

LIDERAZGO DE ENFERMERAS SUPERVISORAS: ¿CÓMO INFLUYEN SOBRE LAS ENFERMERAS CLÍNICAS?

NURSE SUPERVISOR'S LEADERSHIP: HOW DO THEY INFLUENCE CLINICAL NURSES?

Andrés Pucheu*

Psicólogo, UC., Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Santiago. Santiago - Chile

Artículo recibido el 2 de enero, 2009. Aceptado en versión corregida el 4 de junio, 2009

RESUMEN

*Este artículo reporta las opiniones obtenidas en la realización de una serie de 43 entrevistas y 4 talleres, en las cuales, entre otros temas, se analizó la manera en que se ejerce el liderazgo de las enfermeras jefas de servicio de un hospital público y otro privado. Adicionalmente se presentan resultados de la aplicación del Cuestionario Multifactorial de Liderazgo [MLQ] (Forma corta 5X) (N= 274). Los resultados indican la existencia de tres vías principales de influencia: conversaciones, ser escogida como modelo de rol por parte de la subalterna y, de manera indirecta, a través de la influencia sobre el grupo de enfermeras, las que a su vez influyen sobre cada enfermera. En las conversaciones las supervisoras ocuparían secuencias de acciones en las cuales se busca disminuir la influencia de emociones, analizar los problemas, acordar acciones correctivas y supervisar su cumplimiento. Al mismo tiempo, parece ser que la carga de trabajo y otras limitaciones afectan la influencia de las supervisoras, orientándolas a realizar acciones de tipo transaccional. Las conclusiones indican que es necesario desarrollar modelos que den cuenta de la complejidad y carácter grupal del proceso de liderazgo en enfermería. **Palabras clave:** liderazgo, supervisión, enfermería.*

ABSTRACT

*This article reports opinions obtained in 43 interviews and 4 workshops, in which, among other topics, the ways leadership is exercised by supervisors of public and private hospitals was analyzed. Additionally results from the application of the Multifactor Leadership Questionnaire [MLQ] are presented (N = 274). Results showed that, there are three ways through which influence is exercised: conversations, being chosen as a role model, and indirectly, through Influence over the nursing group, which at the same time influences each nurse. In conversations, supervisors utilized action sequences that sought to decrease emotional influence, to analyze problems; to agree on corrective actions, and eventually to supervise the corrective process. At the same time, it appears that the work load and other limiting factors affect the supervisors' influence, orienting to carry out transactional type actions. Conclusions indicate that it is necessary to develop models that grasp the complexity and collective character of the leadership process in the nursing profession. **Key words:** : leadership, supervision, nursing.*

* correspondencia e-mail: apucheu@uc.cl

INTRODUCCIÓN

El liderazgo es una de las dimensiones claves en prácticamente todas las posiciones que puede ocupar una enfermera o enfermero.

Ya sea que se desempeñe en un puesto *staff*, que esté a cargo de un grupo de técnicos paramédicos o que administre un servicio, la o el enfermero debe ser capaz de influenciar a sus compañeros y subalternos para que superen problemas, modifiquen prácticas de trabajo o adquieran nuevas destrezas. En general se observa, según la evidencia, que el liderazgo es un proceso que ocurre entre individuos y de manera lineal, con escasa consideración por aspectos colectivos y organizacionales. Este artículo pretende contribuir a la investigación en el área, presentando las opiniones obtenidas en entrevistas y talleres realizados con enfermeras clínicas y supervisoras de dos hospitales chilenos, así como del análisis de los resultados obtenidos con la aplicación del Multifactor Leadership Questionnaire [MLQ].

LIDERAZGO

La gran mayoría de las definiciones del concepto liderazgo incluyen referencias a procesos de influencia de una persona, el líder, sobre otras, los seguidores, y en las cuales se afectan las creencias, valores y capacidades de estos últimos, tanto como individuos como en el rol de miembros de un grupo. Por ejemplo, Antonakis, Cianciolo y Sternberg (2004), definen liderazgo como la naturaleza del proceso de influencia —y sus correspondientes resultados— que ocurre entre líder y seguidores y cómo este proceso es explicado por las características y comportamientos del líder, las atribuciones y percepciones que los seguidores hacen sobre el líder y el contexto en el cual el proceso de influencia ocurre. Para nosotros, una condición necesaria para el liderazgo auténtico y efectivo es la creación de seguidores empoderados que persiguen un propósito moral, lo que genera resultados éticos que son obtenidos por medios éticos (Antonakis et al., 2004, pp. 5; Berger & Luckmann, 2003).

El énfasis en los aspectos éticos de los objetivos y medios hace posible realizar una conexión entre el liderazgo y los procesos de socialización. En efecto, el estudio del liderazgo se refiere, al menos en la manera que ha sido realizado en el campo de la psicología organizacional, a la forma en que un sujeto influye sobre otros en los procesos de adquisición de las identidades y capacidades requeridas para el desempeño de los roles que están directa o indirectamente asociados al buen desempeño en el ámbito laboral. Entre los principales elementos transmitidos se incluyen los vocabularios y creencias que legitiman los objetivos, medios y jerarquía organizacional; las maneras de reaccionar afectivamente frente a las cosas y personas y otras habilidades; así como la inserción en las redes formales e informales que mantienen y apoyan el ejercicio de los roles. Se incluye en esto último a los mecanismos de control social utilizados para eliminar o reconvertir a sujetos que se desvían de la norma, lo que tiene particular importancia en las organizaciones del ámbito de la salud, donde los aspectos informales resultan claves para lograr el mejor desempeño individual y colectivo.

Uno de los modelos más utilizados e influyentes en el estudio del liderazgo es el llamado Liderazgo transformacional, el cual fue conceptualizado originalmente por Burns (1978), para describir procesos en los cuales una persona era capaz de motivar a otras más allá de los límites de las obligaciones contractuales o la satisfacción personal. Posteriormente, Bernard Bass, utilizando las ideas planteadas por Burns, desarrolló el Cuestionario de Estilos de Liderazgo [MLQ], en el cual se miden comportamientos asociados a tres dimensiones independientes de liderazgo: Liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y liderazgo *laissez-faire*. El liderazgo transformacional es aquel que efectivamente genera cambio en el nivel de motivación del seguidor para alcanzar desempeños sobresalientes y, en la versión inicial del modelo, dependería de cuatro tipos de comportamiento, denominados las cuatro I's (*ies*): influencia idealizada, consi-

deración individual, estimulación intelectual y motivación inspiracional (Bass, 1996):

Influencia idealizada o carisma. Se refiere a los comportamientos del líder que generan la atribución de coherencia con sus valores, creencias y propósitos. De acuerdo a los resultados de las investigaciones iniciales con el MLQ esta categoría de comportamientos explica alrededor del 60% de la influencia del líder en los seguidores.

Consideración individual. Alude a comportamientos dirigidos a demostrar afecto y preocupación por el desarrollo personal de los seguidores.

Estimulación intelectual. Incluye comportamientos orientados a estimular el análisis de problemas y la búsqueda de soluciones novedosas.

Motivación inspiracional. Agrupa a los comportamientos que articulan una visión y demostrar confianza en su logro.

La dimensión Liderazgo transaccional incluye los comportamientos asociados a la supervisión realizada en el marco de los roles formales, orientados a proporcionar premios y castigos en el marco de las reglas y normativas institucionales. Bass (1996), describe dos niveles de liderazgo transaccional, la Gestión por Excepción Activa [GEA] y la Gestión por Excepción Pasiva [GEP]. La GEA alude a la implementación de procedimientos periódicos de gestión del desempeño orientados a prevenir problemas y aumentar el desempeño de los subordinados, la GEP, en cambio, implica solo la respuesta a quiebres en los procesos. En último lugar, se propone el Liderazgo *laissez-faire*, que puede describirse básicamente como la ausencia de dirección, clasificación apoyada por un considerable cuerpo de evidencia (Judge & Piccolo, 2004). Pese a que en la actualidad el MLQ discrimina nueve variables, Bass (1996), continúa enfatizando la validez conceptual del modelo de cuatro l's, ya que en sus factores se encontrarían las conductas que producen la influencia

transformacional (Vega & Zabala, 2004). En relación a la agrupación de subfactores, Turner, Barling, Epitropaki, Butcher y Milner (2002) encontraron que el modelo planteado por Bass (1996), no resultaba adecuado para describir los resultados obtenidos en su aplicación del MLQ. En principio el factor GEP no se diferenciaba significativamente del *laissez-faire* y se observaba una correlación de 0.97 entre los factores de Liderazgo transformacional y Liderazgo desarrollo/transaccional. Al factorizar los datos para un mayor ajuste y siguiendo el ejemplo de otros autores, se identificaron tres grupos de comportamientos (Tabla 1).

El trabajo de Turner et al. (2002) proporciona soporte empírico al hecho que el análisis de problemas y la demostración de valores y creencias no serían necesariamente suficientes para lograr el cambio transformacional y que podría ser necesario el establecimiento tanto de relaciones de confianza como del apoyo en el desarrollo de capacidades de implementación. En enfermería, Vandenberghe, Stordeur y D'Hoore (2002), aplicando el MLQ a enfermeras belgas, generaron resultados que apoyan la idea anterior y que les permitió proponer un factor de segundo orden, llamado Liderazgo activo, el cual incluiría los factores del nivel transformacional-constructivo presentados en la Tabla 1.

Liderazgo de Enfermeras Supervisoras

En relación al liderazgo que ejercen las supervisoras, Sheridan y Vredenburg (1978), presenta resultados que demuestran la influencia que la rotación de las enfermeras subordinadas tiene en la tendencia de las supervisoras a orientar su estilo de liderazgo a los aspectos formales y la estandarización de procesos de trabajo. Los 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, posiblemente en la medida que se relajan normas o se permite un número excesivo de excepciones en los estándares

de trabajo (Sheridan & Vredenburgh, 1979). Finalmente, también existen resultados que apoyan el modelo de substitutos del liderazgo de Kerr y Jermier (1978), señalando que la capacitación de las subalternas, la cohesión grupal y el uso de tecnologías de control actuarían como substitutos del liderazgo.

Asimismo, el mal clima organizacional activaría o intensificaría la relación de liderazgo (Sheridan, Vredenburgh & Abelson, 1984). A la luz de lo anterior es posible observar cierto sentido común en el actuar de las enfermeras supervisoras, las que se adaptarían en función del contexto y requerimientos del trabajo, el cual requiere de altos niveles de estandarización, disciplina y coordinación. En lo que tiene que ver con la aplicación de la teoría de liderazgo transformacional, Bycio, Hackett y Allen (1995) y Vandenberghe et al. (2002), presentan resultados validando la distinción de Bass entre liderazgo transformacional y transaccional en enfermeras. Es interesante observar que ambos autores presentan resultados similares a lo obtenido por Turner et al. (2002), en el sentido que la dimensión refuerzo contingente también se asocia, y podría estar incluido, al nivel de funcionamiento transformacional. Recientemente y en relación a las dificultades específicas que enfrenta la función de liderazgo en la organización hospital, Cohn, Algeo, Stackpoole y Bowkley (2005) presenta un caso demostrando las diferencias en los estilos de inserción organizacional de enfermeras y médicos y la necesidad manifestada por las enfermeras supervisoras por integrar los nuevos discursos de gestión de negocios en la cultura de la enfermería. Por su parte, Kan y Parry (2004), de acuerdo a los resultados de un estudio de dos años en hospitales de Nueva Zelanda, señalan que las prácticas de liderazgo transformacional son insuficientes para superar los problemas de dirección generados por la irrupción del discurso de gestión en la cultura de salud y que los líderes deben ser capaces de identificar y reconceptualizar las incongruencias que se evidencian entre los múltiples discursos éticos y técnicos que son utilizados

por los distintos grupos. De otra manera, el desajuste de los múltiples puntos de vista enfrentados en el hospital inhibirá la capacidad de gestión.

En Chile, Pucheu (1992), utilizando el modelo de Liderazgo situacional de Hersey & Blanchard y de negociación de Thomas-Killmann, encontró correlación entre los estilos de supervisión y estilos de liderazgo de enfermeras supervisoras de hospitales públicos.

Los estilos predominantes en liderazgo fueron Estructurador e Integrativo, correspondiendo con estilos de negociación de Compromiso e Integrativo. En un estudio posterior, Pucheu (1998), indica que el cambio ocasionado por la irrupción del discurso de gestión no solo afecta por el hecho de aumentar la cantidad de discursos, sino que, debido a que obliga a conciliar los aparentemente opuestos objetivos de alta calidad de atención, cuidado por las personas y disminución de costos, se hace necesario desarrollar una perspectiva más abstracta y compleja en el análisis de los problemas. Si esto no se logra se produciría ambigüedad de rol y, eventualmente, consecuencias negativas tales como *burnout*, corrupción, y dificultades en las relaciones interpersonales y en el desempeño.

En lo que respecta a la formación en liderazgo, se puede señalar que existe amplio consenso de su importancia y la necesidad de adecuar la formación de las enfermeras a la complejidad de los nuevos sistemas de gestión de hospitales (Bellack et al., 2001; Calpin-Davies, 2003; Graham & Partlow, 2004; Flesner, Scott-Cawiezell, & Rantz, 2005). Ahora bien, considerando alguna evidencia, como la presentada por McNeese-Smith (1999), quien encontró que la motivación de la supervisoras por ejercer poder se relacionaba a efectos negativos en las subalternas, como pérdida de motivación y compromiso, algunos autores como De Groot (2005) y Flesner, Scott-Cawiezell y Rantz (2005) abogan por la generación de nuevos modelos de liderazgo, especialmente concebidos para la situación de enfermería. Con el fin de ajustar los modelos de

liderazgo a las condiciones culturales particulares de la salud, el modelo de *mentoring* ha recibido especial atención. Al punto que Reeves (2004) presenta su programa de *mentoring* iniciado en Estado Unidos en el 2002 auspiciado por la Academy of Surgical Nurses [AMSN]. También es relevante mencionar que los valores tradicionales de la cultura organizacional de enfermería se evidencian en la manera con que se caracteriza a la relación de *mentoring*, definida por la cercanía afectiva y la capacidad de modelar los valores de la profesión (Knodel, 2004; Milton, 2004).

METODOLOGÍA

La investigación realizada se implementó en cinco etapas, la primera fue la búsqueda bibliográfica requerida para desarrollar el marco teórico y generar las preguntas a investigar. En segundo lugar se realizaron reuniones con directivos de cinco hospitales ubicados en las regiones VI, VIII y RM, además de autoridades del Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud [FENPRUSS] y la directiva del Colegio de Enfermeras, esto a fin de establecer los compromisos que permitieran la implementación de la investigación. Esta etapa proporcionó información importante, ya que las conversaciones generadas en las presentaciones permitieron observar puntos de vista y elementos contextuales que no están registrados en la literatura. Una vez definido el campo de trabajo, la tercera etapa contempló la realización de entrevistas y la aplicación de instrumentos, para la recolección de datos sobre las variables estudiadas. Se reportan datos obtenidos con la aplicación del MLQ, en su forma corta 5X. La cuarta etapa fue el procesamiento de entrevistas y cuestionarios y la quinta fue la realización de los talleres. En estos últimos se pudo explorar, junto con supervisoras y jefes de enfermería de los 2 hospitales en los cuales se aplicaron la totalidad de los instrumentos, las posibles explicaciones y validez de las relaciones establecidas en primera instancia.

La participación en el estudio fue voluntaria y se extendió la invitación a participar a todas las enfermeras contratadas en cada uno de los hospitales participantes. A fin de informar a las participantes respecto a los objetivos y condiciones del estudio se realizó primero una reunión con las supervisoras y luego se informó a las enfermeras subalternas en cada servicio.

Los instrumentos impresos fueron entregados en sobres, los que las participantes devolvieron cerrados. Debido a que la información sobre *burnout* y liderazgo puede tener implicación en las atribuciones realizadas sobre las personas, solo se informaron públicamente los resultados colectivos y se les devolvió a las supervisoras solo los resultados propios y de las subalternas directas, a condición de que hubiera al menos cinco subalternas contestando los instrumentos.

En el análisis de las entrevistas y las conversaciones realizadas en los talleres se utilizó el método de análisis cualitativo por teorización, el cual implica la inducción de modelos explicativos a partir del análisis de las categorías discriminadas en los discursos de los sujetos que participan de la investigación. Estas categorías son presentadas luego para discusión con los participantes. El objetivo final fue obtener una comprensión tan "densa" como fuera posible, esto entendido en el sentido de White (2002), quien plantea que en las descripciones realizadas por profesionales existe el riesgo de desconocer la comprensión y capacidades con que los mismos sujetos manejan su relación con la realidad.

Participantes

En esta investigación se reportan datos cuantitativos proporcionados por 274 enfermeras y enfermeros pertenecientes a un hospital del sector público y un hospital del sector privado. En los dos casos se trata de hospitales complejos que cumplen funciones asistenciales y docentes. Los datos cualitativos corresponden a 43 entrevistas, incluyendo 23 supervisoras y 20 enfermeras clínicas, las que de aquí en adelante serán

El tipo de liderazgo parece estar condicionado fuertemente por la carga de trabajo en los servicios.

El concepto de "carga de trabajo" o "exceso de trabajo" expresa la causa fundamental de estrés que perciben las enfermeras de ambos hospitales. Este concepto se utiliza para aludir a una serie de factores, entre los que se incluyen el aumento de las demandas y necesidades de los pacientes y sus familiares respecto al trato, rapidez de atención, seguridad en el diagnóstico y otros elementos con los que evaluarían la "atención" que reciben; la puesta en marcha de diversos programas de mejoramiento y el consiguiente aumento de las responsabilidades de las enfermeras; la incorporación de nuevas tecnologías de cuidado, registro y gestión; y el crecimiento de los hospitales, que aumentaría la complejidad de la coordinación y disminuiría la posibilidad de establecer relaciones personales entre las enfermeras y el resto del personal. Existe un amplio consenso en que la carga de trabajo ha aumentado dramáticamente, generando problemas de gestión y disminuyendo la capacidad de respuesta de las enfermeras. Las siguientes frases de enfermeras subalternas son ejemplos de estas opiniones:

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

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

En función de las limitaciones y carga de trabajo, el contenido de las conversaciones entre supervisoras y subalternas tiene una alta proporción de contenidos que tienen que ver con la definición de roles y la distribución de la carga de trabajo.

Los relatos de supervisoras y subalternas sobre los procesos de intervención de las supervisoras para manejar problemas o la motivación de las subalternas, descritos en el contexto señalado en los puntos an-

teriores, muestran una alta proporción de contenidos que pueden clasificarse como temas de supervisión (Nivel de Liderazgo transaccional), ya que tienen que ver con elementos como la definición de roles, la distribución de las cargas de trabajo o el traspaso de información. Ejemplos de lo anterior serían las descripciones de manejo de problemas de trato o coordinación entre enfermeras o entre enfermeras y médicos y la necesidad de explicar claramente los criterios para asignación de vacaciones o cambio de turnos. Esto estaría determinado por la carga de trabajo, que obligaría a las supervisoras a tratar los problemas anteriores con carácter de urgencia, postergando al mismo tiempo las acciones orientadas a la formación y desarrollo de las subordinadas. La alta "carga de trabajo" también dificultaría el desarrollo de una visión sobre el desarrollo futuro del hospital o la profesión Enfermería, esto a través de la ansiedad que los problemas generan en las mismas supervisoras. Ejemplos de las frases que describen las preocupaciones de las subalternas se encuentran en las siguientes respuestas a la pregunta sobre lo que esperaban de sus supervisoras:

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

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

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

La carga de trabajo también afectaría las percepciones de las subalternas en relación a las frecuencias con que las supervisoras despliegan acciones de liderazgo transfor-

macional y transaccional. Así, si las supervisoras proporcionan respuestas que, en promedio, indican que efectúan acciones de nivel transformacional con una frecuencia que puede describirse como situada entre “a menudo” y “frecuentemente o siempre”, las subalternas responden con frecuencias que en promedio se clasifican entre “a veces” y “a menudo” (Tabla 2). Esto también ocurriría para el caso de las acciones de nivel transaccional. Las desviaciones estándar muestran una variación de prácticamente el doble de amplitud en el caso de las subalternas, lo que podría deberse a heterogeneidad en el grado de cercanía y nivel de comunicación de las subalternas respecto a las supervisoras. La Tabla 3 muestra los resultados de las subalternas, agrupadas por hospital y permite observar que los resultados fueron esencialmente similares.

La Tabla 4, por otra parte, muestra los promedios de respuesta de las subalternas en cada uno de los subfactores evaluados por el MLQ y se puede observar que, en consistencia con la idea de que los elementos de nivel transaccional aparecen como una proporción importante de los temas tratados en la relación supervisora-subalternas, el subfactor con el puntaje más alto es Dirección por excepción activa, que se refiere a las acciones orientadas a prevenir problemas de desempeño o clima. Como un aspecto positivo, se aprecia que los subfactores Dirección por excepción pasiva, que indica respuesta frente a problemas ya manifiestos y *laissez-faire*, que describe una conducta negligente, aparecen con frecuencias ubicadas en las categorías “rara vez” y “a veces”. La mayor desviación estándar se encuentra en el subfactor Consideración individual, lo que, en función de las opiniones recogidas en los talleres, podría interpretarse como que la carga de trabajo y las dificultades de comunicación podrían estar expresándose como percepciones de trato inadecuado o también, como se podría inferir al observar las desviaciones estándar de las subalternas del Hospital A, como una percepción de heterogeneidad en el comportamiento de las supervisoras.

CONCLUSIONES

A partir de las afirmaciones anteriores, es posible proponer lo siguiente. Los modelos de liderazgo deben adaptarse para dar cuenta de la complejidad de la relación entre las supervisoras y sus subalternas y la cantidad de vínculos implicados en el trabajo de un servicio.

La influencia de las compañeras y otras enfermeras, así como de otras jefaturas y personal *staff*, sobre las enfermeras subalternas, hacen que el enfoque vertical y centrado en individuos que está a la base del modelo Líder-Seguidor que se utiliza en gran parte de la literatura descrita en el marco teórico, no sea apropiado para describir la relación de liderazgo en la relación supervisora-subalterna de los hospitales observados.

Dada la situación de cambio y alta carga de trabajo existente en los hospitales en los cuales se realizó la investigación y un marco de relación en el cual los roles verticales supervisora-subalterna se confunden con el de colega o profesional-profesional, de naturaleza horizontal, la influencia de nivel transformacional de las supervisoras pareciera expresarse preferentemente a través del fortalecimiento del clima de respeto y camaradería en su grupo de subalternas, por lo que se propone que el liderazgo en enfermería podría ser considerado un fenómeno comunitario u organizacional, en el cual las influencias no son unidireccionales, sino que bidireccionales y complejas, en el sentido de expresarse de manera integrada. Es más, si bien la evidencia obtenida es limitada, se propone, como una hipótesis de trabajo, que el asumir una perspectiva amplia de análisis en la construcción de los discursos que explican la situación organizacional permitiría que las enfermeras asumieran sus problemas y la carga de trabajo con menor estrés o mayor percepción de control. Esto permitiría establecer una relación entre el liderazgo de nivel organizacional y las acciones políticas de los grupos gremiales.

En la asignación de responsabilidades formales e informales en la gestión, es necesario utilizar una perspectiva sistémica,

en la cual se consideren las limitaciones del poder e influencia de los roles individuales.

Las redes de supervisión de los servicios hospitalarios funcionan de manera matricial, incluyendo líneas de control vertical en los aspectos clínicos, administrativos y docentes, a las que se integran líneas de dependencia *staff* en aspectos como acreditación, programas para la prevención de infección intrahospitalaria o desarrollo de recursos humanos, entre otras. Para el personal de enfermería de los servicios clínicos, se deben integrar al menos dos líneas de dependencia: la línea jerárquica que va desde la subdirección médica a los médicos jefes de servicios y de ellos a la enfermera supervisora y la línea de dependencia técnica, que va desde la subdirección de enfermería a las enfermeras supervisoras de cada servicio. En los hospitales en los que se realizó este estudio se agregan, además, las unidades docentes a las cuales pertenecen los médicos y enfermeras de cada servicio y las líneas directas de supervisión administrativa, que tienen que ver con aspectos presupuestarios, abastecimientos, control de gestión y administración de recursos humanos, entre otros temas propios de la gestión y los procesos de cambio organizacional asociados a los estándares requeridos para la autogestión u otros cambios estructurales. La Figura 2 pretende graficar algunas de las influencias más evidentes en la socialización de una enfermera clínica y que, como resulta evidente, indican que la influencia de la supervisora no puede ser considerada una vía exclusiva o aislada de las demás relaciones formales e informales en el sistema organizacional del hospital.

Debe considerarse, además, que la relación entre una enfermera clínica y las supervisoras *staff*, los médicos y otras unidades o jefaturas jerárquicas puede ser directa y no intermediada por la supervisora. Esto en función de variables tales como antigüedad, experiencia, área de especialización, relaciones informales o las mismas demandas del sistema de turnos, que obligan a que las enfermeras clínicas trabajen sin supervisión

durante buena parte del día y los fines de semana. De esta manera puede considerarse que la relación entre una enfermera clínica y su supervisora no tiene el mismo nivel de verticalidad que en otros sistemas productivos, toda vez que ambas son profesionales que a su vez supervisan al personal auxiliar y técnico.

En enfermería, el proceso de liderazgo debe ser considerado como un fenómeno grupal.

De acuerdo a lo anterior, se observa que el proceso de liderazgo de las supervisoras se efectúa sobre y a través del proceso de formación del equipo de enfermeras de los servicios. En este sentido, parece difícil poder separar el liderazgo de las supervisoras de las demás influencias que recibe una enfermera subalterna. Al mismo tiempo, el hecho que las compañeras de turno o servicio realicen actividades para el mantenimiento del clima organizacional o la mejora del desempeño, obliga a considerar que el proceso de liderazgo es un fenómeno grupal, asociado a la consolidación de los equipos o comunidad de enfermería.

Es necesario reconocer algunas limitaciones en el estudio. En primer lugar, las técnicas utilizadas no permitieron observar en terreno el proceso de liderazgo ni comprobar empíricamente algunas de las propuestas o supuestos que aparecen en el discurso de las enfermeras participantes. En segundo lugar, los resultados y conclusiones han sido obtenidos con la observación de solo dos hospitales y es posible que los mismos elementos que impidieron el levantamiento de datos en los hospitales que no aceptaron la investigación también pudieran influir en la manera en que se expresan las relaciones de influencia.

Finalmente, la relación que el investigador tiene con el tema puede haber sesgado las entrevistas. No solo en generación de las preguntas y análisis, sino que también en los supuestos y sobreentendidos de las enfermeras entrevistadas y que participaron en los talleres, las que pueden haber omitido información que hubieran explicitado con otros entrevistadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonakis, J., Cianciolo, A., & Sternberg, R. (2004). *The nature of leadership*. Thousand Oaks: Sage.
- Bass, B. (1996). From transactional to transformational leadership, learning to share the vision. En R. Steers, L. Porter, & G. Bigley (Eds.), *Motivation and leadership at work*. US: McGraw-Hill.
- Bellack, J., Morjikian, R., Barger, S., Strachota, E., Fitzmaurice, J., Lee, A., et al. (2001). Developing BSN leaders for the future: The Fuld leadership initiative for nursing education (LINE). *Journal of Professional Nursing, 17*, 23-32.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper Colophon Books.
- Bycio, P., Hackett, R., & Allen, J. (1995). Further assessment of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology, 80*, 468-478.
- Calpin-Davies, P. (2003). Management and leadership: A dual role of nursing education. *Nurse Education Today, 23*, 3-10.
- Cohn, K., Algeo, S., Stackpoole, K., & Bowkley, C. (2005). Overcoming abrasive interfaces: Implications for nurses in "leadership" positions. *Nurse Leader, 3*, 53-56.
- De Groot, H. (2005). Evidence-based leadership: Nursing's new mandate. *Nurse Leader, 3*, 37-41.
- Flesner, M., Scott-Cawiezell, J. & Rantz, M. (2005). Preparation of nurse leaders in the 21st century workplace. *Nurse Leader, 3*, 37-40.
- Graham, I. & Partlow, C. (2004). Introducing and developing nurse leadership through a learning set approach. *Nurse Education Today, 24*, 459-465.
- Judge, T. & Piccolo, R. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology, 89*, 755-768.
- Kan, M. & Parry, K. (2004). Identifying paradox: A grounded theory of leadership in overcoming resistance to change. *The Leadership Quarterly, 15*, 467-491.
- Kerr, S. & Jemier, J. (1978). Substitutes for leadership: Their meaning and measurement. *Organizational Behavior and Human Performance, 22*, 375-403.
- Knodel, L. (2004). Sharing a mentor. What leadership is about. *Nurse Leader, 2*, 50-52.
- McNeese-Smith, D. (1999). The relationship between managerial motivation, leadership, nurse outcomes, and patient satisfaction. *Journal of Organizational Behavior, 20*, 243-259.
- Milton, C. (2004). The ethics of personal integrity in leadership and mentorship: A nursing theoretical perspective. *Nursing Science Quarterly, 17*, 116-120.
- 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 para optar al título de psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Pucheu, J. (1998). Ideas sobre los efectos psicológicos de los procesos de modernización. *Revista Chilena de Psicología, 19*, 49-56.
- Reeves, K. (2004). Nurses nurturing nurses. A mentoring program. *Nurse Leader, 2*, 47-53.
- Sheridan, J. & Vredenburgh, D. (1978). Predicting leadership behavior in a hospital organization. *Academy of Management Journal, 21*, 679-689.
- Sheridan, J. & Vredenburgh, D. (1979). Structural model of leadership influence in a hospital organization. *Academy of Management Journal, 22*, 6-21.

- Sheridan, J., Vredenburg, D., & Abelson, M. (1984). Contextual model of leadership influence in hospital units. *Academy of Management Journal*, 27, 57-78.
- Turner, N., Barling, J., Epitropaki, O., Butcher, V., & Milner, C. (2002). Transformational leadership and moral reasoning. *Journal of Applied Psychology*, 87, 304-311.
- Vanderberge, C., Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2002). Transactional and transformational leadership in nursing: Structural validity and substantive relationship. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 16-29.
- 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*. Memoria para optar al título de psicólogo. Escuela de psicología, Universidad de Chile.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.

Tabla 1. Niveles de funcionamiento de acuerdo a Turner et al. (2002)

Grupo	Factores
Transformacional-Constructivo	Consideración Individualizada Estimulación Intelectual Carisma Inspiracional Recompensa Contingente
Correctivo	Dirección por Excepción Activa
Evitador	Dirección por Excepción Pasiva y Laissez-Faire

Tabla 2. Comparación de los promedios y D.S. entre supervisoras (N = 20) y subalternas (N = 254) en el MLQ.

	PROMEDIO		DESVIACIÓN ESTÁNDAR	
	Supervisoras	Supervisadas	Supervisoras	Supervisadas
Liderazgo Transformacional	3,25	2,61	0,39	0,95
Liderazgo Transaccional	3,20	2,44	0,44	0,96
Liderazgo Correctivo Evitador	1,68	1,82	0,22	0,44

Tabla 3. Reporte de las subalternas respecto al liderazgo de las supervisoras.

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

Tabla 4. Reporte de las subalternas sobre las supervisoras, en los subfactores del MLQ.

	Muestra Total		Hospital A		Hospital B	
	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.	Promedio	D.S.
Influencia Idealizada Atribuida	2,76	0,96	2,66	1,08	2,76	0,95
Influencia Idealizada Conductual	2,80	0,87	2,79	0,98	2,80	0,86
Motivación Inspiracional	2,66	0,91	2,75	0,98	2,66	0,91
Estimulación Intelectual	2,44	0,91	2,46	1,00	2,43	0,92
Consideración Individual	2,41	1,00	2,42	1,07	2,40	1,01
Recompensa Contingente	2,49	0,97	2,57	1,01	2,46	0,97
Dirección por Excepción Activa	2,88	0,76	2,94	0,75	2,81	0,78
Dirección por Excepción Pasiva	1,55	0,82	1,60	0,78	1,53	0,83

Figura 1. Secuencia de acciones para el manejo de problemas de desempeño.

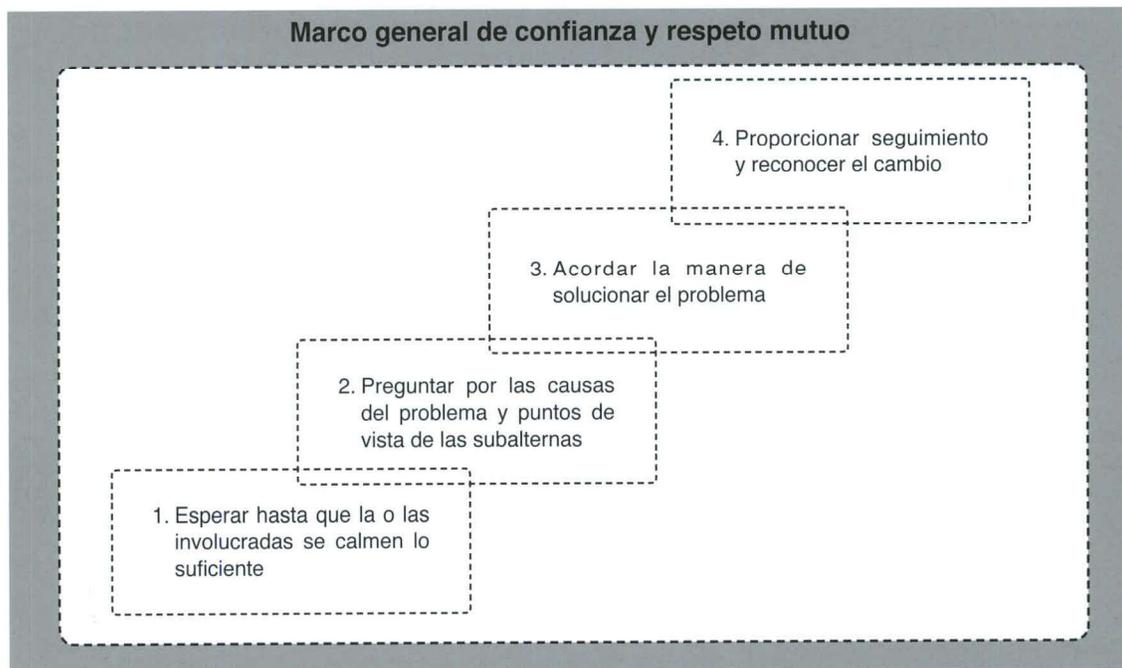


Figura 2. Algunos de los vínculos establecidos por la enfermera subalterna en un servicio hospitalario.

