategias e instrumentos que tienen la posibilidad de ayudar a mejorar los aprendizajes de los estudiantes. Es esta una línea de trabajo como podemos ver abierta y que permite incorporar nuevas investigaciones.

Pertenecer o no a unidades de gestión clínica, (esta variable es específica del ámbito sanitario). Cuando hemos realizado su análisis observamos que se produce significación estadística en el liderazgo transformacional, pudiendo afirmarse que los mandos intermedios de enfermería que no pertenecen a unidades de gestión clínica presentan medias más altas en el liderazgo transformacional, que los/as que no pertenecen.

Si tenemos en cuenta que el liderazgo transformacional es el que intenta estimular a sus seguidores de forma carismática, evitando recompensas, podemos hacernos varias preguntas, como dice (Gil 2016) habría que volver a los orígenes y preguntarnos de nuevo ¿para qué sirve o puede servir las Unidades de Gestión Clínica? ¿Sirven para algo más que para introducir en la práctica clínica objetivos de contención del gasto, repartir la productividad variable, facilitar una organización de los hospitales que supere la tradicional? Pues si se mantienen su instauración, más bien se tiende a un liderazgo transaccional de objetivos y recompensas, hecho que va en contra de los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Tipo de contrato y estilo de liderazgo, mediante el test del ANOVA la hipótesis nula que se pretende contrastar es la siguiente, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la auto-percepción de los estilos de liderazgo: transformacional, transaccional y pasivo-evitador (variables dependientes), de los mandos intermedios

con relación a la (variable independiente) tipo de contrato. Podemos afirmar que las medias y las varianzas en las variables, personal fijo e interino son más altas en el liderazgo transformacional y transaccional, que en el personal eventual. Sin embargo los eventuales puntúan más alto que el personal fijo en el liderazgo pasivo- evitador ($p=,015$) dando significación estadística, $p > 0,05$.

Esto nos permite deducir que por motivos, asociados a la eventualidad del puesto, los líderes dejan pasar las cosas y demoran las respuestas ante posibles problemas, esta actitud se manifiesta, de manera significativa en la variable satisfacción, en el estilo de liderazgo que se ejerce en el trabajo. (Aldape et al., 2011; Chiang, Salazar, Martín y Núñez. 2011) y en la resistencia a facilitar el cambio organizacional, (Chiang y Salazar 2011)

Ante esta reflexión surge las siguientes preguntas ¿Puede liderar la institución, un personal eventual, que no afronta la misión y visión de la organización?, es más nos podemos preguntar ¿Puede ser la supervisión un refugio para garantizar un puesto de trabajo?. Estas pueden ser unas nuevas líneas de investigación

Estado civil, esta variable genera significación estadística, en el liderazgo transformacional, Afirmamos que según las medias que se dan en liderazgo transformacional en los mandos intermedios de enfermería, soltero/a y casado/a, son líderes mas transformacionales que los separados/as.

En un estudio realizado por (Mendoza, García y Uribe 2014), concreta mas en cuanto al liderazgo de alcance pleno, con relación a los casados/os y solteros/as, pues encontraron dos diferencias significativas en la Influencia idealizada (Atributo) donde los solteros obtuvieron una puntuación media mayor que los casados. Pudiendo preocuparse más por su presencia física y su estilo como directivos, en comparación con los casados. De la misma forma, los solteros obtuvieron mayor puntuación media que los casados en el Esfuerzo extra.(p.1427)

En un estudio realizado por (Rozo, Mogollón y Abaunza 2010), sobre liderazgo, y su relación con variable socio-demográfica para la categoría del estado civil, afirman que los casados/as, tienen mayor relación con el liderazgo transformacional, mientras

que la categoría separados/as presenta acercamiento a bajo liderazgo. Datos similares a los encontrados en nuestra investigación.

Tiempo que lleva el supervisor/a en el servicio actual. Esta variable ha generado significación estadística en el liderazgo transformacional y transaccional. Existe significación estadística, entre las variables, menos de un año con relación, a, de 1 a 5 años ($p=,035$). Y entre la variables menos de un año y más de 20 años ($p=,025$). Además podemos afirmar que los mandos intermedios de enfermería con menor tiempo en el servicio, son menos transformacionales, que los que permanecen más tiempo en él.

En este tema nos encontramos con estudios que no han encontrado diferencias entre los grupos conformado por años de experiencia, sin embargo, (Córdova , Font , Gudiño ,Hernández y Sánchez 1998) destacan que se debe reconocer el conocimiento y la experiencia que se va ganando en la conducción de unidades de trabajo conforme va acumulando años de servicio. Podríamos agregar que la experiencia acumulada como supervisor/a de una institución sanitaria puede ser una variable importante en la medida que esta haya sido asumida con un interés por llevar a la institución hacia una mejora, y hacia la integración de todos sus miembros con el fin de trabajar en equipo con vista a conseguir mayores logros.

Para llegar a esto es indispensable que los años de experiencia hayan sido acompañados por capacitaciones y trabajo en unión tanto con los directores de la institución, así como con los subordinados procurando llevar a la institución hacia niveles de innovación continua.

Estos resultados, declaran una mayor utilización del liderazgo transformacional por los mandos intermedios de enfermería. Asimismo se observa que, en las organizaciones sanitarias los líderes tienden a ser más directivos, es decir, puntúan más bajo en el liderazgo pasivo-evitador, (Cuadrado y Molero 2002).Este resultado también se ha producido en nuestra investigación.

2 Limitaciones a nuestro estudio

En relación a la muestra, al ser tan amplia en cuanto al elevado número de hospitales al que se ha pasado el cuestionario, es de suponer que no están representados todos los contextos y unidades.

La muestra no ha podido ser probabilística e intencionada, pues las condiciones de cada uno de los hospitales y las características del personal de enfermería, sujeto a turnos, dificulta la participación de los actores.

Contamos con el recelo de muchos participantes, tanto mandos intermedios, como personal de enfermería, que han podido ver en el cuestionario una manera de comprometerle.

Las direcciones de enfermería y el comité éticos de algunos hospitales, han puesto personal observador y esto ha podido limitar la participación de los profesionales pensando que se sentían vigilados/as o que sus opiniones pudieran influir en su trabajo futuro, de forma negativa.

El no haber contado con personal referente en los hospitales, también ha podido limitar la existencia de más participantes, que podían haber dado más visiones.

Otra de las limitaciones la encontramos en aquellos/as mandos intermedios de enfermería y personal de enfermería que no quisieron participar en el estudio y cuyas vivencias y percepciones no hemos podido conocer y habrían enriquecido nuestro trabajo.

Conseguido un cuestionario con validez y fiabilidad, adaptado al contexto hospitalario, podíamos haberlo extendido el estudio a hospitales privados con el fin de conocer como se viven los objetivos planteados en esta investigación.

Al ajustarnos al cuestionario empleado para la investigación, no hemos incluido, variables organizacionales y opiniones de otros interlocutores.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue conocer, sobre una base teórica y empírica sólida, cuáles son los estilos de liderazgo que ejercen los mandos intermedios de enfermería y el impacto que cada estilo tiene sobre indicadores de desempeño, tanto desde la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería, así como desde la visión que tienen de ellos/as sus subordinados/as, en una muestra de dieciocho hospitales públicos de Andalucía.

De los resultados obtenidos en este estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1.- Conclusiones socio-demográficas y organizacionales.

El género mayoritario de la muestra, así como de las categorías profesionales que han participado en la investigación es el femenino.

La edad media de ambos géneros se encuentra en la banda de 40 a 49 años.

El estado civil predominante es el de casado/a.

El tipo de contrato que prevalece es el de fijo/a.

La antigüedad en el servicio en ambos géneros, está en el periodo comprendido

entre 1 a 5 años.

La causa o motivo por el que se ha presentado a la supervisión, la variable predominante es por ser propuestos/as por la Dirección de Enfermería.

El periodo de tiempo en el que se encuentra el mayor número de participantes con relación a los de mando intermedio de enfermería (supervisor/a), es de 1 y 5 años.

La mayoría de los participantes pertenecer a Unidades de Gestión Clínica.

La categoría profesional más numerosa es la de Enfermero/a.

B.- Perfil de estilos de liderazgo y factores de desempeño de los mandos intermedios de enfermería, desde su auto-percepción.

B 1. Estilos de liderazgo

Desde la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería de ambos géneros, podemos concluir que los mandos intermedios de enfermería femeninos, se consideran líderes más transformacionales.

No se han encontrado, diferencias, desde la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería en ambos género en el estilo de liderazgo transaccional.

En cuanto a la auto-percepción del estilo del liderazgo Pasivo-Evitador, los mandos intermedios de enfermería femeninos se consideran, menos Pasivas-Evitadoras.

B 2. Factores de desempeño.

Los mandos intermedios de enfermería femeninos, se auto-definen, como líderes más, Eficaces, inductoras de mayores niveles de Satisfacción y mas capacitadas para conseguir Esfuerzos-Extras, en sus subordinados/as (personal de enfermería).

C.- Perfil de estilos de liderazgo y factores de desempeño, de los mandos intermedios de enfermería, desde la opinión de los subordinados/as (personal de enfermería).

C 1. Estilos de liderazgo

Las subordinadas (personal de enfermería) femenina, opinan que los mandos intermedios de enfermería masculinos son más transformacionales y transaccionales. Sin embargo califican a los mandos intermedios de enfermería femeninos mas Pasivas -Evitadoras

C 2. Factores de desempeño.

Según opinan los subordinados masculinos no hay diferencias en ambos géneros, en cuanto, al Esfuerzo-extra, Satisfacción y Eficacia, que generan los mandos intermedios de enfermería.

Las subordinadas femeninas, opinan que los mandos intermedios de enfermería masculinos son más eficaces, inductores de mayores niveles de satisfacción y que consiguen más Esfuerzos-extras en sus subordinados/as.

Observamos que cuando se cruzan las auto-percepciones y percepciones de supervisores/as y de los subordinados/as, con estilos de liderazgo y factores de desempeño, se produce una contradicción, fruto de la subjetividad (en cuanto a las supervisoras) y que se corresponde con la metáfora expresada en los estudios de género que hablan del fenómeno de la "superwoman", matizado por la candidez, accesibilidad y la escucha cuando son ellas quien se autocalifican y por el contrario cuando son calificadas por sus homónimas, las incluyen en el proceso de aculturación del género femenino hacia lo masculino mediante su imitación exagerada para ganarse el respeto y admiración de los demás a través de la utilización de formas autoritarias; de ahí que se comente popularmente que las "mujeres jefas son peores que los hombres" o tienen mala fama" (tipo la Dama de Hierro: Margaret Thatcher etc.) y también son relacionadas con otra metáfora "think manger,think male" (piensa en dirección, poder, piensa en masculino).

D.- Correlación desde la auto-percepción de los mandos intermedios de enfermería de ambos géneros, entre los estilos de liderazgo y los factores de desempeño.

Los mandos intermedios de enfermería, masculinos y femeninos, muestran una asociación positiva entre el estilo de liderazgo transformacional y transaccional.

En la asociación que se produce entre el estilo de liderazgo transformacional y transaccional, la correlación más fuerte se produce en los líderes femeninos.

Entre los estilos de liderazgos transformacional y transaccional de los mandos intermedios de enfermería con relación al liderazgo pasivo-evitador la asociación es negativa.

Observamos que entre los estilos de liderazgos transformacional y pasivo-evitador, la correlación más fuerte se da en los mandos intermedios de enfermería femeninos.

La correlación entre las tres variables de desempeño (Esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia) y el liderazgo transaccional, en ambos géneros es media.

Las cinco sub-escalas del liderazgo transformacional (IIA, IIC, MI, EI, y CI), muestran una buena correlación con las tres variables de desempeño, dando valores estadísticamente significativos en todas las sub-escalas.

La Motivación Inspiracional asociada a la variable Esfuerzo-Extra, en mandos intermedios de enfermería masculinos, da una correlación fuerte.

La Influencia Idealizada Atribuida, Motivación Inspiracional y Estimulación Intelectual la correlación que se da, con Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia, es mayor en mandos intermedios de enfermería masculinos.

En cuanto al liderazgo transaccional en la sub-escala Recompensa-Contingente, los mandos intermedios de enfermería femeninos obtienen correlaciones superiores a los mandos intermedios masculinos.

La sub-escala Dirección por Excepción Activa del factor liderazgo transaccional,

en los mandos intermedios de enfermería masculinos, presentan una correlación más fuerte con Esfuerzo-Extra y Satisfacción.

La sub-escala Dirección por Excepción Activa del factor liderazgo transaccional, en los mandos intermedios de enfermería femeninos, presentan una correlación más fuerte con Eficacia.

En la sub-escala, Laissez-faire, del estilo de liderazgo Pasivo-Evitador se producen valores estadísticamente significativos con las tres variables de desempeño. Destaca que en esta correlación los mandos intermedios de enfermería masculinos presentan valores más fuertes.

E.- Relación entre los estilos de liderazgo percibido por los mandos intermedios de enfermería y sus características socio-demográficas y organizacionales.

A mayor edad de los mandos intermedios de enfermería, se potencia el estilo de liderazgo transformacional, sin embargo a menor edad se ejerce en mayor medida el estilo de liderazgo pasivo-evitador.

Apreciamos que pertenecer o no a Unidades de Gestión Clínica, con relación a los estilos de liderazgo, los mandos intermedios de enfermería que no pertenecen a Unidades de Gestión Clínica son líderes más transformacionales.

Observamos que los mandos intermedios de enfermería, fijos e interinos, son mas transformacionales que los eventuales.

Los mandos intermedios de enfermería casados/as y solteros/as son mas transformacionales que los separados/as

Cuando los mandos intermedios de enfermería llevan poco tiempo ejerciendo la supervisión son mas pasivos-evitadores, pasados cinco años adoptan el estilos de liderazgo transaccional y transcurrido un periodo de diez años son mas transformacionales.

Los mandos intermedios de enfermería que ejercen el estilo de liderazgo transaccional, con relación a la variable, causa o motivo por la que se han presentado a la supervisión, observamos que les mueve una motivación económica.

1.1 Líneas de investigación futura

En relación con las limitaciones expuestas anteriormente planteamos para futuras investigaciones identificar las barreras que han podido dificultar la participación de más profesionales de enfermería.

Presentar el cuestionario tanto a hospitales públicos como a privados, con la finalidad de conocer si existen divergencias en el afrontamiento del liderazgo, desde la perspectiva de género

El estudio utilizado es exclusivamente cuantitativo, mediante cuestionario. Este tipo de investigación es más frío y estadístico. Sería conveniente realizar un afrontamiento cualitativo, mediante entrevista con la finalidad de tener una visión más personal de los participantes en donde el abanico de respuestas consiga incluir características sociales, organizacionales y situaciones interpersonales con otras categorías profesionales.

Crear líneas de investigación objetivas que permitan reflejar el beneficio de la implementación de comportamientos transformacionales en los hospitales con su consecuente incremento de satisfacción en los clientes internos y finales que es la ciudadanía.

1.2 Recomendaciones para futuras investigaciones

En cuanto al cuestionario (MLQ), que ha sido utilizado en muchos contextos, en enfermería, ha sido empleado en situaciones limitadas.

Por tal motivo, después de los resultados obtenidos en esta investigación sobre las propiedades del cuestionario y el ajuste de este a los parámetros psicométricos, (de fiabilidad y validez), podemos afirmar que el cuestionario, reúne las condiciones científicas necesarias para ser implementado en otros contextos organizativos similares de entidades hospitalarias públicas de toda España, como herramienta para posteriores estudios o líneas de investigación futuras en el marco del liderazgo y la dirección.

Resulta evidente la necesidad de indagar y profundidad con el fin de generar evidencias empírica específicas en enfermería, en el contexto hospitalario, sobre

las situaciones que condicionan el comportamiento de los mandos intermedios de enfermería y sus subordinados/as, con relación al comportamientos de liderazgo transformacional, así como de los procesos motivacionales que operan como nexo causal entre los comportamientos que integran el modelo de liderazgo de alcance pleno (transformacional, transaccional y pasivo-evitador) y sus distintos criterios de desempeño (esfuerzo-extra, satisfacción y eficacia).

Otro tema especialmente relevante, que ocupa y preocupa en la actualidad en las organizaciones, es la evaluación de la relación entre comportamientos de liderazgo e indicadores de desempeño, a través de la variable de género, por tal motivo es importante establecer líneas de investigación en el que este incluido el trinomio, liderazgo-genero-enfermería.

La evidencia científica, todavía se encuentra en crecimiento, sobre todo en enfermería. Pues estamos ante una profesión históricamente femenina en donde los estereotipos siguen creando contradicciones en cuanto a cómo afrontan el liderazgo y las variables de desempeño, los enfermeros y las enfermeras.

En Andalucía en la actualidad se está potenciando las capacidades y solvencia, de las Unidades de Gestión Clínica, una futura línea de investigación, sería analizar, este tipo de unidades en el contexto de la organizaciones hospitalarias, desde un enfoque multinivel y observar, como son ejercidos los estilos de liderazgo y perspectiva de género entre unidades, incluyendo variables dependientes del desempeño, con el objetivo de incrementar sustancialmente el valor de los resultados.

Realizar estudio, multi-céntrico e institucional, en donde estén representados hospitales del espectro nacional (públicos y privados), colegios de enfermería y facultad de ciencia de la salud

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Adair, J. (1990). *Líderes, no jefes*. Colombia: Legis Editores.

AENOR. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. (ISO 9001:2000).

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Alberdi R.(1998). *La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España*. Metas de Enfermería, II (11): 20-26.

Allen A. (1999). *The Power of Feminist Theory*, Boulder, CO:Westview Pres Squires Judith (2000) *Gender in Political Theory*,Londres.Wiley-Blackwell.

Allen, J.; Ramaekers, G. y Van Der Velden, R. (2003). *La medición de las competencias de los titulados superiores*.En J. Vidal García (coord.): Métodos de análisis de la inserción laboral de los universitarios (pp.31-55). Salamanca: Universidad de León/Ministerio de Educación Cultura y Deporte.

Álvarez, O. (2009). *Estilos de liderazgo en la policía local de la comunidad valenciana* (Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Departamento de Psicología Social, Valencia)

.Amorós, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos

Amezcu, M (2003).*25 años, y un futuro por delante. A propósito de la integración de la enfermería en la Universidad española* Index de Enfermería XII(40-41): pp.9-10.

- ANEC (2004; 62). *Gestión de los servicios de enfermería y atención en salud*.
- Antonakis, J., Avolio, J., & Sivasubramaniam, N. (2003). *Context and leadership: An examination of the ninefactor full-range leadership theory using the multifactor leadership questionnaire*. The Leadership Quarterly, 14(3), 261-295
- 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.
- Arroyo , A; Lancharro , I; Romero , Rocío y Morillo , Ma. S. (2011). *La Enfermería como rol de género*. Index Enfermería .V 20, n. 4, p. 248-251,
- Ashmore, D., Del Boca, K., & Wohlers, J.(1986). *Gender stereotypes*. In R.D. Ashmore & F. K. Del Boca (Eds.), *The social psychology of female-male relations: A critical analysis of central concepts* (pp. 69-119). Orlando, FL:Academic Press.
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2006). *Desarrollo y Mantenimiento del liderazgo en Enfermería*. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario
- Avolio, J. y Bass, M. (1991). *The full-range of leadership development: Basic and advanced manuals*. Center for Leadership Studies, Binghamton, NY: Bass, Avolio & Associates.
- Avolio, J., & Bass, M. (1995). *Individual consideration Viewed at Multiple Levels of Analysis: A Multi-Level Framework for Examining the Difusion of Transformational Leadership*. Leadership Quarterly, 6 (2), 199-218.
- Avolio, J. y Bass, M. (2004). *Multifactor leadership questionnaire* (3ª ed.). Palo Alto: Mind Garden.
- Avolio, J., Bass, M. y Jung, I. (1999). *Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the multifactor leadership questionnaire*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72(4), 441-462.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel

- Barroso , C., Villegas , M. M. y Casillas , J. C. (2008). *Transformational Leadership and Followers' Attitudes: the Mediating Role of Psychological Empowerment*. The International Journal of Human Resource Management, 19 (10), 1842-1863.
- Bartlett, A., and Ghoshal, S. (1994) *Changing the Role of Top Management: Beyond Strategy to Purpose*. Harvard Business Review 72, no. 6: 79–88.
- Bass, M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: The Free Press
- Bass, M. (1988). *The inspirational processes of leadership*. Journal of Management Development, 7(5), 21-31
- Bass, M. (1990). *From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision*. Organizational Dynamics, (Winter): 19-31.
- Bass, M. (1998). *Transformational leadership: Industry, military, and educational impact*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Bass, M. (1999). *Two decades of research and development in transformational leadership*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(1), 9-32.
- Bass, M. (2008). *The Bass handbook of leadership. Theory, research & managerial applications* (4ta. Ed.). New York: Free Press.
- Bass, M. y Avolio, J. (1990). *Transformational leadership development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Bass, M. y Avolio, J. (1990b). *Transformational leadership development: Manual for the multifactor leadership questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- Bass, M. y Avolio, J. (1993). *Transformational leadership: A response to critiques*. En M.M. Chemers y R. Ayman (Eds.), *Leadership theory and research: Perspectives and directions* (pp. 49-80). San Diego, CA: Academic Press

- Bass, M., & Avolio, J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bass, M. y Avolio, J. (1994). *Introduction*. En B.M. Bass y B.J. Avolio (Eds.), *Improving organizational effectiveness through transformational leadership* (pp. 1-9). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Bass, M. y Avolio, J. (1996). *The Transformational and Transactional Leadership of Men and Women*. Applied Psychology Volume 45.
- Bass, M. y Avolio, J. (1997). *Full range leadership development manual for the multifactor leadership questionnaire*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Bass B. y Avolio B.: (2000). *MLQ Multifactor Leadership Questionnaire. Second Edition. Sampler Set: technical report, leader form, rater form, and scoring key for MLQ Form 5XShort*. Published by Mindgarden, Inc.
- Bass, M. y Riggio, D. (2006). *Transformational leadership* (2da. Ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Bass, M. Avolio, J y Atwater, L (1996). *The Transformational and Transactional Leadership of Men and Women*. Applied Psychology Volume 45, Issue 1, and pages 5–34.
- 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.
- Benhabib, S. (1992). *Debate sobre el desarrollo moral en las mujeres*. Isegoría, 8, 37-56
- Benhabib, S. (1992). *Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral*. Isegoría, (6), 37–63.
- Bentler, M.; Bonett, G. (1980) *Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures*. Psychological Bulletin, Vol 88(3), Nov 1980, 588-606.

- Bernice,B and Gordon,S (2001) *From silence to voice: what nurses know and communicate to the public*. New york: Cornell University Press.
- Bisquerra, R. (2000).*Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis
- Blake, R. y Mouton, S. (1964). *The managerial grid*. Houston, TX: Gulf Publishing
- Bohan, J. S. (1993). *Regarding gender: Essentialism, constructionism and feminist psychology*. *Psychology of Women Quarterly*. 17, 5-22. Bolman, C. y Deal, T. (1995) *Organización y liderazgo* (Delaware, Addison- Wesley. Wilmington)
- Boyatzis, E. (1982). *The Competent Manager*. Ed. John Wiley & Sons, New York.
- Bryman, A. (1992). *Charisma and leadership in organizations*. London: Sage Publications.
- Bunk, P. (1994) *La transmisión de las competencias de la formación y perfeccionamiento profesionales*. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.
- Burns, M. (1978). *Leadership*. Nueva York: Harper & Row.
- Burns, M. (2003). *Transforming leadership: A new pursuit of happiness*. New York: Grove Press
- Burns N., Grove K. (2004) *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevie.
- 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.
- Cáceres, M.P., Trujillo,J.M. , Hinojo,F.J. , Aznar,I. , García,M .(2012)*Tendencias actuales de género y el liderazgo de la dirección en los diferentes niveles educativos*. Vol. 48, Nº 1, (Ejemplar dedicado a: El liderazgo en las organizaciones educativas. Nuevos avances), págs. 69-89
- Caceres,M.P. (2007)*El liderazgo estudiantil en la Universidad de Granada desde una perspectiva de género*. Tesis Doctoral Inedita.Universidad de Granada

- Caceres,M.P ;Lorenzo,M;Sola,T.(2009).*El liderazgo estudiantil en la Universidad de Granada desde una dimensión introspectiva*.Bordón. Revista de pedagogía 61 (1), 109-130
- Calpin, P. (2003) *Management and leadership: A dual role of nursing education*. Nurse Education Today, 23, 3-10.
- Camperos, M. (2008). *La evaluación por competencias, mitos, peligros y desafíos*. Educere, 12 (43), pp. 805-814.
- Cano-Caballero MD.(2004) *Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio*. Index de Enfermería ; 13(46): 34-39.
- Carballo,M et al.(2005). *Una nueva perspectiva enfermera*. Presente y futuro de la enfermería: ¿un reto o consolidación de nuestra identidad? Educare21.
- Careaga ,Y; Paravic T.(2009) *El género en el desarrollo de la enfermería*. Revista Cubana de Enfermería, vol 25, año
- Carless,.A. (1998). *Gender differences in transformational leadership: An examination of superior, leader, and subordinate perspectives*. Sex Roles, 39, 887–902
- Carolyn M.D.(2007) *The Performance of Performance Measurement*. Health Services Research Volume 42,(5): 1797–1801.
- Castro, A., Lupano, M. L., Benatuil, D. & Nader, M. (2007). *Teoría y Evaluación del Liderazgo* (1ra. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Chamizo , C. (2004). *La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones*. Index de Enfermería ; 13(46): 40-44.
- Chiavenato,I. (1993). *Administracion de Recursos Humanos*. Mexico D.F.: Ed, Mc Graw Hill.
- Chiavenato,I.(2002) *Gestión del talento humano*. 2a ed. Bogotá: McGraw- Hill Interamericana, p. 389.
- CIE.(2009) Liderazgo para el cambio. Boletín de liderazgo. N° 17 Mayo.Ginebra Suiza.
<http://www.icn.ch/leadbulletinsp.htm>

- Cohen, S, et al. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social*. 1 ed. New York: 2000.
- Cohn, K., Algeo, S., Stackpoole, K., & Bowkley, C. (2005). *Overcoming abrasive interfaces: Implications for nurses in leadership positions*. Nurse Leader, 3, 53-56.
- Colvin, R. (1999). *Transformational leadership: a prescription for contemporary organizations*. Christopher Newport University, USA
- Colliere M. (1993) *Promover la vida*. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill.
- Colliere, F (1996). *Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida* Index de enfermería V(18):9-14.
- Comisión Europea (1999), *Mujeres y ciencia: movilizar a las mujeres en beneficio de la investigación europea*. Comunicación de la Comisión Europea, Bruselas: Comisión europea 2
- Comisión Europea (2005), *Women and Science – Excellence and Innovation – Gender Equality in Science* (disponible en http://ec.europa.eu/research/science-society/pdf/documents/women_sec_en.pdf)
- Comisión Europea. (2005). *Propuesta de Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente*. Ver, en: http://www.crue.org/export/sites/Crue/procbolonia/documentos/antecedentes/9.Competencias_clave_para_aprendizaje_permanente.pdf.
- Comisión Europea (2009), – *Women and Science, Statistics and Indicators* (disponible en <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=27>).
- Comisión Europea (2009), *Notas de Orientación para la Negociación del 7PM – Proyectos de colaboración, Redes de excelencia, Acciones de coordinación y apoyo, Investigación en beneficio de grupos específicos (en particular de las PYME)*, versión de 27 de enero de 2009, Bruselas: Comisión europea.

- Conger, J.A. (1989/1991). *El líder carismático. Un modelo para desarrollar cambios organizacionales exitosos* (Trad. E. Hoyos). Bogotá, DC: McGraw-Hill Interamericana
- Conger, J.A., & Kanungo, R. (1987). *Toward a behavioral theory of charismatic leadership in organizational settings*. *Academy of Management Review*, 12, 637-647
- Conger, J.A. y Kanungo, R.N. (1998). *Charismatic leadership in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Congreso XXVIII Estatal De Estudiantes De Enfermería. Córdoba. 2015
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2004) *Bienestar social y económico de las enfermeras*. Declaración de posición. [Consultado el 22 de mayo 2008]. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/pssewsp.htm>.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2006) *Gestión de los Servicios de Enfermería y Atención de Salud*. Biblioteca Lascasas,; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0159.php>.
- Consejo Internacional de Enfermeras CIE. . (2006) *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* . Disponible en URL: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2007) *Declaración de posición El desarrollo de la carrera profesional en la enfermería* . Disponible en URL: <http://www.icn.ch/pscardevsp.htm>.
- Consejo Internacional de Enfermería.(2009) *Liderazgo para el cambio. Boletín de liderazgo*. N° 17 Mayo.Ginebra Suiza. . <http://www.icn.ch/leadbulletinsp.htm>
- Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud(2015-2018),
- Córdova , A. O., Font , I; Gudiño , P; Hernández, E. R; Sánchez , A. (1998). *Un enfoque del estudio de la cultura organizacional*, *Revista Gestión y Estrategia*.
- Coromina,S. (2015) . *Acompañamiento a la familia del paciente crítico*. *Revista Rol de Enfermería* .38(1) : 22-30

- Costello D.(1997) .*Nursing Leadership*. Delmar Publisher.
- Cronbach, L. J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. Psychometrika. 16, 297-334.
- Cuadrado, I. (2001). *Cuestiones teóricas y datos preliminares sobre tres estilos de liderazgo*. Revista de Psicología Social, 16 (2), 131-155.
- Cuadrado,I, Molero. F. (2002).*Liderazgo transformacional y género: autoevaluaciones de directivos y directivas españoles*Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol. 18, núm. 1, pp. 39-55 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España.
- Cuadrado,I, Molero. F y Navas,M.(2003). *El liderazgo de hombres y mujeres: diferencias en estilos de liderazgo, relaciones entre estilos y predictores de variables de resultado organizacional*. Acción Psicológica, vol. 2, n.º 2, 115-129
- Danhke, G.L. (1989). *Investigación y comunicación Comunicación*. En C. Fernandez -Collado y G.L. Danhkw (Eds.) La comunicación Humana: cienciasocial (pp.385-454) Mexico McGraw Hill.
- Dansereau, F., Graen, G.B. y Haga, W.J. (1975). *A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations*. Organizational Behavior and Human Performance, 13(1), 46-78.
- Day DV, Gron P, Salas E. *Leadership capacity in teams*. Leadership Quart. 2004; 15: 857-800).
- De Barbieri,T. *Sobre la categoría género. Una introducción teórica-metodológica*.Edic. de las mujeres nº 17, Isis Internac., México, 1992.
- De Barbieri,T. *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género, en Estudios de Derechos Humanos IV*,Ed. IIDH, Costa Rica 1995

- De la Horra, I. (2010). *La simulación clínica como herramienta de evaluación de competencias en la formación de enfermería*. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2(1), 549-580.
- De Lima, L. et al. (2011) *Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería*. Enfermería global
- De Miguel, D. M. (2005). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior*. 109-114. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Decreto 75/2007, de 13 de marzo. BOJA núm. 54, de 16 de marzo de 2007)
- Decreto 193/2008, de 6 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.
- 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.
- Diccionario RAE. (2001). Diccionario de la Lengua Española - vigésima segunda edición.
- Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea (2004) *Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida. Comisión Europea*. Dirección general de educación y cultura.
- Directivas Estratégicas definidas por la OMS en 2002.
- Dominguez, C. (1984) *Imagen de la enfermera en la sociedad*. Rol de Enfermería (83): pp.66-72.
- Dominguez C. (1989). *La percepción de cuidar*. Rol de Enfermería (127) pp.25-27

- Dominguez, C. (1990). *Feminización de las profesiones sanitarias*. Jano. XXXVIII (909):pp.69-74.
- Dominguez C. (2001) *El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI*. Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la practicaenfermera. XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid:Fundación Mapfre Medicina. pp. 58- 66.
- Donahue P. *Historia de la Enfermería*. 1 ed. Mosby. Madrid ; (1985)
- Druskat, V. U. (1994). *Gender and leadership style: transformational and transactional leadership in the roman catholic church*. Leadership Quarterly, 5 (2), 99-119.
- Dumdum, R., Lowe, B. y Avolio J. (2002). *A meta-analysis of transformational and transactional leadership correlates of effectiveness and satisfaction: An update and extension*. En B.J. Avolio y F.J. Yammarino (Eds.), Transformational and charismatic leadership: The road ahead (Vol. 2, pp. 35-66). Oxford, UK: Elsevier Science
- Dunham, J. (2000) *Nurse executive transformational leadership found in participative organizations*. J Nurs Adm. May;30(5):241-50.
- Duran , M. (2002) *Volver al futuro. Un homenaje a los 25 años de enfermería en la Universidad*. Rol de enfermería, 25(1):pp.22-30.
- Duran , M (2004) *¿Que he hecho yo para merecer esto? Europa, tan cerca y tan lejos La educación superior desde una mirada crítica* . Revista Rol de Enfermería 2004 ; 27(10) : 660-670
- Eagly, H.; Makhijani, M; Klonsky, G. (1992). *Gender and the evaluation of leaders: A meta-analysis* . Correction to Eagly et al. Psychological Bulletin, Vol 112(3), , 557.
- Eagly, A. H., & Johannesen-Schmidt, M. C. (2001). The leadership styles of women and men. Journal of Social Issues, 57, 781–797.
- Eagly, A. H., & Karau, S. J. (2002). *Role congruity theory of prejudice toward female leaders*. Psychological Review, 109, 573–598. doi: 10.1037/0033-295X.109.3.573.

- Ellis A. y Hartley M. (1988). En Neves E. Texto de curso: *El compromiso Social de Enfermería como Disciplina Científica*. Universidad de Concepción, Chile.
- Eraut, (2006). *Aprendizajes y competencias: enfoques que los relacionan en E. Superior*. Seminario RED-U, Fac. CC Económicas, U. Barcelona, Doc. Policopiado 04/07/2006. estatuto marco del personal estatutario (ley 55/2003, de 16 de diciembre)
- European Communities,(2009) *Gender in research - Toolkit and Training - Gender in research as a mark of excellence on behalf of the Directorate-General for Research*
© European Communities, 2009 Spanish translation: © Ministry of Science and Innovation, 2011
- European Commission,(2011). Manual. *El género en la investigación, Unidad de Mujeres y Ciencia*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- European Union Decision(No 1982/2006/EC) Of The European Parliament And Of The Council of 18 December 2006 concerning the Seventh Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities (2007-2013)
- Fajardo , M. E., y German,C (2004).*Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles*. Index de Enfermería XIII (46): pp.9-12.
- Fausto, A. (2003). *Science matters: culture matters*. Persp. Biol. Med 46, págs.109-124;
- Fernández J. (2001).*Elementos que consolidan al concepto de profesión*. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 3 (1).
- Fernandez,E. (2002). *La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia*. Enfermería Clínica.12
- Fiedler, F.E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Flesner, M., Scott-Cawiezell, J. y Rantz, M. (2005) *Preparation of nurse leaders in the 21st century workplace*. Nurse Leader, 3, 37-40.

- Fortune (1930) Henry Luce, revista global de negocios publicada por Time Inc.
- Gamba, S. B. (2008). *Estudios de la Mujer/Estudios de las Mujeres*. En S. B. Gamba, Diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires: Biblos.
- García, AM; Sainz, A, Botella, M.(2004) *La enfermería vista desde el género*. Index de Enfermería ; 13(46): 45-48.
- Garita , M. (2003). *Práctica de liderazgo del profesional en Enfermería*. En: Enfermería en Costa Rica, vol.6, no. p. 23-25
- Garre, H; Maya, S B; Díaz, A, Maravillas, F. (2012). *Fundamentos teóricos de Enfermería*. Teorías y Modelos Murcia: DM.
- Germán , C. (2004). *Género y Enfermería* . Index de Enfermería ; 13(46): 07-08.
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- George ,T.; Sierra, E.(1973). *Principios de administración*. El Ateneo..
- Gibson, J., Ivancevich, J. & Donnelly, J. (1996). *Las organizaciones*. Madrid: Editorial McGraw Hill.
- Gil, F. (1990). *Liderazgo*. México: Editorial Instituto de Capacitación Política.
- Godoy, L. & Mladinic, A. (2009). *Estereotipos y Roles de Género en la Evaluación Laboral y Personal de Hombres y Mujeres en Cargos de Dirección*. Psykhe 18(2):51-64.
- Goleman, D; Boyatzis, R; McKee, A. (2014) *El liderazgo resonante crea mas*, Debolsillo
- Gomariz, E. (1992). *Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas. Periodización y perspectivas*. En ISIS Internacional N° 17, Santiago de Chile.
- Gordón L. (2004) *El efecto de enseñar las destrezas del pensamiento crítico en un curso introductorio de enfermería*. Rev. Latino-am. enfermagem-Ribeirão Preto. 2004; 2(2):115- 127.

- Graen, G.B. (1976). *Role-making processes within complex organizations*. En M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1201-1245). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Gronn P.: (1995). *Greatness Re-visited: The current obsession with transformational leadership*. *Leading and Managing*. Vol. 1; 14-27. http://www.staff.edfac.unimelb.au/david_gurr/482-707/gronn_95html
- Güell, O. (2004) "Los problemas de la enfermería" *El País*, 30/05/2004
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados (2009) : Consejería de Salud. 118 p.. Andalucía.
- Habermas, J. (1976). *La reconstrucción del materialismo histórico*. Madrid: Taurus. (1981) Hall .Cconsejería de Salud W 84.5 W 84.4.
- Hall DC.(1979) .*Documento básico sobre enfermería*. OMS. Oficina regional Europea.
- Harding, S. (2001) *How can women's standpoint advance the growth of scientific knowledge?*. En *Gender & Research*, Actas de la conferencia, Comisión Europea
- Hare, T., y Marecek J. (1990). *Making a difference. Psychology and the construction of gender*. New Haven-Londres: Yale University Press. Traduc. castellana. Barcelona: Herder. 1
- Hellriegel, Slocum y Woodman (1999). *Comportamiento Organizacional*. Mexico: International Thomson Editores.
- Heifetz, R; Grashow, A y Linsky M. (2012) *La práctica del liderazgo adaptativo*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Henderson, V. A. (1969). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. Michigan: Macmillan Co. 994.
- Henderson, V. (1971) *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería.
- Hernández J., Moral P. y Esteban M. (2003). *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y método*. 2ª ed. Madrid Ed. Mc Graw-Hill; .

Hernández, S. (2008). *Administración: Teoría, procesos y estrategias para la competitividad*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.

Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid

Hersey, P. y Blanchard, K.H. (1969). *Life cycle theory of leadership*. *Training and Development Journal*, 23(5), 26-34

Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo..

Hodgets, R. (1992). *Comportamiento de las Organizaciones*. Mexico: Editorial McGraw Hill.

House, R. (1971). *A path goal theory of leader effectiveness*. *Administrative Science*

House, R. (1991). *The distribution and exercise of power in complex organizations: A meso theory*. *Leadership Quarterly*, 2, 23-58.

House, J. (1971). *A path goal theory of leader effectiveness*. *Administrative Science Quarterly*, 16(3), 321-338.

House, J. (1977). *A 1976 theory of charismatic leadership*. En J.G. Hunt y L.L. Larson (Eds.), *Leadership: The cutting edge* (pp. 189-207). Carbondale, IL: Southern Illinois University Press

House, J. y Aditya, N. (1997). *The social scientific study of leadership: Quo Vadis?* *Journal of Management*, 23(3), 409-473.

House, J. y Shamir, B. (1993). *Toward the integration of transformational, charismatic, and visionary theories*. En M.M. Chemers y R. Ayman (Eds.), *Leadership theory and research: Perspective and directions* (pp. 81-107). New York: Academic Press

House, J., Spangler, D. y Woycke, J. (1991). *Personality and charisma in the U.S. presidency: A psychological theory of leader effectiveness*. *Administrative Science Quarterly*, 36(3), 364-396.

- Hu, L., & Bentler, M. (1999). *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives*. Structural Equation Modeling, 6, 1-55.
- Hunt, J. (1991). *Leadership: A new synthesis*. Newburk Park, CA: Sage.
- Hunt, J.G. (1999). *Transformational/charismatic leadership's transformation of the field: An historical essay*. Leadership Quarterly, 10(2), 129-144.
- Jaime,P.;Caceres,M.P.;Hinojo,F.J.(2016) *Analysis of leadership styles developed by teachers and administrators in technical-technological programs: the case of the Cooperative University of Colombia*.International Journal of Leadetship in Education react-text:33.1 (1) DOI: 10.1080/13603124..1172734
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Judge, A., Piccolo, F. y Ilies, R. (2004). *The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research*. Journal of Applied Psychology, 89(1), 36-51
- Kan, M. & Parry, K. (2004). *Identifying paradox: A grounded theory of leadership in overcoming resistance to change*. The Leadership Quarterly, 15, 467-491.
- Keller,E. (1985) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia, Alfons el Magnànim, 1991.
- Kerlinger, N. y Lee,W. (2000). *Investigación del comportamiento*. Métodos de investigación en ciencias sociales. Cap. 18. México: McGraw-Hill., pp. 403-417.
- Kérouac, S; et al.(1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kleinman,S. (2004) *Leadership and retention: Research needed*. Journal of Nursing Administration, 34 (3) , pp. 111-114
- Klinge,I.(2007).*Bringing gender expertise to biomedical and health related research*,Gender Med.4, págs. S59-63, www.GenderBasic.nl;

Klinge, I. y Bosch, M. (2005). *Transforming research methodologies in EU life sciences and bio-medicine: gender sensitive ways of doing research*. Eur. J. Women's Studies 12, pág. 377.

Knodel, L. (2004). *Sharing a mentor. What leadership is about*. Nurse Leader, 2, 50-52.

Komives, R. (1991a). *Gender differences in the relationship of hall directors' transformational and transactional leadership and achieving styles*. Journal of College Student Development, 32, 155-165.

Kotter, J. (1988). *On what Leaders Really Do*. Harvard Business Press.

Kreitner y Kinicki (1997). *Comportamiento de las Organizaciones*. Madrid: McGraw Hill

Kron, T; Durbin, E. (1993). *Liderazgo y administración en enfermería*. The management of patient care. Interamericana.

La Mónica, E. L. (1994). *Dirección y Administración en Enfermería. Un enfoque práctico*. Ediciones Doyma Libros, S.A. Barcelona.

Lagarde, M. (1996). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Madrid: Horas y Horas.

Lagarde, M. (1998). *Identidad genérica y feminismo*. Sevilla. Instituto Andaluz de la Mujer

Lamas, M. (1999). *Género, diferencia de sexo y diferencia sexual*. En ¿Género?, Debate Feminista, Año 10, Vol. 20, México, edición de octubre.

Lanzoni, G. and Meirelles, B. (2011). *Leadership of the nurse: an integrative literature*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 19, n.3, pp.651-658.

Laqueur, T. (1990). *Making Sex. Body and Gender from the greeks to Freud*. Harvard: Harvard Leddy S. y Peppler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

- Leithwood, K. (1994) *Liderazgo para la reestructuración de las escuelas*. Revista de Educación, 304
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ministerio de Sanidad. España University.
- Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley Orgánica 6/2001. De 21 de diciembre, de universidades.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 55/2003 de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Ley Orgánica 4/2007. De 12 de abril, por la que se modifica la ley orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades.
- Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. BOE-A-2011-9617
- Libro Blanco de Enfermería.(2005) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.ANECA
- López-Zafra, E. y Morales, J. F. (1998). *La función directiva en los centros docentes. Liderazgo transformacional y género*. Boletín de Psicología, 60, 15-25.
- López-Zafra, E. y Del Olmo, S. M. (1999). *Estereotipia de género y liderazgo transformacional en contextos de trabajo típicamente femeninos*. Revista de Psicología Social Aplicada, 9 (3), 53-71.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988). *Individus dominants et groupes dominés*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

- Lorenzo, M. (2004). *La función del liderazgo de la dirección escolar: una competencia transversal*. Enseñanza 22, 2004,193-212. Universidad de Salamanca.
- Lorenzo, M. (2005). *El liderazgo en las organizaciones educativas: revisión y perspectivas actuales*. Revista Española de Pedagogía 367-388.
- Lorenzo M, Cáceres M.P , Aznar I , Hinojo. F.J. y Trujillo J.M. (2011). *Aportaciones actuales del liderazgo estudiantil en el contexto italiano: la Universidad de Bolonia*. Educatio Siglo XXI, Vol. 29 nº 2 , pp. 313-332
- Lorenzo,M;Sola,T;Caceres,M.P. (2007)*El liderazgo femenino en los cargos directivos: un estudio longitudinal en la Universidad de Granada (1990-2005)*.Vol Nº2Educación y Educadores 10 (2), 177-194
- Lowe,B.;Kroeck,C.ySivasubramaniam,N.(1996).*Effectivenesscorrelatesoftransformational and transactional leadership: a meta-analytic review of MLQ literature*. Leadership Quarterly, 7(3), 385-425.
- Lozeau, D., Langley, A. y Denis, J. (2002) *The corruption of managerial techniques by organizations*. Human Relations, 55. 537-564.
- Lupano , M. L. ; Castro , A.(2013). *Estereotipos de género, sexo del líder y del seguidor: su influencia en las actitudes hacia mujeres líderes*. Revista de Psicología Vol. 9 Nº 17.
- Maher, K.J. (1997). *Gender-related stereotypes of transformational and transactional leadership*. Sex Roles, vol. 37, 3/4, 209-225.
- Martín , I. (1995). *La cultura empresarial de los hoteles de la costa del sol*.Málaga, Empresa de Turismo Andaluz-Junta de Andalucía
- Martínez I, Bonilla . A (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de Valencia.
- Martínez,I y Bonilla ,A. (1999) *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València,

- Martínez, P., & Echeverría, B. (2010). *Formación basada en competencias*. Revista de Investigación Educativa, 27(1), 125-147.
- McClelland, D.C. (1973) *Testing for competence rather than for intelligence* American Psychologist. Harvard University
- McClelland, D.C. (1993) *Introduction en Spencer L.M. y S.M. Competence at Work*. New York, John Wiley and Sons
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes
- Memoria (2014) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Mendigure, J. (2007) *El liderazgo en enfermería desde la perspectiva profesional*. En: Rev. de Ciencias de la Salud. Febrero. Vol 2. no. p 81-89.,
- Mendoza, I.A. (2005). *Estudio diagnóstico del perfil de liderazgo transformacional y transaccional de gerentes de ventas de una empresa farmacéutica a nivel nacional* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Departamento de Ciencias Económico Administrativas, Tlaxcala).
- Merhy, E; Camargo, L y Burg, R. (2006) *Educación. Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud*. Vol.2, n.2, pp. 147-160. .
- Milner, V. (1995). *Regional economic cooperation, global markets and domestic politics: a comparison of NAFTA and the Maastricht Treaty*. Journal of European Public Policy, special issue: The Single Market and Global Economic Integration (Taylor and Francis) 2 (3): 337-360. doi:10.1080/13501769508406992.
- Milton, C. (2004) *The ethics of personal integrity in leadership and mentorship: A nursing theoretical perspective*. Nursing Science Quarterly, 17, 116-120.
- Miranda M. (2001) *Enfermería en los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. [Internet]. [citado 23 abril 2011]; 24(1). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art8.htm>

- Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. (2006) Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Molero, F. (1994). *Carisma y Liderazgo carismático: una aproximación empírica desde las perspectivas de Bass y Friedman*. Tesis Doctoral no publicada. Madrid: Uned.
- Molero, F, Recio, P, Cuadrado, I. (2010). *Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española*. Psicothema Vol. 22, nº 3, pp. 495-501
- Money, J. (1955). *Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings*. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 96, 253 – 264.
- Montero MJ. (2004). *El gobierno del Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado. Una visión desde Andalucía*. Rev Adm Sanit. 2:331—450.
- Mulder, M., Weigel, T. y Collings, K. (2008). *El concepto de competencia en el desarrollo de la educación y formación profesional en algunos Estados miembros de la Unión Europea: Un análisis crítico*. Cultura Organizacional y Liderazgo. Papeles de Trabajo Grupo de Investigación en Empresariado. Inédito.
- Nederveen, A.: Van Knippenberg, D., Schippers, M. y Stam, D. (2010). *Transformational and Transactional Leadership and Innovative Behavior: the Moderating Role of Psychological Empowerment*. Journal of Organizational Behavior, 31, 609-623.
- Nicholson, L. J. (1990). *Feminism/postmodernism*. New York: Routledge.
- Noer, D. (1997) *El cambio en las organizaciones*. (México, Prentice May).
- Northouse, P. (2007). *Leadership: Theory and practice* (4ta. Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- OMS. (1978) *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*.

- OMS. (1988) *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 1988, nº 65
- OMS. (1998) Declaración Mundial De La Salud Adoptada por la comunidad sanitaria mundial en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998
- OMS (2002). *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. OMS Nota descriptiva N°403
- ONU (2006/36) *Incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas*. Nueva York, Naciones Unidas, 2006. Resolución N° 2006/36 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
- Orden de 10 de agosto de (2007) de la Consejería de Salud (BOJA núm. 165, de 22 de agosto de 2007),
- Orden de la Consejería de Salud de 21 de diciembre de (2015) (BOJA núm. 252, de 31 de diciembre de 2015.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), (2005). Proyecto Deseco. La definición y selección de competencias clave. <http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseco/en/index/03/02.parsys.78532>.
- Ortiz , T. (1997) *Feminismo, mujeres y ciencia*. En F. J. Rodríguez Alcázar, R. M. Medina Doménech y J. A. Sánchez Cazorla (eds.), Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz. Granada, Universidad de Granada.
- Ortner, B. (1996) *Whitehead, Harriet*. Indagaciones
- Pardo,P.(2011) *Liderazgo personal e interpersonal en los cordinadores y profesionales en enfermería que laboran en las ips de 3er. nivel de atencion de Cartagena*. Madrid: CTO Editorial,. p. 5-41. 4.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. N.York: Free Press

Pedraja, L; Rodríguez ,E; Rodríguez, J (2006c) *Leadership styles and effectiveness: a study in small firms en Chile*. Interciencia 31: 500-504.

Pedraja, L, Rodríguez, E; Rodríguez, J (2008). *The influence of leadership styles on effectiveness: A comparative study among large, small and meidum sized private business*. Rev. Cienc. Soc. 14: 21-29.

Peiró, J. M. (1996). *Psicología social de las organizaciones*. Madrid: McGraw Hill.

Peres ,M; Ciampone ,T.(2006) *Gerência e competências gerais do enfermeiro*. Texto Contexto Enferm.15(3):492-9.

Pérez E, Oteo ,A.(2006) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*. Madrid: Díaz de Santos;

Pérez , C. (2005). *Muestreo estadístico: conceptos y problemas resueltos*. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2005

Perrenoud, Ph. (1999) *Construir competências é viras as costas aos saberes ?*, Pátio. Revista pedagogica (Porto Alegre, Brasil) n° 11, Novembro, pp. 15-19.

Pervin, L. (1984) *Personality*. Nueva York: Wiley.

Pestana, H., & Gageiro, N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa.Silabo.

Peters, T. (2005) *La esencia del liderazgo*. España, Pearson.

Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2005-2008) (SSPA) identifica la Gestión por Competencias

Plan de Calidad del SSPA (2010-2014) .Junta de Andalucía.

Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario de Andalucía.(2009) Plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario de Andalucía. -- [Sevilla] : Consejería de Salud,

- Poblete, M., García, A. y Pereda, V. (2004). *El perfil diferencial del liderazgo de centros educativos en función del género*. En Dirección para la innovación: apertura de los centros a la sociedad del conocimiento. IV Congreso internacional sobre dirección de centros docentes (pp. 817-847). Bilbao: ICE de la universidad de Deusto.
- Podsakoff, M., Todor, D., Grover, A. y Huber, L. (1984). *Situational moderators of leader reward and punishment behaviors: Fact or fiction?* Organizational Behavior and Human Performance, 34(1), 21-63. profesionales de enfermería hospitalarios" Metas de enfermería, (45):pp.6-12
- 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. (2007) *Identidad de la enfermería y el tipo de liderazgo requerido por el sector salud en Chile*. Horizonte de Enfermería, 18, 23-50
- Putti, J.M. y Tong, C. (1992). *Effects of leader behavior on subordinate satisfaction in a civil service-asian context*. Public Personnel Management, 21(1), 53-63. Quarterly, 14, 261-295. Quarterly, 16, 321-338.
- Ralph M (1999). *Teorías e investigación del Liderazgo*. Madrid. Cuarta Edición. Editorial Edansa
- Ramos MA, et al. (2002) *Entamoeba histolytica genomic organization: identification, structure, and phylogenetic relationship of two serine-threonine protein kinases*. Exp Parasitol 100(2):135-9
- Real Decreto (1044/2003). De 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
- Real Decreto (1093/2010), de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto (1125/2003). De 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Real Decreto (1393/2007). De 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Real Decreto (1393/2007). De 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas superiores

Real Decreto (1837/2008). Reconocimiento títulos europeos para ejercer profesión regulada. <http://www.msc.es/profesionales/formacion/recoTitulosEuro/home.htm>

Real Decreto (861/2010), de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales

Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública de 7 de Mayo de 1915.

Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de diciembre de 2006 *sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente*

Resolución del Parlamento Europeo, de 3 de febrero de 2016, *sobre la nueva estrategia para la igualdad de género y los derechos de las mujeres en Europa después de 2015* (2016/2526(RSP))

Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición (2012)© Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud y Bienestar Social

Ribelin ,J.(2003) *Retention reflects leadership style*. Nursing Management, 34 (8) , pp. 18–20.

Ríos , G. E.(2010). *Liderazgo como clave del éxito de la alta gerencia*. Universidad Militar Nueva Granada

- Robbins, S. (1999). *Comportamiento Organizacional*. Mexico: Editorial Prentice Hall.
- Robbins, S; Judge, T. (2013). *Comportamiento organizacional*. Pearson Educación, México, 2009.
- Rodriguez, M. (1988). *Liderazgo: desarrollo de habilidades directivas*. Serie: Capacitación Integral. Mexico: Manual Moderno.
- Rodríguez, E (2007). *Leadership styles, strategic decision making, and performance: An empirical study in small and medium firms*. Interciencia, 32(8): 522-528.
- Rodríguez, J (2007). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. Cap. 18. México: McGraw-Hill., pp. 403-417.
- Romero, O. (1993). *Liderazgo motivacional: concepción y aplicación en la industria*. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional. (2015) 12 (2), 109-125
- Rosener, J. B. (1990). *Ways women lead*. Harvard Business Review, 68, 119-125.
- Rosenkrantz, P., Vogel, S. R., Bee, H., Broverman, I. K., y Broverman, D. M. (1968). *Sex-role stereotypes and self-concepts in college students*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32, 287-295.
- Rowold, J. y Heinitz, K. (2007). *Transformational and charismatic leadership: Assessing the convergent, divergent and criterion validity of the MLQ and the CKS*. Leadership Quarterly, 18(2), 121-133.
- Rozo, S. M.; Abaunza, M. (2010) Liderazgo transaccional y transformacional. Avances en Enfermería. jul-dic, 28(2).
- Rubin (1986). *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. Nueva Antropología Nº 30, 1986
- Rubin, G. (1975) *The traffic in women : notes on the political economy of sex*, Reiter, R. (ed.). Toward and Anthropology of Women. New York, Monthly Review Press, , pp. 157-210.

- Rué, J. (2009). *El aprendizaje autónomo en la Educación Superior*. Madrid, Narcea, (en prensa)
- Ruiz ,T., Verbrugge ,M.(1997) *A two way view of gender bias in medicine*. J Epidemiol Community Health ; 51: 106-109.
- Sánchez Cl. (1999) *La gestión de enfermería*. Un proceso de gestión y capacitación. Revista de enfermería. Inst. Mex. Seguro Soc. ; 7 (2):122
- Scott, J. (1988). *A Reply to Criticism*. En: International Labor and Working-Class History. N° 32. Fall, págs. 39-45. "On Language, Gender and Working-Class History". En: Gender and the Politics of History. Columbia University Press. New York, 1988, págs. 53-67. "Women in The Making of the English Working Class". En: Gender and the Politics of History. Columbia University Press. New York, 1988, págs. 68-92.
- Scott, J.(1990) *El género, una categoría útil para el análisis histórico*. Ed. Alfons el Magnanim, Valencia
- Schein, V. E. (1976). *Think manager, think male*. Atlanta Economic Review,
- Schriesheim, c.,Bannister, B. & Money,W.(1979). *Psychometric properties of the PLC scale: An extension of rice's review*. Academy of Management Review. April. 280-290.
- Schriesheim, C. A., & Coglisier, C. C. (2009).*Construct validation in leadership research: Explication and illustration*.The Leadership Quarterly,20, 725–736.
- Schriesheim, c.,Bannister, B. & Money,W.(1979). *Psychometric properties of the PLC scale: An extension of rice's review*. Academy of Management Review. April. 280-290.
- Schubert V. (1988) *El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis*. Revista Horizonte de Enfermería. 9 (1):7-21.
- Sheridan,E; Vredenburgh;J . (1978) *Usefulness of leadership behavior and social power variables in predicting job tension, performance, and turnover of nursing employees*. Journal of Applied Psychology, Vol 63(1), 89-95.

- Sheridan,E; Vredenburg ,J . (1979) *Structural model of leadership influence in a hospital organization*. Acad Manage J. ;22(1):6-21.PMID:10240758
- Sheridan, J. y Vredenburg, D. y Abelson, M (1984) *Contextual model of leadership influence in hospital units*, Academy of Management Journal, 27, 57-78
- Simone de Beauvoir. (1981). *El segundo sexo*. En “Obras completas”, tomo II, Aguilar, Madrid
- Smith, B., & Peterson, F. (1988). *Leadership, organizations and culture: An event management model*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Stogdill, M. y Coons, E. (1957). *Leader behavior: Its description and measurement*. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research
- Stogdill, M.(1974). *Handbook of leadership: A survey of the literature*. New York. Free Press
- Stolcke, V. (1992). *¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?* Mientras Tanto, 48, 87- 111.
- Stoller, R. (1964). *A Contribution to the Study of Gender Identity. International*. Jo Thieme, C. (2005). Liderazgo y eficacia en la educación primaria. El caso de Chile. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Economía de la Empresa, Barcelona).
- Tobón, (2012). *Formación integral y competencias*. Bogota:ECOE.
- Tomas , Joaquin, y Fernandez,L . (2002). *Estrés laboral en profesionales de enfermería hospitalarias*. Metas de enfermería
- Tomey, A. *Guía de gestión y dirección de enfermería*. Guía de gestión y dirección de enfermería. 6ª Ed-84-8174-526-X-54, 62, 2001.
- Torralba, F. (1998) *Antropología del cuidar*, Madrid: Fundación Mapfre Medicina.jurnal of Psychoanalysis (en inglés) (45): 220-226.

Torres, C. *El Espacio europeo de Enseñanza Superior aplicado al deporte: una propuesta metodológica reflexiva en baloncesto*. Cuadernos de psicología del deporte, ISSN 1578-8423, Vol. 9, Nº. 2, 1 (Suplemento), 2009 (Ejemplar dedicado a: Baloncesto), págs. 88-89

Toynbee, J. (1933- 1961). *A Study of History*. Oxford University Press, 12

Trottier, T., Van Wart, M. y Wang, X. (2008). *Examining the nature and significance of leadership in government organizations*. Public Administration Review, 68(2), 304-311.

Tuning Educational Structures in Europe (2006): "La contribución de las universidades al proceso de Bolonia"

Turner, N., Barling, J., Epitropaki, O., Butcher, V., y Milner, C. (2002). *Transformational leadership and moral reasoning*. Journal of Applied Psychology, 87, 304-311.

Unger, R., & Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist Psychology*. New Cork: McGraw-Hill. Valle del, T. (1993). *Gendered Anthropology*. London: Routledge..

Unión Europea. (2005). Recomendación del parlamento europeo y del consejo sobre las competencias

Valle del, T. (1993). *Gendered Anthropology*. London: Routledge..

Van den Eynde, A. (1994). *Género y ciencia, ¿términos contradictorios? Un análisis sobre la contribución de las mujeres al desarrollo científico*. Revista Iberoamericana de educación, ISSN-e 1022-6508, Nº 6,

Van Engen, M. L., van der Leeden, R., & Willemsen, T. M. (2001). *Gender, context and leadership styles: A field study*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 74, 581-598.

Van Wart, M. (2007). *Leadership in public organizations: An introduction*. Armonk, New York: M.E. Sharpe

- Vega, C. & Zavala, G. (2004). *Adaptación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo (MLQ forma 5X Corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Vroom, V. & Jago, A. (1990). *Nuevo liderazgo*. Madrid: Ediciones Dfaz de Santos, S.A
- Wang, H., Law, K.S., Hackett, R.D., Wang, D. y Chen, Z.X. (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(3), 420-432.
- Weber, M. (1956/1964). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva* (Trad. J.M. Echavarría. 17va. Reimp. 2008). México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Welch & Comer (1988). *Quantitative methods for public administration*. Dorsey Press
- Willner, A.R. (1984). *The spellbinder: charismatic political leadership*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Woodward, K. (1997). *Identity and Difference: Media and Identities*. London: Sage
- Yordi, I. (2003). *La política de la OMS en materia de género*. QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación
- Yukl, G. (1998). *Leadership in organizations* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice
- Yukl, G.A. (2009). *Leadership in organizations* (7ma. Ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Yammarino, F.J. y Bass, B.M. (1990). *Long-term forecasting of transformational leadership and its effects among naval officers: Some preliminary findings*. En K.E. Clarke y M.B. Clarke (Eds.), *Measures of Leadership* (pp. 151-169). West Orange, NJ: Leadership Library of America

ANEXOS

ANEXO 1

Questionarios Modelo A y B Credencial Hoja Informativa

Cuestionario Modelo A

Modelo A.-Cuestionario para mandos intermedios de enfermería

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género: _____ **2. Edad:** _____ años

Masculino _____

Femenino _____

3. Estado Civil: _____ **4. Hijos: Si** _____ **No** _____

Soltero/a _____

Casado/a _____

Separado/a _____

Divorciado/a _____

Viudo/a _____

5. Tipo de Contrato. _____ **6. ¿Tiempo en el servicio actual?** _____ años

Fijo _____

Interino/a _____

Eventual _____

7. ¿Causa o motivo por el que se ha presentado a la supervisión?:

Desarrollo personal _____

Para ganar más dinero _____

Por reconciliación familiar _____

Por ser propuesto/a por su dirección de enfermería _____

8. ¿Cuánto tiempo lleva de supervisor/a? _____ años

9. ¿Pertenece a unidad de gestión clínica? Si _____ **No** _____

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO MLQ. PARA MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERIA.

10. Ayudo a la gente a mi cargo, siempre que se esfuercen en su trabajo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

11. Actualizo las ideas conforme a los cambios que se pueden producir.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

12. Evito intervenir hasta que los problemas se agravan.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

13. Presto atención a las irregularidades, fallos, con respecto a la norma establecida.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

14. Evito involucrarme cuando surge algún problema importante.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

15. Hablo a la gente a mi cargo de los valores y creencias más importantes para mí.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

16. Estoy ausente cuando se me necesita.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

17. Busco diferentes perspectivas - o formas de ver las cosas - a la hora de solucionar los problemas

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

18. Hablo del futuro con optimismo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

19. Hago que la gente a mi cargo se sienta orgullosa de trabajar conmigo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

20. Especifico la responsabilidad de cada uno en el logro de los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

21. Espero que las cosas vayan mal antes de actuar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

22. Hablo con entusiasmo acerca de los logros que deben alcanzarse.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

23. Expreso con claridad la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

24. Dedico tiempo a la enseñanza y a la formación.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

25. Dejo claro lo que uno puede recibir si se consiguen los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

26. En mi trabajo diario tengo dicho que no me molesten hasta que algo no esté roto del todo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

27. Voy más allá de mi propio interés en beneficio del grupo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

28. Trato a la gente más como persona individual que como miembro de un grupo

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

29. Dejo que los problemas se vuelvan crónicos antes de actuar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

30. Actúo de forma que me gano el respeto de la gente que trabaja conmigo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

31. Concentro toda mi atención en subsanar los errores, reclamaciones y fallos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

32. Tengo en cuenta las consecuencias éticas y morales de mis decisiones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

33. Llevo un registro de todos los fallos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

34. Dov muestras de poder v confianza en mí mismo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

35. Presento una convincente visión del futuro.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

36. Hago que la gente a mi cargo dirija su atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

37. Evito tomar decisiones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

38. Considero que cada uno de los miembros de mi equipo tiene diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

39. Hago que la gente a mi cargo contemple los problemas desde muchos ángulos diferentes.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

40. Ayudo a que la gente de mi equipo desarrolle sus capacidades.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

41. Sugiero nuevas maneras de realizar el trabajo asignado.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

42. Retraso la respuesta a las cuestiones urgentes.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

43. Enfatizo la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

44. Expreso satisfacción cuando se cumplen los objetivos pactados.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

45. Muestro confianza en que se conseguirán los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

46. Soy efectivo a la hora de satisfacer las necesidades laborales de las personas de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

47. Uso métodos de liderazgo satisfactorios.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

48. Consigo que la gente rinda más de lo que ellos mismos esperaban.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

49. Soy eficaz a la hora de representar a la gente de mi equipo ante la autoridad.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

50. Trabajo de forma satisfactoria con la gente a mi cargo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

51. Potencio el deseo de tener éxito en la gente de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

52. Soy eficaz a la hora de cumplir las demandas de la organización.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

53. Incremento el deseo de trabajar más en la gente de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

54. El grupo que dirijo es eficaz.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION

Cuestionario Modelo B

Modelo B.-Cuestionario para Enfermeros/as y Auxiliares de Enfermería.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:

Masculino _____

Femenino _____

2. Edad: _____ años

3. Estado Civil:

Soltero/a _____

Casado/a _____

Separado/a _____

Divorciado/a _____

Viudo/a _____

4. Hijos: Si _____ No _____

5. Tipo de Contrato.

Fijo _____

Interino/a _____

Eventual _____

6. ¿Tiempo en el servicio actual? _____ años

7. ¿Cuál es su categoría profesional

Enfermero/a _____

Auxiliar de Enfermería _____

8. ¿Qué tipo de turno tiene usted? _____

9. ¿Genero de su jefe directo?:

Hombre _____

Mujer _____

10. ¿Pertenece a unidad de gestión clínica?: Si ____ No ____

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO MLQ. PARA ENFERMEROS/AS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

11. Ayuda a la gente a mi cargo, siempre que se esfuercen en su trabajo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

12. Actualiza las ideas conforme a los cambios que se pueden producir.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

13. Evita intervenir hasta que los problemas se agravan.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

14. Presta atención a las irregularidades, fallos, con respecto a la norma establecida.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

15. Evita involucrarme cuando surge algún problema importante.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

16. Habla a la gente a mi cargo de los valores y creencias más importantes para mí.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

17. Esta ausente cuando se me necesita.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

18. Busca diferentes perspectivas - o formas de ver las cosas - a la hora de solucionar los problemas

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

19. Habla del futuro con optimismo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

20. Hace que la gente a mi cargo se sienta orgullosa de trabajar conmigo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

21. Especifica la responsabilidad de cada uno en el logro de los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

22. Espera que las cosas vayan mal antes de actuar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

23. Habla con entusiasmo acerca de los logros que deben alcanzarse.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

24. Expresa con claridad la importancia de llevar a cabo lo que nos proponemos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

25. Dedicar tiempo a la enseñanza y a la formación.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

26. Dejar claro lo que uno puede recibir si se consiguen los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

27. En mi trabajo diario tiene dicho que no le molesten hasta que algo no esté roto del todo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

28. Va más allá de mi propio interés en beneficio del grupo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

29. Trata a la gente más como persona individual que como miembro de un grupo

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

30. Deja que los problemas se vuelvan crónicos antes de actuar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

31. Actúa de forma que me gano el respeto de la gente que trabaja conmigo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

32. Concentra toda mi atención en subsanar los errores, reclamaciones y fallos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

33. Tiene en cuenta las consecuencias éticas y morales de mis decisiones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

34. Lleva un registro de todos los fallos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

35. Da muestras de poder y confianza en mí mismo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

36. Presenta una convincente visión del futuro.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

37. Hace que la gente a mi cargo dirija su atención hacia los fallos a la hora de cumplir lo establecido.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

38. Evita tomar decisiones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

39. Considera que cada uno de los miembros de mi equipo tiene diferentes necesidades, capacidades y aspiraciones.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

40. Hace que la gente a mi cargo contemple los problemas desde muchos ángulos diferentes.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

41. Ayuda a que la gente de mi equipo desarrolle sus capacidades.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

42. Sugiere nuevas maneras de realizar el trabajo asignado.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

43. Retrasa la respuesta a las cuestiones urgentes.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

44. Enfatiza la importancia de tener un sentido colectivo de la misión a realizar.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

45. Expresa satisfacción cuando se cumplen los objetivos pactados.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

46. Muestra confianza en que se conseguirán los objetivos.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

47. Es efectivo a la hora de satisfacer las necesidades laborales de las personas de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

48. Usa métodos de liderazgo satisfactorios.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

49. Consigue que la gente rinda más de lo que ellos mismos esperaban.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

50. Es eficaz a la hora de representar a la gente de mi equipo ante la autoridad.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

51. Trabaja de forma satisfactoria con la gente a mi cargo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

52. Potencia el deseo de tener éxito en la gente de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

53. Es eficaz a la hora de cumplir las demandas de la organización.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

54. Incrementa el deseo de trabajar más en la gente de mi equipo.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

55. El grupo que dirige es eficaz.

NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	BASTANTE	SIEMPRE

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION

Le solicito su conformidad para participar en el estudio, "EL LIDERAZGO ENFERMERO EN HOSPITALES DE ANDALUCIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO".

Este trabajo corresponde al proyecto de investigación para la elaboración de una tesis doctoral que se realiza dentro del Programa de Doctorado de la Universidad de Granada, dirigido por el Departamentos de Didáctica y Organización Escolar, de la Facultad de Ciencia de la Educación de la Universidad de Granada

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO SON:

1 Identificar si existen diferencias en los cargos intermedios de enfermería, hombres y mujeres, desde la base de su auto-percepciones, con relación a los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo-evitador..

2 Comprobar si existe diferencias en base a los resultados del liderazgo, eficacia, satisfacción y esfuerzo- extra, si el mando intermedio enfermero es hombre o mujer.

3 Conocer si existe diferencias significativas en el estilo de liderazgo ejercidos por los mandos intermedios de enfermería en función del genero, en opinión de los subordinados.

4 Examinar si existen diferencias significativas en las variables, Eficacia, Satisfacción y Esfuerzo extra, entre los mandos intermedios de enfermería según sean hombre o mujer en opinión de los subordinados/as personal de base de enfermería, hombres o mujeres..

5 Determinar si existe alguna relación entre los estilos del liderazgo, Transformacional, Transaccional y Pasivo-Evitador percibido por los mandos intermedios de enfermería, hombres y mujeres con las variables de desempeño: Esfuerzo-Extra, Satisfacción y Eficacia.

6- Estudiar si existe alguna relación entre los estilos de liderazgo, transformacional, transaccional y pasivo- evitar, percibido por los mandos intermedios de enfermería y

sus características socio-demográficas (edad, estado civil, tener hijos, tipo de contrato, tiempo en la supervisión, motivo por el que ha optado a la supervisión, pertenecer o no a unidad de gestión clínica).

METODOLOGIA EMPLEADA:

Se trata de un estudio descriptivo y la recogida de información se hará mediante un cuestionario anónima y voluntaria que solicito realice en su centro de trabajo, que una vez cumplimentada recogeré personalmente

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA y en cualquier momento puede revocar su consentimiento, sin necesidad de tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en el cuidado que va a recibir.

Me comprometo a MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD de los datos obtenidos de acuerdo a la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal y solo se utilizaran para los fines del presente estudio.

En caso de información de carácter personal que pueda ser identificable, será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Agradecido de antemano por su participación.

ANEXO II

Difusión de la investigación de Calidad

Artículos

Congresos

Difusión de la investigación

Artículos:

Rejano C. , Fernandez R., Caceres M.P Reche, Garcia I (2015) A Multicenter Study of Nursing Leadership in Andalusian Hospitals from a Gender-based Perspective” West Indian Medical Journal.2015-467

Rejano C. (2015) Liderazgo, organización y genero, discurso de mandos intermedios de enfermería en hospitales públicos de Andalucía, España. Journal for Educators, Teachers and Trainers.

Comunicaciones a Congresos

Comunicación en formato oral, presentada en las III Jornadas Internacionales y V Nacionales de Ciencias de La Salud. Celebradas en Granada del 7 al 9 de Marzo de 2013. Titulada: “Liderazgo En Enfermería En Hospitales Del Sistema Público De Andalucia”. (Código F12143).

Ponencia Magistral “El líder que late en enfermería, crece y hace crecer”, presentada en XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Neurocirugías. Granada 16 de mayo 2014.

Comunicación en formato oral, presentada en las 22 Jornadas de Supervisión de Enfermería, Enfermeras Gestoras . Celebradas en Zaragoza del 25 al 27 de Mayo 2011. Titulada “Liderazgo Enfermero en los Hospitales Regionales de Andalucía desde una perspectiva de genero”

ANEXO III

Indicios de Calidad Artículos y Comités Éticos



INDICIOS DE CALIDAD WEST INDIAN MEDICAL JOURNAL

- Indexado en JCR.
- Factor de Impacto: 0.332
- Q4 en Medicina General e Interna (138/154)

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	154	138	Q4

A multicenter study of nursing leadership in Andalusian hospitals from a gender-based perspective

Estudio multicéntrico del liderazgo enfermero en Hospitales de Andalucía desde una perspectiva de género

Short title:

Nursing leadership in hospitals from a gender-based perspective

Liderazgo de enfermería en los hospitales desde una perspectiva de género

Mr. Carmelo Rejano Carrasquilla¹.

Dr. Castillo RF².

Dra. Cáceres Reche, M^a P².

Dra. García García I².

Filiation:

1: Academic Medical Center. Virgen de las Nieves Granada Spain.

2. University of Granada. Spain

Conflicts

Did all authors have full access to all study data, take full responsibility for the accuracy of the data analysis, and have authority over manuscript preparation and decisions to submit the manuscript for publication? - Yes

Are you aware that any of the authors' academic institutions or employers has any financial interest in or a financial conflict with the subject matter or materials discussed in this manuscript? - No

- Is this manuscript currently under consideration elsewhere (e.g., at another journal or the

Cochrane Library), or has a similar version of this manuscript been published elsewhere (e.g., in another journal or the Cochrane Library)? - No

Synopsis:

In today's world, leadership is a key factor in the coordination and direction of the personnel in healthcare centers. Consequently, it is crucial to determine the predominant leadership behaviors typical of the different nursing management levels and to analyze how this leadership is reflected in daily interactions between supervisors and subordinates. The results will ultimately lead to a more efficient hospital system and a more effective use of human resources.

Abstract:

Introduction: Leadership is the ability to guide subordinates in a direction or decision so that they can perform a task or achieve a goal that leaves them feeling empowered and accomplished. Leaders are capable of producing changes and at the same time, they inspire others to do the same. This research analyzed gender-based differences and dimensions of nursing leadership styles in eighteen hospitals in Andalusia, a region of southern Spain.

Materials and methods: The sample population of the study comprised 335 subjects, who were middle managers in 18 public regional hospitals in Andalusia. The instrument used to measure different leadership styles was the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ 5X-Short form), composed of 45 items.

Results: The study showed that the most predominant leadership style was transactional leadership with a mean value of $M = 4.22$ ($SD = 0.42$) followed by transformational leadership with a mean value of $M = 3.97$ ($SD = 0.45$). Of the three styles analyzed, transactional leadership had the highest statistical median for both male and female subjects. From a gender-based perspective (Table 3), transformational leadership showed statistically significant differences ($p < 0.01$) between men and women. This was true for leadership styles as well as for the dimensions that define each style.

Conclusion: The most frequent leadership style in middle nursing management in Andalusian hospitals was transactional leadership. In regards to the three leadership styles as well as their dimensions, the female subjects obtained the highest scores. This means that from a gender-based perspective, female nursing managers had better performance levels than their male counterparts in the regional hospital system in Andalusia.

Key words: transformational leadership, transactional leadership, nursing management

Resumen

Introducción: El liderazgo se ocupa de cómo los líderes influyen en el cambio e inducen seguidores para producir cambios. Este trabajo estudia las diferencias desde una perspectiva de género los estilos de liderazgo enfermeros y sus dimensiones en una población de enfermeros de diferentes hospitales de Andalucía.

Material y método: : Se estudiaron 335 sujetos, todos mandos intermedios de dieciocho hospitales de la red Pública de una región de España. El instrumento utilizado para la medición fue el Cuestionario de Liderazgo de Factores Múltiples (Multifactor Leadership Questionnaire MLQ 5X) formado por 45 ítems.

Resultados: El estilo de liderazgo predominante en general es el transaccional con una media de $M=4.22$ (DE 0.42) seguido del liderazgo transformacional $M=3.97$ (DE 0.45).

El estilo transaccional presenta la mediana estadística más alta de los tres estilos pero muy similar en ambos géneros, mostrando que es el liderazgo mas utilizado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias mas altas en mujeres que en hombres dentro de los estilos de liderazgo utilizados así como en las áreas que definen cada estilo.

Conclusiones: En conclusión, nuestro trabajo muestra que el estilo de liderazgo mas utilizado en los hospitales de Andalucía por los directivos enfermeros es el Liderazgo transaccional. En los tres estilos de liderazgo analizado las mujeres han obtenido las puntuaciones mas altas, asi como en las áreas analizadas, por lo que desde el punto de vista de este estudio las mujeres lideres enfermera aparacen como mejores gestoras dentro del sistema de gestión hospitalario.

Palabras clave: liderazgo transformacional, liderazgo transaccional, gestión de enfermería

Introduction

Hospitals are social systems in which human resources and their management are generally extremely important factors in the optimal provision of healthcare and the smooth operation of healthcare organizations(1). In this regard, hospitals require leaders at the management level who are able to work closely with personnel in order to perform tasks and achieve goals. Evidently, objectives cannot be successfully attained without the targeted efforts and commitment of both supervisors and employees(2).

Leadership is the ability to guide others in a direction or decision so that they can perform a task or achieve a goal that leaves them feeling empowered and accomplished. Leaders are capable of producing changes and at the same time of inspiring others to do the same(3). Accordingly, nurse managers should create hospital environments that support and motivate nursing personnel. Leadership qualities include the capacity to guide and influence others as well as the motivation and vision to achieve organizational efficiency(4). In this sense, the task of managers and supervisors is to coordinate resources by using a set of functions and procedures geared to the attainment of specific organizational goals(5).

Nurse managers may have a wide range of different leadership styles. These styles range from the more classical modes of authoritarian, democratic, laissez-faire, bureaucratic, and situational leadership to more contemporary styles, such as charismatic, transactional, transformational, or participative leadership(6). In hospital environments, the leadership style of nurse managers may have a significant impact on worker satisfaction(7). Research has shown that transformational leadership is more beneficial than transactional leadership, as reflected in the job satisfaction index of nursing personnel(8).

Transactional leadership establishes a clear chain of command. The transactional leader expects subordinates to perform tasks and satisfy requirements in exchange for a salary or some sort of compensation(9). Before the appearance of transformational leadership theory, it was generally believed that transactional leadership was the most effective leadership behavior in large organizations. Unlike transformational leadership, transactional leadership is based on a system of rewards(10). The transactional leader establishes objectives, gives instructions, and uses contingent rewards to reinforce

desirable behavior in employees so that they will work harder to achieve performance goals. These rewards include praise and acknowledgement, salary bonuses, job promotions, etc (11).

However, the most successful leaders are those that achieve a balance between transactional and transformational leadership, thus creating a leadership style that is more in consonance with worker needs. Leaders who successfully use a balanced combination of these two styles can help their followers towards greater individual and organizational achievements. This enables subordinates to feel more confident in themselves and their performance and to have a greater sense of belonging to their organization(12). This shared sense of direction with management empowers workers and leads to greater loyalty and a stronger organizational commitment. The degree of commitment is reflected in employee acceptance of the objectives and values of the organization. The organization thus operates more smoothly because of the considerable efforts of its personnel to work together towards shared performance goals and to continue being a part of the organization(13).

Nevertheless, nursing is still perceived as a 'feminized' profession. In the literature on nursing leadership, studies generally focus on the nursing profession in general and do not address gender-based differences. This research thus studied nursing leadership and its dimensions from the perspective of gender in a population of nurses in various hospitals in the region of Andalusia in southern Spain.

Materials and Methods

Subjects: The sample in our study comprised 335 nursing professionals, 97 men and 238 women, who worked as middle managers in eighteen public hospitals in Andalusia.

Method: The data collection instrument of the study was the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ 5X-Short form), composed of 45 items. For over two decades, this questionnaire has been widely used throughout the world to measure leadership behaviors in organizational science. As reflected in the results of different studies, the MLQ 5X-Short form, which is structured in terms of four factors, produces the best fit with the data.

The first factor in the MLQ 5X is transformational leadership, which increases the individual or collective capacity of organization members to solve problems and to make decisions(14). The second factor is transactional leadership in which a reward and punishment system is used to motivate subordinates and enhance their work performance (15). The third is corrective leadership in which the leader monitors subordinates' actions in relations to certain standards and detects and corrects errors. Finally, the fourth factor is laissez-faire leadership in which the leader avoids any involvement and allows the staff to establish goals, make decisions, and resolve problems on their own (Bass and Avolio 1990).

Of the 45 items in the MLQ 5X-Short form, 36 items measure leadership styles. The other nine items measure organizational outcome variables such as the extra effort that employees are willing to make, leader effectiveness, and employee satisfaction with the leader.

Procedure

The first step was to translate the MLQ 5X-Short form into Spanish. As previously mentioned, the instrument is composed of four factors: (i) transformational leadership; (ii) transactional leadership; (iii) corrective leadership; (iv) laissez-faire leadership. After the questionnaire was translated into Spanish, two professional translators then translated the text back into English. It was thus possible to verify that the meaning of the Spanish translation was the same as the meaning of the original text. The translated version of the questionnaire was then assessed by three experts in questionnaire design, and semantically adjusted according to their suggestions.

In the second stage of our study, the questionnaire was piloted. Previously, however, we contacted the nursing management offices of the five hospitals in the sample. These medical centers represented the three levels of specialized health care in Andalusia. The objective of piloting the questionnaire was to collect the responses and suggestions of the participants. This information was extremely valuable because it allowed us to adapt the items to the healthcare context in Andalusia and also to ascertain whether the meaning of the items was clear.

The analysis of the questionnaires showed that of the 45 items, there were

two items that the participants were not certain how to answer. These items were subsequently modified by the experts in questionnaire design so as to make them more understandable. The questionnaire was then administered to 10 nursing professionals. As reflected in their answers, all of the items in the modified version of the questionnaire elicited the desired information. The questionnaire was thus regarded as satisfactory in its wording and design.

The next step was to analyze the factorial structure of the questionnaire, based on four scales: transformational leadership, transactional leadership, corrective leadership, and laissez-faire leadership. The results of the analysis showed high levels of reliability and validity. This was the basis for our research study of 18 public hospitals in the region of Andalusia.

In order to conduct our study, it was necessary to send letters to the nursing management offices of the hospitals requesting permission to administer the questionnaire to their personnel. Also included was a detailed description of the project. Most of the hospitals immediately gave permission to carry out the study. Three hospitals, however, said that the project first had to be analyzed and approved by their respective ethics committees. The project was finally approved in these hospitals, and we were able to proceed with our research.

Statistical Analysis

The data were analyzed with the IBM SPSS Statics 20 statistical software package. The results are expressed as frequencies, percentages, and averages $\pm$ standard deviation pertaining to the variables of age, marital status, contract type, professional experience, job seniority, and hospital. Simple average analysis was used to evaluate the difference in leadership styles and the dimensions in each one. To evaluate gender and leadership type, we examined the difference in averages and variances by means of a Student's t test for independent groups based on a confidence interval of 95%. All of the data were expressed as a mean value and a standard deviation ($X \pm SD$). Values of $p < 0.05$ were considered to be statistically significant.

Results

The mean age of the male subjects in the sample was 45.7 (SD 8.3) and that of the female subjects was 46.7 (SD 7.7). As reflected in the demographic characteristics (Table 1), the age of most of the sample, regardless of gender, ranged from 40 to 49 years. The majority of these subjects were married. Regarding their work status, 86% had a permanent contract, 11% had a fixed-term contract, and 3% had a temporary contract. Professional experience is another factor to take into account. Most of the male and female subjects had been working for 1-5 years or 6-10 years. Fewer had professional experience of over 11 years. The number of men and women working in each hospital varied though there was a higher percentage of female participants.

Generally speaking, the predominant leadership style is transactional leadership (Table 2) with a mean value of $M=4.22$ (SD 0.42) followed by transformational leadership ($M = 3.97$, SD 0.45). Within transformational leadership, the main component was Individualized Consideration (IC) with a mean value of 4.11 (SD 0.52) followed by Intellectual Stimulation ($M = 4.09$, SD 0.48), Idealized Influence-Behaviors IIB ($M = 4.02$, SD 0.53), Inspirational Motivation (IM) ($M = 3.09$, DT 0.55) and finally Idealized Influence-Attribution (IIA) ($M = 3.77$, DT 0.60).

Within transactional leadership, the main dimension was Contingent Reward (CR)

($M = 4.44$, DT 0.50) followed by Active Management by Exception (AME) ($M = 3.54$, DT 0.61), and finally by Passive Management by Exception (PME) ($M = 2$, DT 0.41). The least used leadership style was Laissez-faire (LF).

Figure 1 shows the leadership styles depending on gender. The transactional leadership style has the highest statistical mean with similar values for both genders. This signifies that it is the most popular leadership style, which is very desirable since the sample is mainly composed of young managers as reflected in the ages of the subjects. This is very clear given the fact that 50% of the data (between the 25th and 75th percentiles represented by the box plot) are distributed between points 3 and 5 of the leadership scale. The transformational leadership style with a median of 4 points was used less frequently by the sample. And even more strikingly, in a sample

of professionals who have management roles and/or who are in training, laissez-faire leadership is located at a very low point on the measuring scale. The values for these subjects are at a distance of more than 2.5 box lengths from the 75th percentile.

In regards to gender-based differences in leadership styles (Table 3), transformational leadership showed statistically significant differences ($p < 0.01$) between men ($M=3.88$; $SD\ 0.44$) and women ($M=4$; $SD\ 0.40$). More specifically, in the dimension of Inspirational Motivation, statistically significant differences ($p < 0.01$) were found between the male subjects ($M=3.83$; $SD\ 0.57$) and female subjects ($M=4.05$; $SD\ 0.53$).

Statistically significant gender-based differences were also obtained for transactional leadership ($p < 0.01$) in which men had a score of $M=4.13$ ($SD\ 0.48$) and women, $M=4.26$ ($SD\ 0.44$). There were also statistically significant gender-based differences ($p < 0.01$) in the dimension of Contingent Reward. The male subjects had a score of $M=4.23$ ($SD\ 0.52$) and female subjects, a score of $M=4.38$ ($SD\ 0.49$). Statistically significant differences ($p < 0.05$) were also found in laissez-faire leadership between men ($M=1.56$, $SD\ 0.52$) and women ($M=1.41$, $SD\ 0.43$).

Discussion

The results of our study showed that middle nursing management in 18 hospitals in Andalusia (Spain) had a greater tendency towards transactional leadership behaviors. This style of leadership is a process of change based on the achievement of previously established objectives(16). Transactional leaders generally negotiate a contract with their subordinates so that they know exactly what is required of them and are aware of the rewards that they will receive for following orders and achieving goals (Contingent Reward). The transactional leader often uses Management by Exception(17). This means that exceptions to expectation will lead to praise and reward for exceeding expectation, whilst some kind of corrective action will be applied for performance below expectation. The dimension of Management by Exception has two subdimensions: an active form (preventing errors before they occur) and a passive form (taking action after the error has occurred(18).

The results of our study showed that transactional leadership was the most popular

style since its median was higher than that of transformational leadership (Table 2). From a gender-based perspective, we found that both the male and female subjects were predisposed towards transactional leadership behaviors though this tendency was even more pronounced in women (Table 3). The mean value of the dimension of Contingent Reward was also greater in women than in men (Table 3). This could be due to the fact that women are more disposed to giving incentives than to imposing norms on subordinates. In fact, many authors claim that within the context of transactional leadership(19), contingent rewards are the foundation for the interaction between leaders and followers since such incentives entail the specification of objectives and responsibilities(20), the negotiation of contracts, and acknowledgement and praise for the attainment of high performance levels(21). The results of this study coincide with those of other research, which found that female directors and managers clearly outline objectives and appropriately reward their subordinates when these goals are attained(23). Transactional leadership is generally an integral part of smoothly run organizations(24)

Although transformational leadership does not seem to be as popular, it was also the source of gender-based differences. In this regard, women were found to be more disposed towards transformational behaviors than men. More specifically, they were perceived as reliable supervisors, who were focused on ideals and high ethical standards (Idealized Influence-Attribution). According to our study, they took into account the intellectual capacity of their followers and challenged them to be more creative and thus obtain higher levels of performance (Intellectual Stimulation). They also gave subordinates personal attention, showing genuine concern for their needs and feelings (Individual Consideration). These results indicate that regardless of cultural context, female leadership seems to be strongly imbued with certain characteristics commonly associated with female gender roles.

This study does not agree with other research in which women did not score as high as men in leadership(23,24). Moreover, according to Bass (1998), women often score lower in transformational leadership whereas men tend to evaluate themselves more highly. Nevertheless, our results coincide with those of other studies in that approximately the same percentage of male and female nursing managers focused on the dimensions of Idealized Influence, Inspirational Motivation, Individualized Consideration, and Intellectual Stimulation (25).

Of the five dimensions of transformational leadership, Inspirational Motivation was the source of the most striking gender-based differences. Our results showed that the female supervisors ($M=4.05$, $SD\ 0.57$) were better than their male counterparts ($M = 3.83$, $SD =0.53$) at effectively communicating a vision so that it was understandable, powerful, and engaging. In our view, this is consistent with qualities inherent in women who are often more capable of generating passion and enthusiasm than men(26).

In regards to transactional leadership, certain studies found that both genders engaged in Management by Exception and Contingent Reward in equal measure. Nevertheless, a more in-depth study of the dimensions of transactional leadership showed that there were slight gender-based differences in certain areas(27).

In conclusion, the most frequent leadership style found in middle nursing management in Andalusian hospitals was transactional leadership. In regards to the three leadership styles as well as their dimensions, the female subjects obtained the highest scores. This means that from a gender-based perspective, female nursing managers had better performance levels than their male counterparts in the regional hospital system in Andalusia (Spain).

References:

1. Cittée J, Sauteron B, Brossier S, Ferrat E, Attali C, Chouaïd C, Housset B. COPD patient care pathways: points of view of hospital personnel. *Sante Publique*. 2015;27(1):S177-87.
2. Christie B. Lack of leadership was at heart of hospitals' failings, report says. *BMJ*. 2015 10;351:h3799
3. Allen DE, Vitale-Nolen RA. Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *J Contin Educ Nurs*. 2005;36(6):277-82.
4. Bormann L, Abrahamson K. Do staff nurse perceptions of nurse leadership behaviors influence staff nurse job satisfaction? The case of a hospital applying for Magnet® Designation. *J Nurs Adm*. 2014 Apr;44(4):219-25.
5. García IG, Castillo RF, Santa-Bárbara E. Nursing organizational climates in public and private hospitals. *Nurs Ethics*. 2013 Oct 11;21(4):437-446.

6. Graham KR, Davies BL, Woodend AK, Simpson J, Mantha SL. Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can J Public Health*. 2011;102(6):427-31.
7. Apostolidis BM, Polifroni EC. Nurse work satisfaction and generational differences. *J Nurs Adm*. 2006 Nov;36(11):506-9.
8. McGuire E, Kennerly SM. Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nurs Econ*. 2006 Jul-Aug;24(4):179-85, 175.
9. Tyczkowski B, Vandenhouten C, Reilly J, Bansal G, Kubsch SM, Jakkola R. Emotional intelligence (EI) and nursing leadership styles among nurse managers.. *Nurs Adm Q*. 2015;39(2):172-80.
10. El Amouri S, O'Neill S. Leadership style and culturally competent care: Nurse leaders' views of their practice in the multicultural care settings of the United Arab Emirates.. *Contemp Nurse*. 2014;48(2):135-49.
11. Weberg D. Complexity leadership: a healthcare imperative. *Nurs Forum*. 2012;47(4):268-77.
12. AbuAlRub RF, Alghamdi MG. J Nurs Manag. The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. 2012;20(5):668-78.
13. Cramm JM, Strating MM, Nieboer AP. The influence of organizational characteristics on employee solidarity in the long-term care sector. *J Adv Nurs*. 2013;69(3):526-34
14. Bass BN. Leadership and performance beyond expectation. New York, NY: Free Press;1985
15. Hollander EP. Leadership dynamics: A practical guide to effective relationships. New York: Free Press;1978
16. Laohavichien T, Fredendall L, Cantrell R. The effects of transformational and transactional leadership on quality improvement. *Quality Management Journal*, 2009;16(2), 7-24.
17. Cuadrado I, García-Ael C, Molero F. Gender-typing of leadership: evaluations of real and ideal managers. *Scand J Psychol*. 2015 Apr;56(2):236-44.

18. Heitkamp S. Nursing executive practice: A specialty for long-term care. *Nurse Leader*, 2009;7(4), 38–50.

19. Buerhaus PI, Auerbach DI, Staiger DO. The recent surge in nurse employment: Causes and implications. *Health Aff.* 2009;28(4), 657–668.

21. Probst TM. Organizational Safety Climate and Supervisor Safety Enforcement: Multilevel Explorations of the Causes of Accident Underreporting. *J Appl Psychol.* 2015 Apr 27

22. Monzani L, Ripoll P, Peiró JM. Followers' agreeableness and extraversion and their loyalty towards authentic leadership. *Psicothema.* 2014;26(1):69-75.

23. O'Neil DA, Hopkins MM. The impact of gendered organizational systems on women's career advancement. *Front Psychol.* 2015 Jun 30;6:905.

24. Miller K. Policy and organizational implications of gender imbalance in the NHS. *J Health Organ Manag.* 2007;21(4-5):432-47.

23. Elliott EC, Walden M. 22. Development of the transformational advanced professional practice model. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014 Oct 13.

24. Ross EJ, Fitzpatrick JJ, Click ER, Krouse HJ, Clavelle JT. Transformational leadership practices of nurse leaders in professional nursing associations. *J Nurs Adm.* 2014;44(4):201-6

25. Westerberg K, Tafvelin S. The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services. *Health Soc Care Community.* 2014 Sep;22(5):461-8.

26. Weng RH, Huang CY, Chen LM, Chang LY. Exploring the impact of transformational leadership on nurse innovation behaviour: a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2015 May;23(4):427-39.

27. Botma Y, Botha H, Nel M. Transformation: are nurse leaders in critical care ready? *J Nurs Manag.* 2012 Oct;20(7):921-7.

Valoraciones de Comités Éticos



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. Miguel Ángel Calleja Hernández Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada (CEI-GRANADA)

CERTIFICA

Que este Comité ha analizado la propuesta del Investigador D. Carmelo Rejano Carrasquilla para que se realice el proyecto de investigación relativo al Programa de Doctorado titulado: "Liderazgo Enfermero en Hospitales de Andalucía desde una Perspectiva de Género" y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por D. Carmelo Rejano Carrasquilla como investigador principal en el mismo y colaboradores.

Lo que firmo en Granada a veintinueve de marzo de dos mil doce.

Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández





**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. - C.I. 1797

04 de abril de 2012

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTRO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Dr. Víctor Sánchez Margalet, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen Macarena

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen Macarena en su reunión del día 30/03/2012, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: Liderazgo enfermero en hospitales de Andalucía desde una perspectiva de género.

Código Interno: 1797

Promotor: Investigador

Versión Protocolo Evaluada:

Versión Hoja Información al Paciente Evaluada:

Fecha Entrada: 21/03/2012

1º. Considera que

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen Macarena emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

3º. Este Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen Macarena acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEI/Centros por los Investigadores:

CEIC Hospital Universitario Virgen Macarena

Carmelo Rejano Carrasquilla

Lo que firmo en Sevilla, a 04 de abril de 2012

Fdo:

NOMBRE SANCHEZ
MARGALET VICTOR
MANUEL - NIF
28691159Q

Firmado digitalmente por NOMBRE
SANCHEZ MARGALET VICTOR
MANUEL - NIF 28691159Q
Nombre de reconocimiento (DN): CN =
NOMBRE SANCHEZ MARGALET
VICTOR MANUEL - NIF 28691159Q, C
= es, O = FNMT, OU = fnmt clase 2 ca
Fecha: 2012.04.04 14:07:47 +02'00'

Dr. Víctor Sánchez Margalet
Secretario del CEIC Hospital Universitario Virgen Macarena



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. ª MONICA SALDAÑA VALDERAS COMO SECRETARIA DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR Y DISTRITO BAHIA DE CADIZ LA JANDA.

HACE CONSTAR:

Que en su reunión de fecha 28 de junio de 2012 se ha revisado el estudio de investigación promovido por del cual es **Investigador Principal** el D. Carmelo Rejano Carrasquilla titulado:

"LIDERAZGO ENFERMERO EN HOSPITALES DE ANDALUCÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO"

Y hace constar que el citado proyecto es viable,

Que presenta suficiente rigor metodológico,

Que con respecto a su vertiente ética el proyecto cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.

Y para que así conste, firmo la presente en Cádiz a 2 de julio de 2012



HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
Avda. Ana de Viya, 21 - 11009 Cádiz
Teléfono, 956 00 21 00
www.hupm.com



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Doña Pilar Cantizano García, Directora de Enfermería del Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz y vista la aprobación del Comité de Ética de la Investigación

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por el Investigador Principal D. Carmelo Rejano Carrasquilla para que sea realizado en este Centro el estudio de investigación titulado:

"LIDERAZGO ENFERMERO EN HOSPITALES DE ANDALUCÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO"

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Cádiz, a 2 de julio de 2012



HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
Avda. Ana de Viya, 21 - 11009 Cádiz
Teléfono, 956 00 21 00
www.hupm.com

