

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ESTILO Y ORIENTACIÓN DE LIDERAZGO
ADMINISTRATIVO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL
NIVEL DIRECTIVO Y OPERATIVO DE ENFERMERÍA**

TESIS:

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
Ma. Teresa Carrera Campos**

DIRECTORA:

M.S.P. Dora Elia Silva Luna

Septiembre 2001





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Estilo y orientación del liderazgo administrativo
según percepción del nivel directivo y operativo de enfermería**

TESIS

**Para obtener el GRADO de :
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería**

Presentada por:

**Licenciada en Enfermería
Ma. Teresa Carrera Campos**

Aprobada por el Comité de Tesis

Directora

M. S. P. Dora Elia Silva Luna

Asesor Metodológico

M. S. P. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

SEPTIEMBRE 2001



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Arribeño 139

Tels. 826-23-24 Comitador: 826-23-25 Posgrado fax:
826-23-26 fax: 826-23-27 Dirección

Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

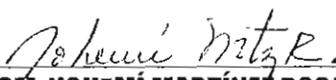
**Estilo y orientación del liderazgo administrativo
según percepción del nivel directivo y operativo de enfermería**

**ELABORADO POR:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

MA. TERESA CARRERA CAMPOS

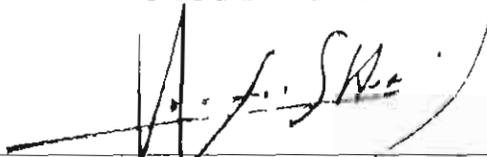
APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



MSM. NOHEMÍ MARTÍNEZ ROSAS

SECRETARIO



**MSP. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ**

VOCAL



**MASS. MARTHA GRACIELA SEGOVIA
DÍAZ DE LEÓN**

SEPTIEMBRE 2001

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Que por amor y con amor me dieron la vida, primeros maestros de mi existencia. Gracias por enseñarme que lo que se anhela de verdad se consigue con trabajo, con esfuerzo y alegría. Gracias por enseñarme el lado fácil del andar difícil. Gracias por enseñarme a soñar, reír, vivir y darme la oportunidad de ser quien Soy ¡un ser humano!

A mis hermanos:

Ramas de un roble fuerte, altivo e indomable. Gracias por estar ahí donde me hacen falta. Gracias por esa generosidad de gente bien, sin interés mezquino. Gracias por ese apoyo, por esa mano que se tendió fraterna cuando en alguna ocasión mi fe flaqueaba. Hoy comparto mi dicha con ustedes y los llamo doblemente ¡hermanos!

A mi esposo:

Hombre fuerte donde reposa mi cabeza en mis horas de agobio y de cansancio. Gracias por compartir mis sueños, desvelos, momentos de paz y de tristeza. Gracias por tu apoyo, cariño, por hacer tuyos mis anhelos. Gracias por comprender que no eres tú y que no soy yo, que ambos somos uno.

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que ha sido el Alma Mater de mi formación y superación profesional.
- A la M.S.P. Dora Elia Silva Luna por su aportación profesional e incondicional en el desarrollo y culminación de este trabajo.
- A la M.S.M. Nohemí Martínez Rosas, quien siempre ha tenido una expresión de aliento y confianza que brindarme.
- Al M.S.P. Hector Gerardo Hernández Rodríguez, por su valiosa colaboración en la realización de esta investigación.
- En particular a las autoridades y al personal de enfermería del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, San Luis Potosí, por las facilidades brindadas y colaboración en este estudio.

ÍNDICE

	Página	
Agradecimientos		
Índice		
Índice de figuras		
Índice de cuadros		
Índice de anexos		
Índice de apéndices		
Resumen		
I	INTRODUCCIÓN	
II	JUSTIFICACIÓN	3
	2.1 Objetivos	4
II	MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	5
	3.1 Percepción	5
	3.2 Liderazgo	10
	3.3 El Grid Gerencial	14
	3.4 Uso de los conceptos teóricos en la investigación	27
	3.5 Estudios relacionados	30
	3.6 Hipótesis	32
	3.7 Definición de términos	33
IV	MATERIAL Y MÉTODOS	35
	4.1 Consideraciones éticas	41
V	RESULTADOS	42

VI	DISCUSIÓN	69
VII	CONCLUSIONES	72
VIII	LIMITACIONES	73
IX	RECOMENDACIONES	74

REFERENCIAS

ANEXOS

APÉNDICES

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
1	El Grid Gerencial.	16
2	El Grid Administrativo.	19
3	Mapa Conceptual.	29
4	Liderazgo administrativo según percepción del directivo de enfermería en porcentajes.	47
5	Liderazgo administrativo en percepción del operativo de enfermería en porcentajes.	51
6	Estilos de liderazgo administrativo percibidos por el personal directivo y operativo de enfermería expresado en porcentajes.	55

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Características demográficas y laborales del directivo de enfermería.	43
2	Características demográficas y laborales del operativo de enfermería.	45
3	Orden asignado al liderazgo democrático según percepción del directivo de enfermería.	48
4	Orden asignado al liderazgo instrumental según percepción del directivo de enfermería.	48
5	Orden asignado al estilo de liderazgo de relaciones humanas según percepción del directivo de enfermería.	49
6	Orden asignado al estilo de liderazgo autocrático según percepción del directivo de enfermería.	49
7	Orden asignado al estilo de liderazgo dejar hacer o indiferente en percepción del directivo de enfermería.	50
8	Orden asignado al estilo de liderazgo autocrático en percepción del operativo de enfermería.	52
9	Orden asignado al liderazgo democrático según percepción del operativo de enfermería.	52
10	Orden asignado al estilo de liderazgo instrumental en percepción del operativo de enfermería.	53
11	Orden asignado al estilo de liderazgo de relaciones humanas según percepción del operativo de enfermería.	53
12	Orden asignado al estilo de liderazgo dejar hacer o indiferente según percepción del operativo de enfermería.	54
13	Correlación de Pearson a grupo de edad y orden del estilo de liderazgo democrático percibido por el directivo de enfermería.	57

14	Correlación de Pearson a turno laboral y orden del estilo de liderazgo democrático percibido por el directivo de enfermería.	58
15	Correlación de Pearson a servicio asignado y orden del estilo de liderazgo democrático percibido por el directivo de enfermería.	59
16	Correlación de Pearson entre nivel académico y orden del estilo de liderazgo democrático percibido por el directivo de enfermería.	60
17	Correlación de Pearson a procedencia escolar y orden del estilo de liderazgo democrático percibido por el directivo de enfermería.	61
18	Correlación de Pearson a grupo etario y orden asignado al estilo de liderazgo autocrático percibido por el operativo de enfermería.	62
19	Correlación de Pearson a turno laboral y orden asignado al estilo de liderazgo autocrático percibido por el operativo de enfermería.	63
20	Correlación de Pearson a servicio asignado y orden dado al estilo de liderazgo autocrático percibido por el operativo de enfermería.	64
21	Correlación de Pearson a categoría laboral y orden asignado al estilo de liderazgo autocrático percibido por el operativo de enfermería.	65
22	Correlación de Pearson entre nivel académico y orden asignado al liderazgo autocrático percibido por el operativo de enfermería.	66
23	Correlación de Pearson a procedencia escolar y orden asignado al estilo de liderazgo autocrático percibidos por el operativo de enfermería.	67

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo

- 1 Instrumento de recolección de información (Personal directivo).
- 2 Instrumento de recolección de información (Personal operativo).
- 3 Atenta invitación al personal de enfermería a colaborar en esta investigación.

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice

- 1 Correlación de Pearson entre el estilo de liderazgo y las variables antecedentes del personal directivo de enfermería.
- 2 Correlación de Pearson entre el estilo de liderazgo y las variables antecedentes del personal operativo de enfermería.
- 3 Permiso de la autora para reproducción de este documento.

RESUMEN

Estilo y orientación del liderazgo administrativo según percepción del nivel directivo y operativo de enfermería

Con la finalidad de determinar el estilo y orientación del liderazgo administrativo según la percepción del nivel directivo y operativo de enfermería, se realizó un estudio descriptivo, transeccional de tipo correlacional, aplicando el modelo del Grid Administrativo de Robert Blake, Jane Mouton y Mildret Tapper (1980) adaptado para la disciplina de enfermería. La muestra se integró con 19 enfermeras Jefe de servicio y 68 de nivel operativo de un Hospital General de Zona de Seguridad Social. Se aplicó el instrumento autoadministrado Cuestionario Grid Administrativo de Enfermería, mismo que se fundamenta en los supuestos en que se puede basar la conducta de sus líderes. Los resultados más relevantes del estudio indican que el personal directivo y operativo de enfermería no difieren significativamente al percibir el estilo y orientación del liderazgo administrativo (Diferencial de Kolmogorov-Smirnov $DM=0.09$, valor crítico= 0.31 , $p>0.10$). La correlación de Pearson entre el estilo de liderazgo predominante y las variables antecedentes del personal mostró significancia estadística con el nivel académico del directivo y la categoría laboral del operativo ($p=0.02$ y $p=0.03$ respectivamente), no así con el resto de las variables consideradas en el estudio. Se concluye que los líderes administrativos de enfermería perciben su trabajo con una tendencia equilibrada entre su preocupación por los servicios hospitalarios y por el personal de enfermería, mientras que el nivel operativo opina que éste se orienta más hacia la prestación de los servicios hospitalarios; ambos niveles no se ven influenciados por los antecedentes del personal.

Palabras clave: estilo y orientación del liderazgo administrativo, percepción, personal de nivel directivo y operativo de enfermería.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se hace necesario que el personal de enfermería busque nuevas alternativas para mejorar y actualizar su ejercicio, tendiente a lograr la garantía de calidad a través de un mejor nivel de vida en el individuo y en la comunidad, para lo cual requiere del desarrollo de habilidades y actitudes que le permitan un desenvolvimiento (Palomé, 1999)¹ acorde a la filosofía y políticas del departamento de enfermería y de la institución de salud, en un marco de mayor complejidad científica, tecnológica y de servicios de salud.

Una de las estrategias que con mayor frecuencia se utiliza en el ámbito administrativo es el desarrollo del liderazgo del personal directivo, pues es el responsable del progreso y desarrollo de los programas y de la institución y al mismo tiempo del proceso de participación del personal en el fortalecimiento de la actitud y aptitud de cada uno de los miembros (Castilleja, 1987)². Lo anterior exige que el administrador de enfermería no sólo cumpla con su función, sino que se constituya en un facilitador para el cumplimiento de las metas, el mantenimiento y mejora de las mismas en cada institución.

La forma en que el personal de nivel administrativo de enfermería que incursiona en su desarrollo profesional y en el de su personal operativo, conociéndose así mismo y la manera en que se dan las relaciones con sus superiores, colegas y subordinados, refleja el estado predominante de liderazgo administrativo de la persona, según Blake, Mouton y Tapper (1980) (Martínez, 1994)³.

El Grid Administrativo aplicado en enfermería por Blake, Mouton y Tapper (1980) es un instrumento basado en un conjunto de supuestos derivados de las teorías del comportamiento humano que ayuda a identificar los aspectos que favorecen o reducen la efectividad del líder, el énfasis está en la introspección y autopercepción de su conducta. En este entendido, la enfermera que ocupa un

nivel administrativo, al utilizar este modelo teórico, estará en condiciones de esforzarse por la excelencia en el desempeño de sus labores y en ayudar al personal operativo a hacer su trabajo lo mejor que pueda.

El Grid Administrativo de enfermería presenta 81 posibles combinaciones, de éstas, cinco son las más comunes y observables, a saber: el 9.1 liderazgo autocrático, el 1.9 liderazgo de relaciones humanas, el 1.1 liderazgo dejar hacer o indiferente, el 5.5 liderazgo instrumental y el 9.9 liderazgo democrático o participativo.

El propósito de este estudio fue el identificar el estilo de liderazgo administrativo que predomina en el personal de enfermería que ocupa un puesto administrativo de primera línea, específicamente en una Institución de Seguridad Social, a través de un método descriptivo, no experimental, de tipo correlacional. Se plantearon hipótesis de diferencias en la percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo entre el nivel directivo y operativo del departamento de enfermería, incorporando algunos aspectos demográficos y laborales como: edad, servicio, turno, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar.

Esta investigación permitió caracterizar al personal de un departamento de enfermería, así como el observar las diferencias en la percepción de ambos niveles respecto al estilo y orientación del liderazgo administrativo ejercido por la jefa de servicio, para finalmente plantear conclusiones y elaborar sugerencias y recomendaciones a este respecto.

II. JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de enfermería deben convencerse de que el desarrollar y ejercer un liderazgo efectivo permitirá tener la visión necesaria para emprender los cambios del ahora y del futuro que la profesión requiere para responder en forma eficiente al desarrollo de la sociedad. Es de suma importancia, frente a la posición que ocupa el directivo de enfermería dentro de la dinámica de la organización de los servicios de salud, que conozca su potencial y estilo de liderazgo a fin de que se permita enfrentar su situación y mantenga un nivel de desarrollo de los servicios de enfermería (Martínez, 1994).

La situación del liderazgo administrativo en el personal de enfermería en Instituciones de Seguridad Social se encuentra determinado por escalafón en orden descendente: Jefe de Enfermeras, Subjefe de Enfermera, Jefe de Servicio en el nivel administrativo; Enfermera Especialista, General y Auxiliar de Enfermería en el nivel operativo. Se escuchan opiniones de algunas enfermeras respecto a que en la institución donde se labora no hay personal con cualidades, habilidades o rasgos que lo identifiquen como un líder.

Es evidente que en la actualidad las organizaciones de salud están muy interesadas en impulsar los servicios de enfermería hacia la mejora de la calidad para satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio, cuyo resultado sea el producto de haber identificado y desarrollado un liderazgo en el personal de enfermería, como uno de los elementos fundamentales para el éxito de cualquier organización. No existe la menor duda que las enfermeras necesitan desarrollar capacidades de liderazgo, el cual en su esencia se caracteriza por su potencial para influir, motivar, inspirar confianza, renovar y aceptar retos, bajo la perspectiva de una visión amplia y futurista de las organizaciones, de la enfermería y de la salud de las personas y la comunidad (Alonso, 2000)⁴.

2.1 OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el estilo predominante y la orientación del liderazgo administrativo, a través de la percepción del personal nivel directivo y operativo del departamento de enfermería.

ESPECÍFICOS

- Identificar el estilo y orientación del liderazgo administrativo que predomina en el personal de nivel directivo de enfermería, según su percepción.
- Conocer la percepción que tiene el personal operativo del estilo y orientación del liderazgo administrativo de los directivos de un servicio.
- Conocer la confiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación en una población local.

III. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Este capítulo se estructura a partir del concepto de percepción y liderazgo, emanado de la Teoría de la Consecución de Objetivos de Imogene M. King, desarrollada en 1981, que como parte del sistema personal estudia la percepción. El liderazgo se aborda desde un enfoque conductual a través del modelo del Grid Gerencial adaptado a la disciplina por Blake, Mouton y Tapper en 1980, y llamado Grid Administrativo, apoyándose en los trabajos realizados por la Universidad Estatal de Ohio y Michigan en los años sesenta. Posteriormente se hace uso de conceptos teóricos, mismos que se operacionalizan para el trabajo, con lo que se construye el mapa conceptual del mismo. Finalmente se hace referencia de algunos estudios realizados sobre el tema.

3.1 PERCEPCIÓN

Tradicionalmente, la percepción se había enfocado como un mecanismo de recepción de estímulos, se suponía dependiente de las características estructurales de la estimulación y el funcionamiento del sistema nervioso. Con la aparición de la corriente llamada *new look*, teoría de los estados directivos (Bruner y Goodman, 1949), se demostró que el proceso es mucho más dinámico y funcional de lo que se había supuesto. Se hizo hincapié en los llamados factores funcionales de los procesos perceptivos; es decir, la percepción no depende sólo de la naturaleza de los estímulos, sino que sobre ella influyen estados y disposiciones del organismo. Percibir no es recibir estímulos pasivamente, es seleccionar, formular hipótesis, decidir, procesar la estimulación eliminando, aumentando o disminuyendo aspectos de la misma. Al igual que todo proceso, la percepción resulta afectada por el aprendizaje, la motivación, la emoción y todo el resto de características permanentes o momentáneas de los sujetos (Santoro, 1986).⁵

Los partidarios de la teoría de los estados directivos (Bruner y Goodman, 1949; Allport, 1955; Huhg, 1974), rediseñaron y produjeron un modelo donde la percepción se enfoca como un mecanismo de formulación de hipótesis respecto a la estimulación; intervienen en él los procesos motivacionales al nivel de las decisiones que el sujeto debe tomar para verificar la información, cotejándola con la experiencia pasada.

Por otra parte, los transaccionistas y conductistas (Epstein, 1967; Solley y Murphy, 1960), aportaron datos importantes sobre las influencias del aprendizaje en la percepción, remarcando el papel de la experiencia pasada. La percepción resulta afectada por la práctica, la frecuencia y la duración del contacto con una determinada fuente de estimulación. El aprendizaje perceptual influye sobre los umbrales absolutos y diferenciales, los mecanismos de selección, disposición perceptual, rechazo, selección de la información, mecanismos de categorización y clasificación de la información.

Al resumir los planteamientos anteriores, se puede afirmar que la percepción no sólo depende de la naturaleza y características de la estimulación, sino que resulta afectada por los estados momentáneos o permanentes de los sujetos, el contexto en el cual se realiza el proceso y por las expectativas respecto a las consecuencias reforzantes (Santoro, 1986).

Santoro (1986) cita a Heider (1958), quien supone que el proceso de percibir personas es idéntico al de percibir objetos. Menciona que los individuos poseen características físicas observables al igual que los objetos, pero al percibirlas se hace en función de una relación o transacción; ello implica que se deben hacer inferencias sobre sus características y estados no observables. Se elaboran expectativas respecto a los demás a partir de sus conductas manifiestas y de la existencia de ciertos rasgos; las acciones de los otros tienen consecuencias para otros, se trata de predecir el comportamiento de los demás y para ello el mecanismo de percepción es fundamental.

Por otra parte, King (1981), una teórica de enfermería, apoyándose en los trabajos de Allport (1955), Kelley y Hammond (1964), Ittleson y Cantril (1954), Bruner (1973) y otros, realizó estudios sobre la percepción de las personas, como parte del sistema personal establecido en su modelo teórico *de la consecución de objetivos* (Sieloff y col., 1999) ⁶.

King (1992) menciona que el mundo de la experiencia es personal, en el cual los seres humanos procesan activamente información acerca del medio ambiente; los individuos organizan y ponen en diferentes categorías sus experiencias humanas al procesar impresiones seleccionadas a través de sus sentidos. Las categorías (conceptos) ayudan a las personas a relacionar experiencias pasadas con acontecimientos presentes dando sentido y estabilidad a su mundo; es a través de la percepción que el individuo se conoce a sí mismo, a otras personas y aprende a identificar objetos que están en el medio ambiente. Al crecer y desarrollarse el individuo a través de su vida, las experiencias que implican cambios en estructura y función de su cuerpo, con el tiempo, influyen en la autopercepción (King, 1992) ⁷.

En el proceso de las interacciones humanas, los individuos reaccionan a las personas, a los acontecimientos y a los objetos, en términos de sus percepciones, de sus expectativas y sus necesidades. Cuando las personas interactúan, ocurren reacciones en el medio perceptual; en otras palabras, las personas reaccionan a las percepciones que cada uno tiene de la situación y en función de las propias expectativas de los individuos y los objetos en el medio ambiente. Los individuos reaccionan como seres humanos totales a sus experiencias, las cuales se consideran como una serie de acontecimientos en el tiempo. Los individuos son seres orientados en el tiempo, es decir, actúan de acuerdo con sus experiencias pasadas, y su conciencia del presente influye en las predicciones que se puedan hacer de sus futuras acciones.

Dicho esto, King (1992) menciona que las imágenes, las experiencias sensoriales y los conceptos proporcionan una base para suponer que los seres humanos tienen un proceso mental más complejo que otros animales, el cual es

producto de ideas, memoria y cognición. Dichas experiencias proporcionan a los individuos datos de primera mano que les ayudan a formar ideas particulares y universales para conocer el mundo a su alrededor.

Para esta autora, la percepción es la representación de la realidad en cada ser humano; es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos. Aunque se presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio perceptual. Los instrumentos perceptuales sensoriales (funcionamiento de los órganos de los sentidos) e intelectuales (procesos mentales) varían según cada sujeto. Una percepción se relaciona con experiencias pasadas, con el concepto de uno mismo (del yo), con la herencia biológica, con los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos.

King (1992) sugiere algunas de las características comunes de la percepción que le ayudaron a definirla:

- **La percepción es universal.** Todas las personas perciben a otros individuos y objetos en el medio ambiente, y estas experiencias proporcionan información acerca de la realidad. A través de estas experiencias, los individuos forman categorías del mundo concreto; a estas abstracciones se les llama conceptos.
- Aunque cada ser humano es único, los individuos tienen características comunes tales como los sentidos, con los cuales perciben el medio ambiente. Un grupo de gente puede observar el mismo acontecimiento, pero cada persona lo percibe de diferente manera.
- **La percepción es subjetiva, personal y selectiva para cada persona.** Cada sujeto permite que entre algún estímulo del medio ambiente. Sus experiencias varían en relaciones espaciales-temporales, en la integridad o alteración del sistema nervioso, en el nivel de desarrollo individual y en el contexto o situación en la cual se experimentan. Las percepciones se basan en las

experiencias pasadas, que las hacen excepcionalmente personales hasta que se comunican a otros.

- **La percepción es una acción orientada en el presente.** El mundo se aprecia según la información de que se dispone; en ello influyen intereses actuales, necesidades y metas futuras. Los seres humanos están en un estado continuo de participación activa en un medio perceptual. La conciencia de eventos pasados, valores y necesidades sirven como factores en su organización. El rol y el status en la familia, en el mundo del trabajo y en la recreación influyen en las percepciones de los individuos. La percepción y el aprendizaje son conceptos que están interrelacionados, lo que cada uno conoce repercute en la percepción, y la percepción a su vez, mejora el aprendizaje cognitivo (King, 1992; cita a Allport, 1955 y Bruner, 1973).
- **La percepción son interacciones.** Ittleson y Cantril (1954), indican que todos los individuos entran en una situación como participantes activos, y que su existencia en la interacción afecta su identidad. Describen así la perspectiva hombre-ambiente:

“ ... Primero, los hechos de la percepción siempre se presentan a través de situaciones concretas. Pueden estudiarse sólo en términos de las transacciones en las cuales pueden observarse. Segundo, dentro de las transacciones, la percepción siempre se hace por una persona en particular desde su posición única en el espacio y en el tiempo y con sus propias combinaciones de experiencias y necesidades. La percepción siempre entra dentro de una transacción desde el centro conductual personal y único de cada individuo que percibe. Tercero, dentro de la transacción particular y que opera desde el propio centro conductual, cada uno, a través de la percepción, crea para sí mismo, su propio ambiente psicológico al atribuir ciertos aspectos de su experiencia a un ambiente en el cual él cree que existe independientemente de la experiencia...” (Ittleson y Cantril, 1954; citados por King, 1992).

A partir de estas características de la percepción, King (1992) elaboró la siguiente definición:

“La percepción es el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad, influye en su conducta”.

La percepción es un concepto muy importante que las enfermeras deben desarrollar, dado que es la base para obtener e interpretar información. Sin embargo, este proceso puede estar distorsionado por los estados emocionales, tales como: enojo, miedo, amor. Las emociones pueden cerrar parcialmente el campo perceptual y así restringir las señales que entran en el mismo. Un elemento importante en las interacciones entre enfermeras es la percepción exacta de cada una. Esta percepción exacta es el primer paso hacia la fijación mutua de objetivos y a la exploración de los medios para alcanzarlos (King, 1992; p.36).

Los factores que modifican la exactitud de las percepciones son los que alteran internamente al sistema nervioso, como la estimulación sensorial, exceso o privación, uso de mecanismos de defensa y algunos factores de personalidad.

3.2 LIDERAZGO

El desarrollo del liderazgo inicia a partir de los estudios de Elton Mayo y el grupo de investigadores de las relaciones humanas (1927), quienes modificaron el proceso de dirección y demostraron que era necesario centrar la atención en el hombre. A partir de este momento, surgen y se desarrollan los estudios de liderazgo, que parten de conocerlo como un asunto eminentemente humano (Augier, 1999) ⁸.

Así, durante los últimos 70 años el liderazgo ha sido objeto de un estudio minucioso, en donde se distinguen varios enfoques; la teoría de los rasgos en los cuarenta trató de identificar las características comunes de los líderes, relacionada con la inteligencia, personalidad y habilidades; un ejemplo de esto es la Teoría del Gran hombre (Carlyle:1910). Las teorías conductuales desarrolladas en la década de los cuarenta trataron de explorar las relaciones humanas desde el punto de vista social y conductual para clasificar o medir el liderazgo (Kahn y Katz, 1969; Keer, 1974; Blake, Mouton y Tapper, 1964, 1978, 1980, son representantes de ello).

Las teorías de contingencias (1967) o situacionales (1950) que exploran los factores del ambiente laboral que influyen y dan como resultado un estilo de liderazgo particular, estudian al líder y a los miembros (Frisdler Fred,1951; Robert House (1971); Hersey y Blanchard (1977), son representantes de esta corriente). Finalmente están las teorías contemporáneas que estudian el liderazgo relacionado con la motivación, interacción y transformación (ejemplo de ello son: Maslow,1943; Herzberg,1959; McGregor,1960). Si el estilo de liderazgo representa un sistema abierto, se pueden analizar el poder legítimo, la definición de la tarea y las relaciones líder-miembro, para posteriormente decidir acerca del estilo de liderazgo más adecuado para una circunstancia dada (Marquis y Huston, 1998) ⁹.

Augier (1999) refiere que la idea que se tiene del liderazgo no fue la que se tuvo al comenzar los estudios sobre este tema, en ellos no existía diferencia entre dirección y liderazgo; y cita a Den Hartog (1998), quien plantea que ha sucedido un cambio de dirigir y controlar a involucrar y motivar; ó Drucker (1988), quien opinó que el liderazgo eficaz no nace, sino que se forma y que se trata del trabajo del dirigente.

El administrador, al estar realizando el rol de líder, deberá tener las suficientes habilidades técnicas, humanas y conceptuales necesarias para realizar funciones administrativas de dirigente dentro de la organización. En

relación con esto, Mintzenberg (1985) define el liderazgo como “el proceso que consiste en usar el poder para obtener influencia interpersonal”.

Es innegable que al hablar de liderazgo se implica la participación de los subordinados, y se conceptualiza como “el proceso de influir en las personas para encausar sus esfuerzos hacia la consecución de una meta o metas específicas” (Hodgetts, 1993)¹⁰. Esta influencia se deriva de dos fuentes básicas, que es la posición del líder, entendida como la autoridad formal que acompaña a un puesto específico, y la disposición que tiene el subordinado a obedecer. A este respecto, Thora Kron (1983) escribe “donde hay un líder debe haber seguidores”, así mismo, menciona “que el ser nombrado jefe no asegura en forma alguna, que éste será aceptado por el grupo, ni que es capaz de dar dicho liderazgo. Un líder debe tener ciertas cualidades, las cuales le permitirán hacer que otras personas lleven a cabo alguna tarea... El liderazgo no significa dominio... La misión del jefe es hacer que otras personas trabajen... hacer que trabajen para uno cuando no tienen obligación de hacerlo...” (Thora, 1983)¹¹.

Kouzes y Posner (1990) afirman que el liderazgo no se refiere sólo a los líderes, sino también a los seguidores, y que el liderazgo exitoso depende mucho más de la percepción del seguidor con respecto al líder, que de las percepciones del mismo. Los seguidores son los que determinarán cuando alguien posee cualidades de liderazgo (Kouzes, Posner, 1990)¹².

Cásares (1994) realizó una revisión de los diversos modelos del liderazgo que se han originado e identificó los componentes teóricos principales en cada uno de ellos:

- La teoría X y Y de Douglas Mc Gregor (1960), clasifica a los directivos de acuerdo con dos estilos: autoritario e igualitario. El autoritario se basa en los modelos coercitivos y económicos del hombre originados en la iglesia Católica y en las instituciones militares y considera al hombre como un ser perezoso y que elude el trabajo porque le desagrada. Por su parte, el igualitario está basado en la teoría de Maslow (1943), es decir, en la autorealización, en donde

el trabajo puede ser agradable y las personas asumirán responsabilidades si tienen oportunidad de satisfacer sus necesidades personales al mismo tiempo que alcanzan los objetivos organizacionales.

- Rensis Likert, en los años sesenta, enfoca el liderazgo de un modo distinto, considera que la conducción del componente humano de la organización es la tarea más importante del director, porque todo lo demás depende de lo bien que se realice la tarea. Centra su atención en el grupo y en la organización en que trabaja el director. Estructuró los estilos organizacionales en cuatro sistemas que van desde el enfoque puramente explotador, autoritario y jerárquico (sistema 1), al menos explotador pero todavía autoritario (sistema 2), a uno más consultivo (sistema 3) y al participativo (sistema 4).
- Otro teórico importante del campo del estilo de liderazgo es Fred E. Fielder (1951), quien trabajó sobre una teoría denominada de la contingencia; afirma que el estilo apropiado de dirección depende de los subordinados, del conjunto de las condiciones en que se encuentra el director y de la situación en particular. Como el estilo más apropiado varía según circunstancias, el director ha de elegir entre adaptarlo a la situación y hacer compatible el trabajo con él. Fiedler asevera que es más fácil cambiar la situación que el estilo.
- Finalmente, la teoría de la rejilla administrativa o "Grid", fue desarrollada por Robert Blake y Jane Mouton (1964, 1978), en donde el liderazgo tiene dos dimensiones fundamentales: la extensión y el grado de interés del director por las personas y por la producción. Este modelo está basado en un conjunto de supuestos derivados de las teorías del comportamiento humano, que ayuda a identificar los aspectos que favorecen o reducen la efectividad del líder, el énfasis está en la introspección y autopercepción en que se basa su conducta. Estos autores sostienen que existen características universales de las organizaciones como: 1) finalidad, 2) personas y 3) jerarquía; conceptualizan cinco estilos de liderazgo: autocrático, democrático, de relaciones humanas, instrumental y el liderazgo dejar-hacer; que no son

únicos y además se tiene que pasar por cada uno de los estilos antes de llegar al ideal (Cásares, 1994) ¹³.

De la revisión de los enfoques teóricos sobre liderazgo realizada por Cásares, se seleccionó para este estudio la teoría de la rejilla administrativa o "Grid Gerencial" desarrollada por Robert Blake y Jane Mouton (1964, 1978); donde se distinguen dos dimensiones fundamentales: la extensión y el grado de interés del director por la persona y por la producción misma, lo cual se explica enseguida.

3.3 GRID GERENCIAL

Blake y Mouton (1964, 1978) desarrollaron un punto de vista bidimensional del estilo de liderazgo. Propusieron el Grid Gerencial, basados en los estilos de *preocupación por las personas* y *la preocupación por la producción*, que en esencia reflejan las dimensiones de las investigaciones de la Universidad Estatal de Ohio (Keer, 1974), de 1) consideración y 2) estructura inicial; y las de la Universidad de Michigan (Kahn y Katz, 1969), de 1) orientación hacia los empleados y 2) orientación a la producción. Para ubicar estas dos dimensiones independientes del comportamiento del líder se considera en la primera dimensión las relaciones interpersonales laborales (la muestra por la comodidad de los empleados, por su status y satisfacción) y dentro de la segunda la medida en que el líder define y estructura su rol y el de sus subordinados (forma en cómo se organiza el trabajo, sus relaciones y metas) (Simms, 1991) ¹⁴.

El Grid o Cuadrícula Gerencial presenta nueve posiciones posibles a lo largo de cada eje (de menor a mayor orientación), creando 81 categorías diferentes en las cuales puede caer el estilo de liderazgo de un directivo. El Grid no muestra los resultados obtenidos, sino los factores dominantes en el enfoque de un líder para obtener los resultados. Esto se representa gráficamente en la figura No. 1.

Aún cuando existen 81 categorías en el Grid, las cinco posiciones clave identificadas por Blake y Mouton son las siguientes:

1,1 Empobrecido. El líder ejerce un esfuerzo mínimo por terminar sus tareas.

9,1 Tarea. El líder se centra en la eficacia de la tarea, pero muestra poco interés por el desarrollo y bienestar de los subordinados.

1,9 Club Campestre. El líder se centra en dar apoyo y ser considerado con sus subordinados haciendo a un lado su interés por la eficacia de la tarea.

5,5 A mitad del Camino. El líder mantiene su eficacia adecuada de la tarea y un bienestar satisfactorio de los subordinados.

9,9 Equipo. El líder facilita la eficacia en la tarea y el bienestar adecuado al coordinar e integrar las actividades relacionadas con el trabajo (Robbins, 1996; Bernhard, 1990)^{15 16}.

De estos descubrimientos, Blake y Mouton concluyeron que los gerentes se desempeñan mejor en un estilo 9,9. Lamentablemente, el Grid no ofrece respuesta a lo que hace a un gerente un líder efectivo, sino un marco para conceptualizar el estilo de liderazgo. De hecho, existe poca evidencia que apoye la conclusión de que el estilo 9,9. es el más efectivo en todas las situaciones (Larson, Hurt y Osborn, 1978).

A partir de la revisión y análisis anterior del Grid Gerencial, los autores, con el apoyo de Tapper en 1980, hicieron una adaptación del modelo para la disciplina de enfermería, mismo que se desarrolla a continuación.

La enfermera es una profesional clave en la organización y funcionamiento de las instituciones de salud. Su trabajo administrativo convierte los planes y programas en una práctica diaria que tiene su efecto de mayor impacto en el servicio al cliente (Blake, Mouton y Tapper; 1996)¹⁷.

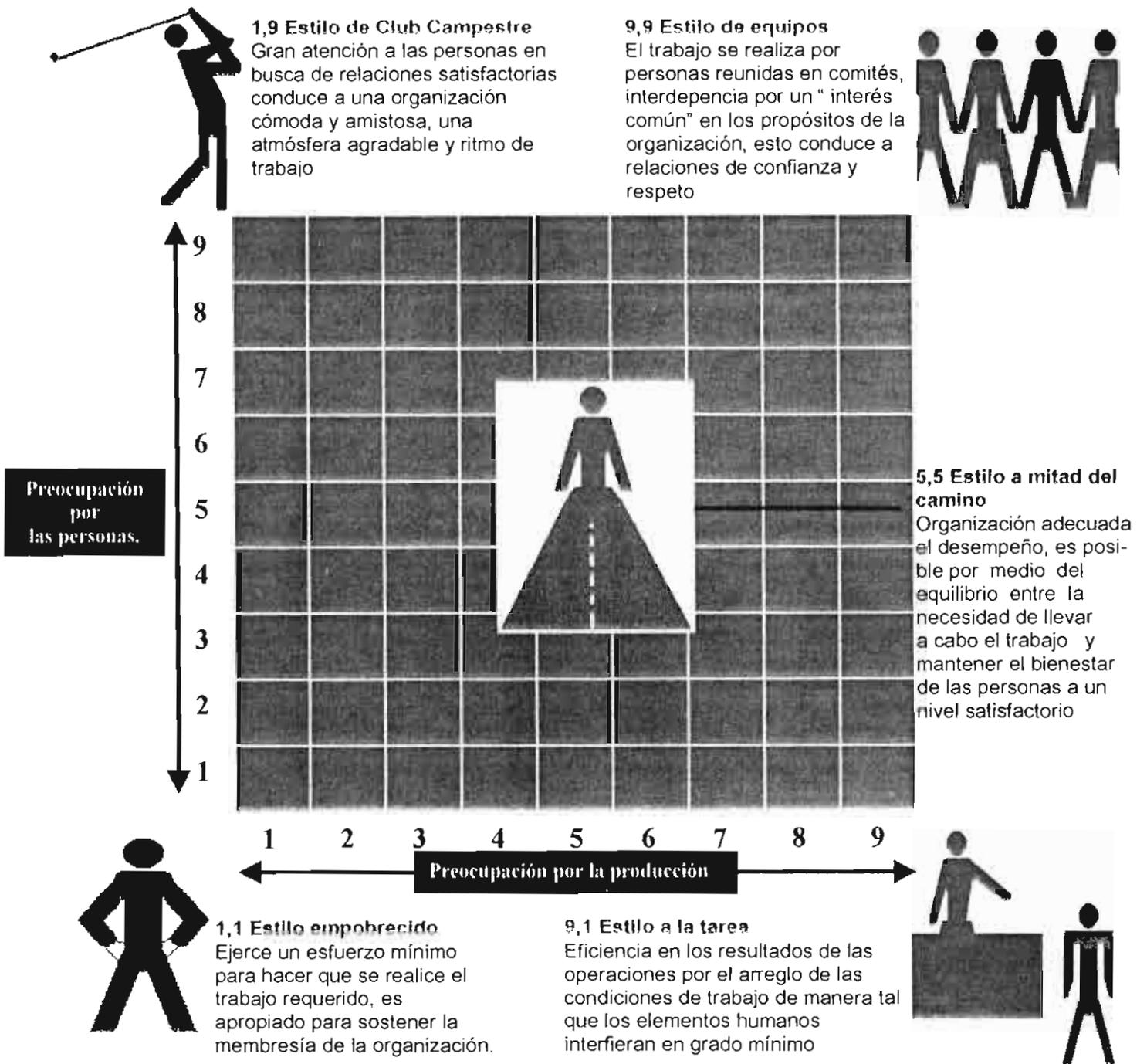


FIGURA No.1 El Grid Gerencial

FUENTE: Reimpreso por Harvard Business Review. Una ilustración de " Breakthrough in Organization Development", por Robert R. Blake, Jane S. Moulton, Louis B. Barnes y Larry E. Greiner. Noviembre- diciembre 1964, pág. 136. © 1964 por el president and Fellows of Harvard College.

El personal directivo de enfermería planea, programa, organiza, dirige y realiza otras funciones administrativas, obtiene sus resultados, su producción, trabajando con y a través de otras enfermeras, tomando parte de la atención primaria al paciente sólo bajo circunstancias únicas. El directivo puede o no ver como gente al personal operativo, es decir, considerar a éstos con sentimientos y emociones positivas y negativas, capaces de pensar constructivamente sobre la forma de solucionar los problemas y que puede estar motivado para hacer el mejor trabajo posible para el funcionamiento del hospital. Por lo tanto, el punto central de este trabajo reside en el personal de enfermería que sostiene un liderazgo gerencial; en este caso, el personal administrativo del departamento y el operativo con el que trabaja

El personal directivo como administrador tiene dos preocupaciones principales. La primera por la producción o los resultados; la disposición de todas aquellas actividades esenciales para la atención del paciente. Esta preocupación comprende muchas cosas; una consiste en cerciorarse de que los procedimientos se lleven a cabo y que las acciones que se tomen se ajusten a las disposiciones establecidas; además debe orientar a los nuevos empleados, programar la capacitación, formular los procedimientos y políticas, entre otros. Todas estas tareas se agrupan en la forma de preocupación por los servicios hospitalarios; estos son servicios que asisten al paciente mientras está en el hospital. En pocas palabras, preocupación por la producción.

La segunda preocupación consiste en considerar al personal del hospital como personas. Ésta se manifiesta en la forma en que se proporciona la información, en prestar atención para obtener una retroalimentación, en la manera en que se manejan los conflictos, en la consideración mostrada cuando surgen necesidades especiales y en un sinnúmero de otras formas. Esto se refiere a todos los individuos que son responsables de proporcionar los servicios antes descritos.

El Grid establece que la preocupación por la producción y por los miembros del personal como personas se expresa dependiendo de la manera

especifica en que se combinan estos dos intereses. Una gran orientación por la producción aunada al poco interés por el personal, o viceversa, constituyen formas significativamente diferentes de dirección. Esto se diferencia de una gran preocupación por los miembros del personal con igual magnitud por la productividad. Estos dos intereses pueden combinarse de muchas maneras, y las interacciones entre ellos determinan el fundamento del estilo de liderazgo de una enfermera administrativa.

La figura 2 muestra una gama de acoplamientos posibles. El eje horizontal indica preocupación por la producción de los servicios hospitalarios y el eje vertical indica preocupación por los miembros del personal como gente. En cada uno hay una escala de nueve puntos, en donde 1 representa la preocupación mínima, 5 un grado intermedio de preocupación y 9 una preocupación máxima. Existen 81 combinaciones posibles de estas preocupaciones expresadas en el Grid.

Cada una de estas 81 posiciones en el Grid es una teoría sobre cómo el personal administrativo considera la relación entre la atención dada a los pacientes y el personal responsable de dar esta atención. Las diversas teorías del Grid pueden ayudar al directivo a comprender su propio comportamiento, así como las relaciones que guarda el resto del personal de enfermería. La teoría es una valiosa herramienta para ayudar a la enfermera a entender los supuestos sobre los cuales se basa su comportamiento. Con una correcta comprensión de su propia conducta, el personal administrativo puede esforzarse por lograr la excelencia en la realización de sus tareas y en ayudar a los demás a hacer su mejor esfuerzo.

El principal énfasis debe ponerse en las teorías de las esquinas y en la del centro del Grid, como se muestra en la figura 2. Estas son las teorías más distintivas y comunes en la dirección diaria:

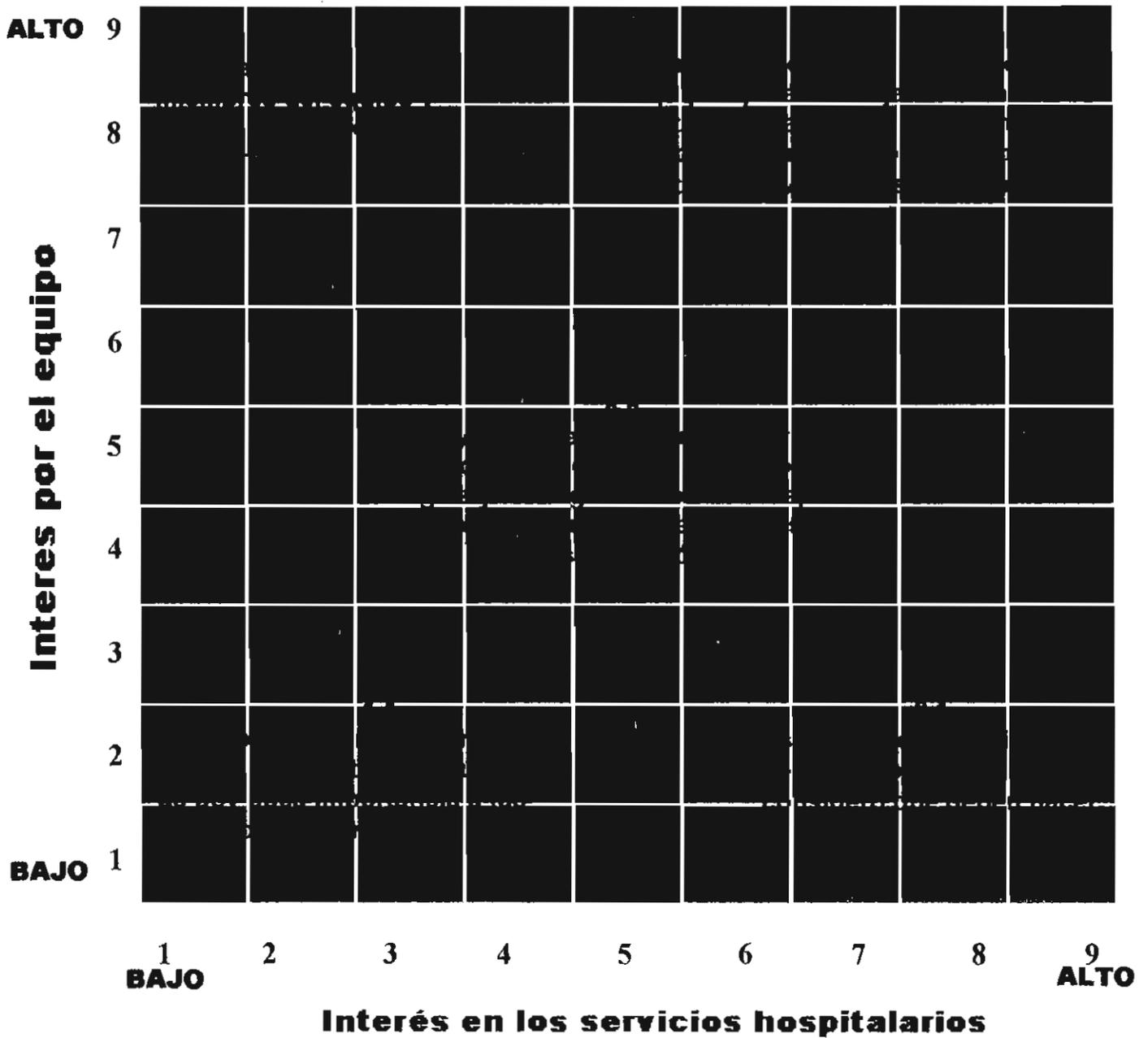


FIGURA No. 2 El Grid Administrativo de Enfermería

La rejilla de la Enfermera Administrativa (R. R. Blake, J. S. Mouton and M. Tapper, Grid Approaches for Managerial Leadership in Nursung. St. Louis: Mosby © 1981 p. 2)

En la esquina inferior derecha se encuentra el estilo de una enfermera administrativa de orientación 9,1 *Liderazgo Autocrático*. Aquí se acopla una gran preocupación por proporcionar los servicios hospitalarios (9), con poca o ninguna preocupación por el personal como individuos con ideas y sentimientos (1). Se ejerce presión para obtener los resultados según el lema *haz lo que te digo*.

En la esquina superior izquierda del Grid está la teoría de orientación 1,9 *Liderazgo de Relaciones Humanas*. Aquí se conjunta una mínima preocupación por suministrar los servicios hospitalarios con una máxima preocupación por el personal operativo de enfermería. A esta enfermera le interesa en primer lugar el desarrollo de las relaciones amistosas con el personal. *Sabe* que cuando les ofrece su simpatía y aprobación llevarán a cabo sus tareas de enfermería de una manera profesional, sin tener que decirles gran cosa. Ella cree que los miembros del personal se desarrollan cuando se ejerce una dirección afectuosa, sustentadora, sin dirección ni juicio.

En la esquina inferior izquierda está la estrategia de dirección orientación 1,1 *Liderazgo de dejar hacer o indiferente*. Aquí la preocupación por los servicios y por el personal está en un punto bajo. Puede parecerle extraño que a un directivo casi no le interese proporcionar los servicios requeridos ni aquellas personas a las que dirige. No se ha marchado físicamente, pero mentalmente ha abandonado la organización del cuidado para la salud. Esta enfermera hace lo preciso como parte de la organización, pero realmente no contribuye a ella. Enfermeras como éstas existen, pero es fácil pasar por alto esta estrategia, en parte debido a que se mantienen sobre la base de *no veo nada malo, no oigo nada malo, no digo nada malo*.

En el centro está el estilo Grid de dirección hospitalaria de orientación 5,5 *Liderazgo Instrumental*. Esta es la estrategia *moderada* basada en mantener un nivel intermedio de ambas preocupaciones. La enfermera que dirige de esta manera desea que su personal mantenga un paso estable que sea aceptado para todos. Se basa en los planes de acción y en los principios de procedimientos para saber decidir, de tal manera que no tenga que tomar decisiones y partido.

La esquina superior derecha es la posición de dirección de orientación 9,9 *Liderazgo Democrático o Participativo*; esta posición combina una alta preocupación por los servicios hospitalarios junto con una alta preocupación por el personal como individuos. La enfermera que tiene esta orientación dirige obteniendo el involucramiento, la participación y el compromiso de las enfermeras de piso y de otras para alcanzar objetivos mutuamente compartidos. Al trabajar conjuntamente de una manera 9,9, los miembros dan sus esfuerzos para un mejor cuidado de la salud de una manera personalmente gratificante y satisfactoria. Demuestran un estilo diferente de dirección cada día. Una vez que el directivo comprende estas teorías de dirección hospitalaria, será capaz de ver sus consecuencias en la buena o mala atención de los pacientes.

El estilo Grid de una persona es bastante consistente en una diversidad de situaciones, pero también es cierto que los individuos alternan de un estilo Grid a otro, algunas veces según el momento, es decir, se cuenta con un estilo Grid dominante y un suplente que se hace evidente cuando resulta difícil o imposible aplicar el estilo Grid más característico, y es al que se recurre cuando las personas están bajo presión, tensión, fatiga, frustración o en situaciones de conflicto que no puede resolver según su modo característico.

Las relaciones entre el estilo dominante y suplente en ocasiones pueden verse muy fácilmente. La forma en que los directivos tratan a los subordinados es una buena base sobre la cual partir. En primer lugar se intenta utilizar la lógica y la razón, reforzadas con la aceptación emocional de una manera 9,9; al no lograr una respuesta satisfactoria de parte de los subordinados, el administrativo plantea un enfoque 5,5, con lo que llega a un arreglo, de forma tal que tanto el directivo como los subordinados se sienten al menos parcialmente satisfechos. Cuando esto no funciona, el directivo endurece su actitud y es posible que añada un toque de ridiculización, ambas formas 9,1, al tratar de captar la atención de los subordinados. Posteriormente, puesto que se ha creado el resentimiento y el rechazo, cambia hacia la cordialidad y la amabilidad y espera que una actitud 1,9, los convenza. Finalmente, al no poder provocar la cooperación deseada, regresa a la estrategia 9,1 de amenazas y castigos o se encoge de hombros de una

manera 1,1. Claro que ésta es sólo una consecuencia hipotética para mostrar el cambio de un estilo dominante a uno suplente.

Parece haber pocos vínculos naturales fuertes o preferidos, si los hay, entre un estilo Grid dominante y cualquier otro suplente. Este gran arreglo de combinaciones dominante-suplente, contribuye a hacer de cada persona un individuo único. Ciertamente los estilos Grid son fijos.

Supuestos y Posiciones

El Grid se basa en un conjunto diferente de supuestos básicos bajo los cuales las personas ocupadas en el trabajo se tratan entre sí. La gente con frecuencia no cuestiona sus suposiciones básicas, por lo tanto, si el administrativo de enfermería tuviera que interactuar con alguien sin hacer suposiciones, no tendría estrategias de liderazgo en absoluto y su conducta no tendría dirección.

Los supuestos falsos conducen a un liderazgo inefectivo y el llegar a conocer sus supuestos es una manera de medir sus propias estrategias y examinar los supuestos alternativos que podrían hacerlo más efectivo.

Cuando un administrativo de enfermería actúa bajo un conjunto dado de suposiciones y las entiende, el conocimiento del Grid puede ayudarlo a predecir cuál será el impacto de su conducta en los miembros del personal, los colegas, los pacientes y otras personas. Por lo tanto, al aprender el marco de trabajo del Grid ayuda a entender qué clase de acciones tiene probabilidad de conducir a qué clase de resultados. Puede ayudar a examinar suposiciones alternativas y la manera en que éstas funcionan bajo diferentes estrategias del Grid.

Una vez que el administrativo de enfermería identifica lo que reduce su efectividad como líder, puede progresar hacia la realización de un cambio en dirección a una efectividad más grande. El énfasis del Grid Administrativo está en la introspección y la autoapreciación. Básicamente es dar al paciente la mejor atención a través de las enfermeras que proporcionan servicios de la mejor calidad.

Existen fuerzas básicas en el trabajo que determinarán las estrategias que emplea el administrativo de enfermería. Éstas son:

1. Situaciones inmediatas, esto es, emergencias, presiones de tiempo, resistencia del personal del hospital o elevado número de pacientes.
2. La necesidad real o imaginaria de políticas y procedimientos pasados y presentes de la entidad hospitalaria.
3. El propio estilo Grid.

Finalmente, se puede decir que el administrativo de enfermería trabaja en un mundo de gran complejidad. La manera en que manejen sus relaciones con sus superiores, colegas y subordinados refleja su estilo básico y de respaldo del Grid e influye en la conducta en su trabajo de diversas maneras.

El Grid simbólicamente es un espejo en donde el administrativo de enfermería se puede observar como una persona con un estilo dominante. Existen seis elementos del Grid Administrativo que describen las cualidades de la conducta personal a través de los cuales se pueden ver sus suposiciones. Estos elementos son: decisiones, convicciones, conflicto, temperamento, humor, esfuerzo o entusiasmo.

A continuación se profundiza en cada uno de estos elementos y se ejemplifica con algunas preguntas que ayudan a identificarlos y a qué estilo de liderazgo corresponde, de los cinco mencionados en la teoría del Grid Gerencial.

Elemento I Decisiones. Una decisión es fundamental para cualquier acción. El grado en que una persona está comprometida con un curso de acción u otro indica el grado de certidumbre al hacer esta elección. Una enfermera que puede ver una situación, interpretar los hechos y llegar a una decisión se considera que tiene confianza en su capacidad de resolución de problemas. Esta actitud promueve la confianza de los demás. Las posibilidades podrán ser:

- 1,1 Aceptar las decisiones de otros con indiferencia.
- 1,9 Soportar decisiones que prometen ser buenas relaciones.
- 5,5 Buscar decisiones viables aunque no perfectas.
- 9,1 Valorar decisiones incontrovertidas.
- 9,9 Valorar decisiones creativas que generen acuerdo y comprensión.

Elemento 2 **Convicciones**. En una sociedad en la que se espera que la gente piense por sí misma, los más respetados son los que tienen convicciones sólidas y las sostienen. Cuando éstas son claras, la vida de la persona tiene un sentido de propósito, carácter y dirección; en caso contrario, el individuo se percibe como débil, inseguro, incierto, ansioso o simplemente indiferente a los problemas reales y pueden resultar así:

- 1,1 Aceptar y seguir las opiniones, actitudes e ideas de los demás.
- 1,9 Preferir aceptar las ideas, opiniones y actitudes de los demás y no promover las propias.
- 5,5 Plantear ideas, opiniones y actitudes aún a costa de otros, cuando las hay.
- 9,1 Defender las ideas propias, opiniones y actitudes aún en contra de los demás.
- 9,9 Buscar y escuchar ideas, opiniones y actitudes diferentes a las propias, tener convicciones claras, con disposición al cambio de opinión cuando surge una idea buena y sensata.

Elemento 3 **Conflicto**. La discordia y el conflicto son inevitables en una cultura en la que la gente tiene diferentes puntos de vista y rápidamente los expresa. El conflicto puede ser perjudicial y destructivo, o creativo y constructivo, dependiendo de cómo es encontrado y manejado. Una persona que puede enfrentar el conflicto con otra persona y resolverlo hasta el entendimiento mutuo evoca respeto y admiración. La incapacidad de enfrentar el conflicto de manera constructiva y creativa conduce a la falta de respeto, o con frecuencia a una mayor hostilidad y antagonismo. Uno crea una relación y otro la destruye, evidenciándose en las siguientes cuestiones:

- 1,1 Tratar de ser neutral ante el conflicto o no involucrarse.
- 1,9 Evitar conflictos, y cuando surgen tratar de mantener la calma y unión del grupo.

- 5,5 Ante el conflicto tratar de ser justo y firme para lograr una solución equilibrada.
- 9,1 Cortar el conflicto e imponer la posición personal.
- 9,9 Identificar los motivos del conflicto y resolver las causas subyacentes.

Elemento 4 Temperamento. El temperamento es una reacción emocional al estrés, la tensión y la presión. La pérdida de temperamento significa que se ha perdido la razón y que las emociones violentas y negativas han asumido el control. La pérdida del temperamento también tiene efectos contagiosos. Sus cualidades destructivas pueden extenderse; pero cuando un individuo mantiene el control, los demás tienen confianza en que esta persona se basa en la razón y respetan su liderazgo. Se sospecha de las personas que ocultan su preocupación, e incluso se considera que no comprenden la gravedad de la situación, se podrían valorar sobre la base de las siguientes cuestiones:

- 1,1 Permanecer neutral.
- 1,9 Ante la tensión de un conflicto mantener una reacción entusiasta y amistosa.
- 5,5 Inseguridad ante la tensión para saber qué rumbo tomar y evitar más presiones.
- 9,1 Ante una situación de estrés defender, resistir o atacar con argumentos propios.
- 9,9 Autocontrol ante un conflicto, aunque se note la impaciencia.

Elemento 5 Humor. El humor da perspectiva a las situaciones de tensión y riqueza a eventos contradictorios. Una persona con un humor sólido contribuye a la dicha de los demás, de manera contraria es vista como sin vida y sin diversión. Una atrae gente hacia ella; la otra los deja irse; existe la posibilidad de valorarse en las siguientes cuestiones:

- 1,1 Falta de humor.
- 1,9 Mantener el humor cuando surge el conflicto.
- 5,5 Utilizar el humor como medio de convencimiento.
- 9,1 Humor enérgico.
- 9,9 El humor se ajusta y da perspectiva, se conserva aún bajo presión.

3.4 USO DE LOS CONCEPTOS TEÓRICOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para fines de este estudio se consideraron los siguientes conceptos emanados del modelo del Grid Gerencial, modificado para la disciplina de enfermería:

Preocupación por los servicios hospitalarios y preocupación por el personal, en donde el estilo de liderazgo es determinado por la percepción del personal Jefe de Servicio en el nivel directivo y del operativo con categorías de Enfermera Especialista, Enfermera General y Auxiliar de Enfermería, sobre la base de la conducta observada en el personal de nivel directivo, probablemente influenciada por la presencia de algunas variables sociodemográficas como son: edad, turno de trabajo, servicio, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar.

El estilo y orientación del liderazgo del administrativo que emplea el directivo de enfermería se determinará a través de los seis elementos del Grid Gerencial, a saber: toma de decisiones, convicciones, resolución de conflictos, temperamento, humor y esfuerzo. Algunos de estos elementos son percepciones subjetivas, sin embargo, se pueden concretar algunos aspectos que describen las cualidades de la conducta del personal de nivel directivo para dirigir el trabajo diario de las enfermeras.

El estilo de liderazgo predominante será el resultado de la percepción del personal directivo y operativo de enfermería sobre la base de la conducta observada por el Jefe de servicio para el logro del trabajo.

La percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo no sólo dependen de la naturaleza y características de la conducta del Jefe de servicio al dirigir el trabajo de enfermería, sino que resultan afectadas por las características del personal (experiencia, personalidad, estado de ánimo, entre otros), el clima organizacional en el que se da el proceso perceptual y las expectativas respecto al trabajo de enfermería.

En enfermería algunos de los aspectos que influyen en la percepción del estilo y orientación del liderazgo están asociados con el líder, el personal subordinado y el clima organizacional donde ambos están inmersos. Respecto al líder, específicamente el personal Jefe de Servicio, los más destacables son: la definición de sí mismo como individuo (el yo), las cualidades innatas, aprendidas y desarrolladas para el puesto, el desempeño laboral observado a partir de su experiencia, la visión sobre el trabajo o quehacer de enfermería y el estilo de vida. Con respecto al seguidor, personal subordinado u operativo, se puede mencionar: la remuneración por el trabajo, la estabilidad laboral, el concepto de sí mismo, capacidad y experiencia en el desempeño del trabajo, el manejo de las relaciones interdisciplinarias, las características sociodemográficas, personalidad, estilo de vida y ambiente laboral.

La estructura organizacional es otro factor que puede condicionar el estilo de liderazgo en enfermería, ésta se da de forma vertical, con ejercicio pleno de la autoridad, aunado al ya establecido por otros profesionales del equipo multidisciplinar. La mayoría de las situaciones laborales de enfermería están establecidas para ejecutar órdenes y en pocas ocasiones se le reconoce al personal como elemento clave para el éxito de la tarea.

En conclusión, quizá el estilo de liderazgo en el personal de enfermería está determinado por conductas que se presentan de acuerdo con la situación de trabajo y algunas características personales. De esta forma, la orientación para la consecución del trabajo puede tomar dos vertientes, una enfocada hacia la producción (preocupación por los servicios hospitalarios) en donde el personal directivo se preocupa más por el cumplimiento de los objetivos laborales, y otra encaminada al equipo de trabajo (preocupación por el personal de enfermería), entendiendo esto como el reconocimiento, estimulación y establecimiento de relaciones interpersonales para cumplir la tarea en un ámbito favorable (Ver Figura No.3).

Edad, Turno, Servicio, Categoría Laboral, Nivel Académico,
Procedencia Escolar



PERCEPCIÓN DEL ESTILO Y ORIENTACIÓN DEL LIDERAZGO ADMINISTRATIVO

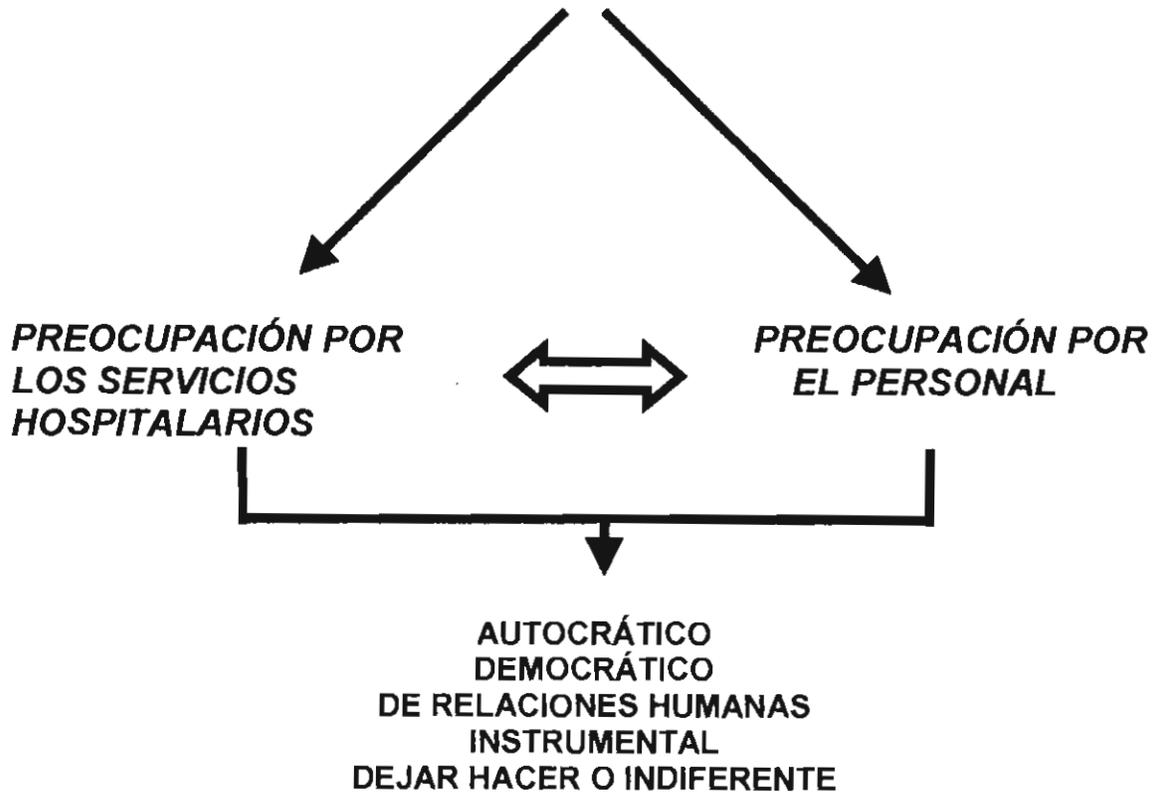


FIGURA No. 3 Mapa Conceptual

Percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo en el personal de enfermería (Carrera y Silva, 2001)

3.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

Hasta el momento, en la revisión de la literatura se encontraron varios reportes donde se utilizaron diferentes modelos para medir el liderazgo en enfermería, con propósitos diferentes. Los hallazgos se mencionan a continuación.

Martínez L. (1994), en Monterrey N.L., México, con el propósito de identificar el estilo de liderazgo administrativo predominante en 38 administradoras de enfermería, utilizó el Grid Administrativo desarrollado por Robert Blake, Jane Mouton y Mildred Tapper en 1880. Los estilos identificados por esta teoría fueron: liderazgo autocrático, democrático, de relaciones humanas, instrumental y el dejar-hacer. Se encontró una correlación moderada (V de Cramer = .45 y covarianza de .21; V de Cramer = .49 y covarianza de .24) con las variables laborales demográficas de ubicación del servicio y escuela de procedencia. Con respecto al estilo de liderazgo, el 74 % (28) se identificó en el democrático, el 21% (8) en el estilo instrumental y el 2% (2) en el estilo autocrático.

Galvao y Trevizan (1997) aplicaron el Modelo de Hersey y Blanchard (1992) para identificar la correlación que existía entre la opinión de las enfermeras, acerca del liderazgo utilizado y la percepción del personal auxiliar que trabaja en la unidad de cirugía de dos hospitales, tomando en cuenta seis categorías de asistencia en las que se encontraba dividido el personal. De acuerdo con los resultados, los estilos de liderazgo adoptados con más frecuencia por las enfermeras con el personal auxiliar de la unidad fueron el de entrenamiento (E2) y el de dirección (E3) (Galvao, Trevizan; 1997)¹⁸.

Murray (1998) efectuó un estudio con 48 enfermeras ejecutivas en un hospital de Utah, cuyo propósito fue identificar cuál era la percepción actual que tienen sus colegas acerca de su influencia. El autor utilizó la teoría de Likert, así como su escala. El estilo predominante fue el autoritario benevolente (Murray, 1998)¹⁹.

En los estudios anteriores se identificó el estilo de liderazgo a partir de la percepción que se tiene del líder, sin establecer una correlación con la autopercepción de éste, utilizando para ello diferentes modelos de tipificación del liderazgo.

Un estudio similar fue el desarrollado por Palomé Vega (1999), con la finalidad de determinar los estilos de liderazgo del personal administrativo de enfermería y la percepción que del mismo tenía el personal operativo. Se realizó un estudio descriptivo correlacional aplicando el Modelo de Liderazgo Situacional II de Blanchard y Zigarmi (1985) en 25 enfermeras administradoras y 25 enfermeras del área operativa de un hospital público. Se aplicó el LBA II (Leader Behavior Analysis), que mide el estilo del líder, su flexibilidad y eficacia en función del subordinado y de sí mismo. Entre los resultados más relevantes del estudio están que el personal administrativo y operativo no difieren al percibir el estilo de liderazgo ($t < .04$, $p > .05$), pues mientras el administrador aprecia su estilo como de apoyo (E3), el personal operativo lo comprende como de entrenar (E2) y de dirigir (E1). La diferencia entre la flexibilidad y la eficacia percibida por ambos grupos fue estadísticamente significativa ($t = 2.3$, $p < .03$ y $t = 18.56$, $p < .001$, respectivamente); ambos grupos reportaron la flexibilidad del líder en un nivel moderado alto y una baja eficacia. El estilo de liderazgo de este estudio se asoció con el estado civil y la edad ($t = 0.25$, $p < 0.04$ y $t = 0.28$, $p < 0.04$). Se concluyó que prevalece la tendencia de los líderes de enfermería a utilizar sólo un estilo, generalmente aquel relacionado con la alta dirección y el bajo apoyo. Quizás el líder desconoce los conocimientos y habilidades de sus subordinados para desarrollar la tarea, así como la motivación y confianza que requieren para la misma.

Recientemente, Rodríguez, M.L., López, B.S., López, M.C.L., Reyes, A.D. (2001) realizaron un estudio de liderazgo bajo el enfoque conductual, con el propósito de determinar qué estilos de liderazgo prevalecen en el directivo de enfermería en las unidades médicas de segundo nivel de Seguridad Social en la ciudad de San Luis Potosí, mediante la realización de un estudio descriptivo, transversal y comparativo, utilizando el Modelo de LIFO (Life Orientations, de la Universidad Estatal de Ohio, 1970) al cual se incorporaron factores de liderazgo

situacional, en tres Jefes de enfermeras, 29 Subjefes de enfermería y 88 enfermeras Jefe de servicio. Se aplicó un instrumento validado autoadministrado. Entre los resultados más relevantes del estudio está el que el estilo de liderazgo que prevalece en el directivo de enfermería es *Toma y Controla* en un 46%, tanto en situaciones normales como en estrés (44%), en segundo está el *Da y Apoya* en situación habitual (20%) y en situaciones de estrés es el de *Mantiene y Conserva*, en un 23%, y por último el *Mantiene y Conserva* en un 16% en situación habitual y bajo estrés el *Da y Apoya* con un 17%. El comportamiento en las unidades médicas estudiadas no presenta diferencias significativas. Se concluyó que el estilo que prevalece es el *Toma y Controla* sin embargo, los expertos afirman que para lograr el cambio hacia la mejora, la propuesta es la combinación de los estilos e incidir en los equipos de trabajo para lograr con ello el éxito, tomando en cuenta al ser humano como el elemento más valioso de la organización (López y col. 2000)²⁰.

En relación con los conceptos teóricos mencionados y los hallazgos reportados en los estudios realizados sobre el tema, se plantearon las siguientes hipótesis:

3.6 HIPÓTESIS

- H1** El estilo y orientación del liderazgo administrativo percibido por el directivo de enfermería se orienta más hacia la preocupación por los servicios hospitalarios que a la preocupación por el personal.
- H2** El estilo y orientación del liderazgo administrativo que se percibe en el nivel operativo de enfermería, se orienta más hacia la preocupación por los servicios hospitalarios que a la preocupación del directivo por el personal.
- H3** El estilo y orientación del liderazgo administrativo percibido está influido por las variables antecedentes, edad, turno, servicio, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar del personal de enfermería

3.7 DEFINICIÓN DE TERMINOS

Estilo de liderazgo: Son las diferentes maneras de conducir la (s) actividad (es) de una organización para el logro del éxito, tales como: estilo autocrático, democrático, de relaciones humanas, dejar hacer o indiferente e instrumental (Martínez, 1994; p.11).

Líder: Persona cuyos rasgos físicos y de comportamiento le permiten realizar funciones de liderazgo; guía, dirección e influencia (Martínez, 1994; p.11).

Liderazgo: Es un proceso que algunas personas realizan, donde está implícito la existencia de un grupo, su marcada interacción e influencia y la guía u orientación hacia los objetivos comunes del equipo (Martínez, 1994; p.11).

Percepción: Es el proceso de organizar interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Es un proceso de transacciones humanas con el medio ambiente. Le da sentido a las experiencias del individuo, representa su imagen de la realidad e influye en su conducta (King, 1992; p.36).

Personal de nivel directivo: Es el que posee o se desempeña en un puesto de dirección o administración de los servicios de enfermería y se le conoce como Jefa de Servicio.

Personal de nivel operativo: Es el responsable directo de proporcionar el cuidado al paciente y por escalafón se ubica en las categorías de Enfermera Especialista, General y Auxiliar de Enfermería.

Preocupación por los servicios hospitalarios: La disposición del directivo de enfermería para todas aquellas actividades esenciales para la atención del paciente, como el cerciorarse de que todos los procedimientos se lleven a cabo y que las acciones que se tomen se ajusten a las disposiciones establecidas, además deben orientar a los nuevos empleados, programar la

capacitación, formular los procedimientos y políticas, entre otros (Blake, Mouton y Tapper, 1980, p.106).

Preocupación por el personal: Consiste en que el directivo de enfermería considere al personal del hospital como personas. Esta preocupación por la gente se manifiesta en la forma en que se proporciona la información, en prestar atención para obtener la retroalimentación, en la manera en que se manejan los conflictos, la consideración mostrada cuando surgen necesidades especiales, entre otros (Blake, Mouton y Tapper, 1980, p.106).

Transacciones: Son los procesos de interacción en los cuales los seres humanos se ponen en contacto con su ambiente a fin de alcanzar metas que tengan valor. Son conductas humanas encaminadas hacia objetivos; son de valor para los individuos porque la meta es significativa y vale la pena de alcanzarla. Cuando se hacen transacciones la tensión o el estrés se reduce en una situación (King, 1992; p.91).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Se proyectó un estudio descriptivo, no experimental, de temporalidad transeccional, por el alcance de sus objetivos fue de tipo correlacional (Hernández S. 1998; 105, 198)²¹. Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 1 C/M.F., del IMSS "Dr. Ignacio García Tellez" en la ciudad de San Luis Potosí, Capital, durante el periodo comprendido del 22 de enero al 9 de febrero del 2001.

El estudio se considera de un II Nivel, porque la finalidad fue el caracterizar el fenómeno (estilo y orientación del liderazgo administrativo) y establecer relaciones entre dos grupos (nivel directivo y operativo) en correlación con la edad, turno, servicio, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar del personal del departamento de enfermería, a través de un método cuantitativo de recolección de datos y un análisis comparativo de las variables.

Se establecieron para el estudio dos hipótesis de diferencias, según Hernández, S. (1998), la variable en estudio (estilo y orientación del liderazgo administrativo), se comparó en dos grupos (nivel directivo y operativo) considerando las variables antecedentes (edad, turno, servicio, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar) del personal.

El universo estuvo conformado por el total del personal del primer nivel directivo de acuerdo a escalafón; 51 enfermeras Jefe de Servicio, y 467 enfermeras del nivel operativo, con categoría laboral de: Enfermera Especialista (56), Enfermera General (231) y Auxiliar de Enfermería (180) ubicadas en los tres turnos laborales establecidos al interior de la institución.

Se proyectó un tamaño de muestra bajo el criterio de la hipótesis de nulidad, en donde se establece que no existe diferencia en la percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo, así mismo, que no está influenciado por las variables antecedentes del personal de enfermería.

Por lo anterior se calculó un tamaño de muestra de acuerdo a la siguiente operación:

$$n = \frac{p q Z^2}{E} = \frac{(0.2)(0.8)(1.96)^2}{(0.1)^2} = 61$$

Donde:

$$p = 0.2$$

$$q = 1 - p = 0.8$$

$$Z = 1.96$$

$$E = (0.1)^2$$

Se consideró entonces un nivel de confianza del 95% y un 10% de precisión en la generalización de resultados. Así, la variabilidad del fenómeno siguiendo la hipótesis de nulidad es de p q, 0.2 y 0.8, respectivamente.

Asimismo, la proporción directivo–operativo (N operativo = 476, N directivo = 51) del 10% y 90% respectivamente, se obtuvo una muestra de: n directivo = 6 y n operativo = 55, para constituir una n total = 61.

Se consideró la ampliación del tamaño de muestra del directivo hasta en un 300% (n directivo = 19), y la del operativo un 20% más (n operativo = 68), para una mayor confiabilidad de los resultados.

Para la selección de los sujetos de la muestra se utilizó un método aleatorio estratificado sistematizado, se consideraron el turno, categoría y servicio donde se localizó el personal. Se utilizaron los siguientes criterios:

Personal directivo

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería de ambos sexos con plaza de jefe de servicio dentro del área hospitalaria.
- Ubicado en cualquiera de los tres turnos laborales.
- Tener un año como mínimo en el desempeño del puesto, de forma definitiva.

Criterios de exclusión:

Personal con las siguientes características:

- Que se encuentre asignado al puesto por suplencia o por nivelación.
- En periodo vacacional, incapacidad, permiso o licencia de más de 30 días.
- Nivelado a una plaza superior de dirección.

Criterio de eliminación:

- Personal que se niegue a participar.

Personal operativo

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería de ambos sexos asignado a cualquier área de atención hospitalaria.
- Personal de enfermería con categoría de enfermera especialista, general o auxiliar de enfermería.
- Pertenecer a cualquiera de los tres turnos laborales.
- Tener más de un año de antigüedad en el puesto.
- Ser personal con base definitiva.

Criterios de exclusión:

Personal con las siguientes características:

- Que se encuentre nivelado en alguna categoría de nivel directivo.
- En periodo vacacional, incapacidad, permiso o licencia de más de 30 días.

Criterio de eliminación:

- Personal que se niegue a participar.

El estudio contempló la aplicación del Instrumento *Cuestionario Grid Administrativo de Enfermería*, de R. Blake, J. Mouton y M. Tapper (1980). Se fundamenta en los supuestos en los que se puede basar la conducta de los líderes en enfermería; presenta 81 posibles combinaciones; son cinco las posiciones más frecuentemente observadas: Liderazgo Autocrático (9.1), Liderazgo Democrático (9.9), Liderazgo de Relaciones Humanas (1.9), Liderazgo Instrumental (5.5) y Liderazgo Dejar Hacer (1.1).

El instrumento está dividido en dos secciones, se integra con preguntas abiertas y cerradas; en la sección I se describen las variables antecedentes (edad, turno, servicio, categoría laboral, nivel académico y procedencia escolar) del personal de enfermería, consta de seis preguntas (4 abiertas y 2 cerradas). La sección II es un formulario específico para identificar el estilo y la orientación del liderazgo administrativo que predomina en el directivo de enfermería, consta de 40 reactivos. Cada uno proporciona una comparación de dos estilos administrativos de liderazgo basándose en los seis elementos del Grid Gerencial con dos opciones de respuesta bajo el siguiente código de evaluación:

Cada pregunta tiene un valor de tres puntos, que pueden ser distribuidos de acuerdo a las siguientes combinaciones:

1. Si se apoya decididamente la alternativa **A** en vez de la alternativa **B** se coloca un 3 en la línea de la A y un 0 en la línea de la B.

A 3

B 0

2. Si se apoya decididamente **B** en vez de **A** escriba:

A 0

B 3

3. Si apoya **A** algo más que a **B** escriba:

A 2

B 1

4. Si apoya **B** algo más que **A** escriba:

A 1

B 2

5. Si en realidad no realiza ninguna de las dos opciones coloque un 7 en cualquiera de las dos líneas.

Para el estudio, el instrumento fue modificado sobre la base de dos momentos: se realizaron observaciones de cuatro expertos, quienes contextualizaron y validaron la consistencia del cuestionario que se sometería posteriormente a prueba piloto. Así mismo, se redactó en primera persona para el nivel directivo y en tercera persona para el nivel operativo de enfermería (Ver anexo No. 1, 2). Se obtuvo un alfa de Cronbach de -.34 (19 casos, con 85 reactivos) y .94 (68 casos, con 86 reactivos) respectivamente.

Pese a que el instrumento ya se había empleado en el personal de enfermería, éste fue sometido a estudio piloto en otra unidad del IMSS de la localidad para considerar la claridad de cada uno de los reactivos del cuestionario; para tal efecto se aplicó el instrumento a tres enfermeras Jefe de Servicio y a siete personas del nivel operativo, lo que correspondería al 50 y 20 por ciento, respectivamente del tamaño de muestra calculado.

El estudio piloto permitió hacer adecuaciones en algunos términos empleados, así como, la modificación del código de evaluación (se propuso colocar un 7 en las actividades que el directivo de enfermería no realiza); también permitió conocer el tiempo promedio para el llenado del cuestionario, que fue de 20 minutos.

Para la implementación del estudio en el Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS "Dr. Ignacio García Tellez" en San Luis Potosí, el protocolo fue presentado, entregado y registrado en la Coordinación Médica de Enseñanza e Investigación a nivel Delegacional en el Estado. Fue necesario realizar adecuaciones en función de especificaciones metodológicas institucionales.

Una vez aprobado y registrado el protocolo, se estableció coordinación con la Jefatura de Enfermería y el área de Enseñanza e Investigación, para solicitar la participación del personal considerado en el estudio por un lapso no mayor de 30 minutos, fuera del servicio asignado, con el objeto de que contestara el cuestionario autoadministrado; con lo anterior se pretendió controlar sesgos por interrupciones, distracción y la presencia de otro personal.

Se contó con el apoyo de las autoridades del Departamento de Enfermería y se invitó a las personas a participar en la investigación (Ver anexo No.3); se conformaron grupos de cinco a ocho personas, a quienes se les dio a conocer de manera general el propósito del estudio, las características del instrumento, instrucciones de llenado del cuestionario, también hubo aclaración de las dudas que surgieron. Se trabajó inicialmente con el nivel directivo y se continuó con el operativo del departamento de enfermería.

Las instrucciones para el llenado del instrumento se dieron a conocer de manera general a cada grupo (haciendo hincapié en el código de evaluación), con el reforzamiento en lo particular ya fuera a consideración del investigador o a solicitud del sujeto de estudio durante la realización de la prueba.

Al momento de recibir el instrumento contestado, el investigador realizó una revisión de las respuestas, para valorar su calidad y aclarar o corroborar conjuntamente con la persona encuestada. Finalmente se agradeció su tiempo y colaboración.

La fase de recolección final de datos se llevó a cabo del 22 de enero al 9 de febrero de 2001. Se contó con el consentimiento informado del personal objeto de estudio en forma verbal, previo a su participación en la investigación.

Posteriormente, los datos de la sección I del instrumento se poscodificaron manualmente, para luego procesarlos por computadora en los programas estadísticos Statistical Package for the Social Science (S.P.S.S.), Microsoft Excel

2000 y DBASE; se obtuvieron los datos descriptivos de frecuencias, porcentajes y proporciones, así como los cuadros y gráficas de las variables en estudio.

Para realizar la prueba de las hipótesis del estudio se empleó la estadística inferencial computarizada, se utilizó la prueba del diferencial de Kolmogorov-Smirnov (para observar el comportamiento de las variables) y después la Correlación de Pearson (r) para la tercera hipótesis (dada la normalidad en el comportamiento de las variables de H1 y H2), que determinaron la relación entre las variables de estudio, y la prueba t para grupos independientes, con un nivel de significación de .05.

4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, este estudio es de riesgo mínimo para el sujeto (Art. 17, apartado I) ya que la investigación fue de tipo documental mediante el registro de datos a través de la aplicación de cuestionarios autoadministrados al personal de enfermería, sin incidir en aspectos físicos o psicológicos del individuo. Se llevó a cabo conforme a lo dispuesto en el Art. 14, apartado VIII, como se señaló con anterioridad, una vez que se dio la sesión informativa con las autoridades de la institución y la invitación en lo particular a participar en dicha investigación al personal (Diario Oficial de la Federación, 1987)²².

Se respetó la población objeto de estudio según lo establecido en el Art. 21 a través de la aclaración de todas las interrogantes, sin generar costo o perjuicio por los resultados obtenidos; y se consideró el Art. 58 Cap. I y II, en donde se da absoluta libertad al personal a negarse a participar, así como al investigador a guardar la confiabilidad de los datos obtenidos. Sin embargo, se establece el compromiso del investigador a presentar los resultados globales mediante una sesión a todo el personal del departamento de enfermería que haya o no estado involucrado en el estudio.

V. RESULTADOS

El presente apartado se divide en dos subcapítulos: el primero comprende la descripción de los hallazgos del estudio y el segundo el análisis en función de las hipótesis planteadas. Cabe señalar que la muestra estuvo conformada por 19 enfermeras Jefe de Servicio y 68 personas del nivel operativo, por lo que los resultados se presentan por cada grupo estudiado.

DESCRIPCIÓN

Se indagaron algunas características demográficas y laborales en ambos grupos de estudio. En el cuadro No. 1 se ilustran los resultados del personal de nivel directivo. En cuanto a la edad del personal se obtuvo un promedio de 43 años, con un rango de 16; el mínimo fue de 33 años y el máximo de 49.

Con relación a los aspectos laborales, el 32 por ciento del personal se ubica en el turno matutino, y un 42 por ciento en el turno nocturno, dividido en dos guardias. El personal se encontraba asignado en un 26 por ciento en las áreas de Medicina Interna (anexo de medicina interna, medicina interna, hemodiálisis, diálisis), el 21 por ciento en servicios de Pediatría (neonatología, pediatría médica, especialidades médicas, pediatría quirúrgica), el 11 por ciento en un área de Ginecología (obstetricia, ginecología, puerperio de bajo riesgo), sólo un 5 por ciento en Cirugía y el 37 por ciento se encontró ubicado en áreas no censables institucionalmente (unidad de cuidados intensivos, tococirugía, quirófano, central de esterilización y equipo, urgencias y cirugía ambulatoria).

El personal directivo de enfermería tiene un nivel académico de postécnico en administración en el 58 por ciento de los casos y sólo el 10 por ciento se reportó con un nivel de especialidad en esta área. El 26 por ciento realizó sus estudios en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CUADRO NO. 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LABORALES DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS, San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Característica		
Edad	Promedio	43
	Mediana	43
	Moda	49
	Rango	16
	Mínimo	33
	Máximo	49
Turno Laboral	No	%
• Matutino	6	32
• Vespertino	5	26
• Nocturno	8	42
Servicio Asignado		
• Pediatría	4	21
• Ginecobstetricia	2	11
• Medicina Interna	5	26
• Cirugía	1	5
• Otros	7	37
Nivel Académico		
• Especialidad	2	10
• Licenciatura	6	32
• Postécnico en Admón.	11	58
Procedencia Escolar		
• UASLP	4	21
• UAT	4	21
• Esc. De la Cruz Roja Mex.	4	21
• IMSS	5	26
• CETIS	0	0
• Otra	2	11

Fuente: Instrumento autoadministrado del Grid Gerencial del Directivo (IAGGD)

Respecto a la caracterización del personal del nivel operativo de enfermería se obtuvieron los siguientes resultados que se muestran en el Cuadro No. 2. En cuanto a la edad, se obtuvo un promedio de 40 años, con un rango de 27, con una edad mínima de 30 y máxima de 57 años.

En cuanto a las características laborales se encontró que el 31 por ciento del personal se ubica en el turno matutino y un 46 por ciento en el nocturno, dividido en dos guardias. Este personal se encontraba asignado en un 21 por ciento en las áreas de Medicina Interna y Pediatría respectivamente. El 44 por ciento se distribuyó en las áreas no censables institucionalmente.

El nivel operativo se encontró categorizado laboralmente en un 56 por ciento como Enfermera General. En referencia al nivel académico del personal se observó que el 41 por ciento poseen un nivel de enfermería general y el 4 por ciento presentan un nivel de especialidad. El personal operativo proviene de la Facultad de Enfermería de la UASLP en un 29 por ciento.

CUADRO NO. 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LABORALES DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS, San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Característica		
Edad	Promedio	40
	Mediana	40
	Moda	34
	Rango	27
	Mínimo	30
	Máximo	57
Turno Laboral	No	%
• Matutino	21	31
• Vespertino	16	23
• Nocturno	31	46
Servicio Asignado		
• Pediatría	14	21
• Ginecobstetricia	7	10
• Medicina Interna	14	21
• Cirugía	3	4
• Otros	30	44
Categoría Laboral		
• Enfermera Especialista	7	10
• Enfermera General	38	56
• Auxiliar de Enfermería	23	34
Nivel Académico		
• Especialidad	3	4
• Licenciatura	12	18
• Postécnico en alguna especialidad.	10	15
• Enfermera General	28	41
• Técnico en Enfermería	7	10
• Otros. Aux. de Enfermería	8	12
Procedencia Escolar		
• UASLP	20	29
• UAT	9	13
• Esc. De la Cruz Roja Mex.	18	27
• CETIS	3	4
• IMSS	6	9
• Otra	12	18

Fuente: Instrumento autoadministrado del Grid Gerencial del Operativo (IAGGO)

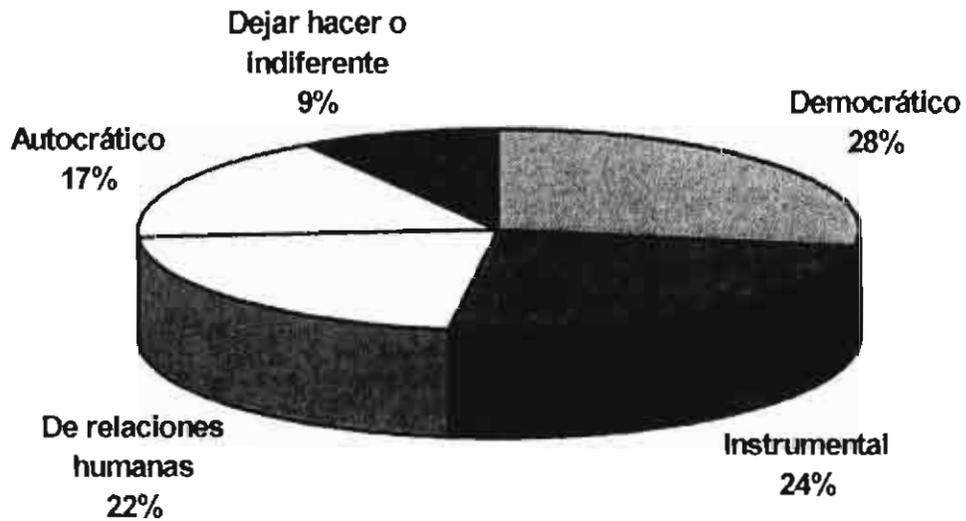
A continuación se presentan algunos cuadros y gráficas que apoyan las hipótesis planteadas. Se inicia con la percepción del estilo de liderazgo y orden asignado a cada uno de los cinco estilos de acuerdo a la percepción del personal directivo de enfermería. En esta misma secuencia se presentan los datos obtenidos del operativo del departamento, comparando ambos niveles jerárquicos.

Para dar respuesta a la tercera hipótesis de trabajo se realizó la correlación de Pearson de las variables antecedentes: edad, turno, servicio, nivel académico y precedencia escolar del personal, con el estilo de liderazgo predominante en cada una de las poblaciones de estudio, integrando en el nivel operativo la variable de categoría laboral.

FIGURA NO. 4

LIDERAZGO ADMINISTRATIVO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA EN PORCENTAJES

Hospital General de Zona No. 1 C/M-F. Del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001



Fuente: IAGGD

El personal de nivel directivo de enfermería percibe su estilo de liderazgo administrativo en primer lugar como democrático, con un 28 por ciento y en último el indiferente, con un 9 por ciento.

CUADRO NO. 3

ORDEN ASIGNADO AL LIDERAZGO DEMOCRÁTICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 19

Orden	No.	%
• Primero	14	74
• Segundo	5	26
Total	19	100

Fuente: IAGGD

El estilo de liderazgo democrático es percibido en un 74 por ciento en primer orden por el directivo de enfermería

CUADRO NO. 4

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO INSTRUMENTAL SEGÚN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 19

Orden	No.	%
• Primero	5	26
• Segundo	8	42
• Tercero	6	32
Total	19	100

Fuente: IAGGD

El estilo de liderazgo instrumental fue percibido por el 42 por ciento del personal directivo en el segundo orden.

CUADRO NO. 5

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO DE RELACIONES HUMANAS SEGÚN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

		n = 19
Orden	No.	%
• Segundo	7	37
• Tercero	9	47
• Cuarto	3	16
Total	19	100

Fuente: IAGGD

El estilo de liderazgo de relaciones humanas fue percibido en tercer orden, por el 47 por ciento de los directivos de enfermería.

CUADRO NO. 6

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

		n = 19
Orden	No.	%
• Tercer	3	16
• Cuarto	15	79
• Quinto	1	5
Total	19	100

Fuente: IAGGD

El estilo de liderazgo autocrático fue ubicado, según la percepción del nivel directivo, en cuarto lugar, con un 79 por ciento.

CUADRO NO. 7

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO DEJAR HACER O INDIFERENTE EN PERCEPCIÓN DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

		n = 19
Orden	No.	%
• Cuarto	2	11
• Quinto	17	89
Total	19	100

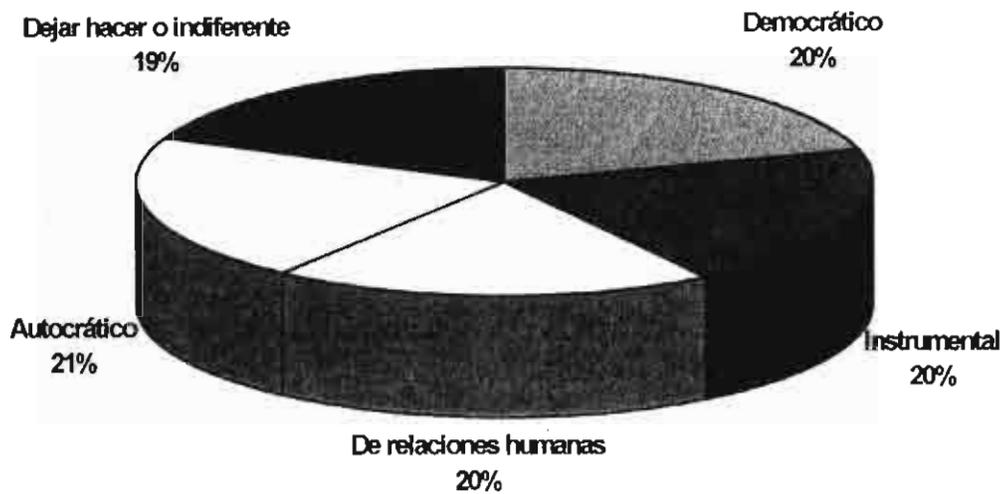
Fuente: IAGGD

El estilo de liderazgo dejar hacer o indiferente fue ubicado en quinto lugar con un 89 por ciento.

FIGURA NO. 5

LIDERAZGO ADMINISTRATIVO EN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA EN PORCENTAJES.

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero - Febrero de 2001



Fuente: IAGGO

El personal percibe el estilo de liderazgo administrativo primeramente como autocrático en un 21 por ciento, el estilo indiferente ocupó el quinto lugar, con un 19 por ciento.

CUADRO NO. 8

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO EN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 68		
Orden	No.	%
• Primero	20	29
• Segundo	18	27
• Tercer	9	13
• Cuarto	14	21
• Quinto	7	10
Total	68	100

Fuente: IAGGO

El estilo de liderazgo autocrático fue ubicado según la percepción del operativo en primer lugar, con un 29 por ciento y sólo 10 por ciento de los casos le otorgó el quinto lugar.

CUADRO NO. 9

ORDEN ASIGNADO AL LIDERAZGO DEMOCRÁTICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 68		
Orden	No.	%
• Primero	16	24
• Segundo	10	15
• Tercer	13	19
• Cuarto	9	13
• Quinto	20	29
Total	68	100

Fuente: IAGGO

El estilo de liderazgo democrático fue percibido en quinto lugar por el 29 por ciento del personal operativo, mientras que el 24 por ciento le asignó el primer lugar.

CUADRO NO. 10

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO INSTRUMENTAL EN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 68		
Orden	No.	%
• Primero	13	19
• Segundo	13	19
• Tercero	23	34
• Cuarto	11	16
• Quinto	8	12
Total	68	100

Fuente: IAGGO

El estilo de liderazgo instrumental fue percibido en tercer lugar por un 34 por ciento de los casos estudiados.

CUADRO NO. 11

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO DE RELACIONES HUMANAS SEGÚN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001.

n = 68		
Orden	No.	%
• Primero	10	15
• Segundo	9	13
• Tercero	21	31
• Cuarto	24	35
• Quinto	4	6
Total	68	100

Fuente: Directa. IAGGO

El estilo de liderazgo de relaciones humanas fue percibido en cuarto lugar por un 35 por ciento de la muestra y en quinto orden por el seis por ciento.

CUADRO NO.12

ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO DEJAR HACER O INDIFERENTE SEGÚN PERCEPCIÓN DEL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.

Enero – Febrero de 2001.

n = 68

Orden	No.	%
• Primero	19	28
• Segundo	12	18
• Tercero	11	16
• Cuarto	5	7
• Quinto	21	31
Total	68	100

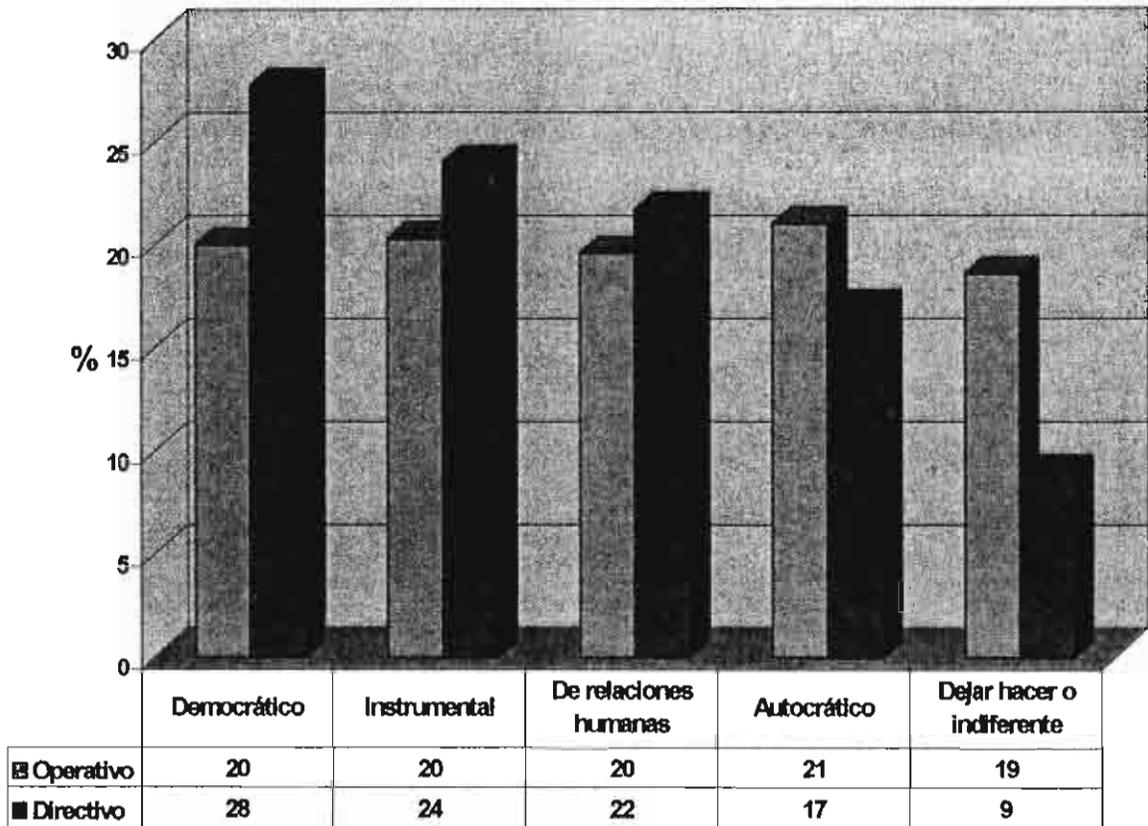
Fuente: Directa. IAGGO

El estilo de liderazgo dejar hacer o indiferente fue seleccionado en quinto lugar en el 31 por ciento de los casos; el 28 por ciento lo ubicó en primer lugar.

FIGURA NO. 6

ESTILOS DE LIDERAZGO ADMINISTRATIVO PERCIBIDOS POR EL PERSONAL DIRECTIVO Y OPERATIVO DE ENFERMERÍA EXPRESADO EN PORCENTAJES
 Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
 Enero – Febrero de 2001.

n directivo = 19
 n operativo = 68



ESTILOS DE LIDERAZGO

Fuente: IAGGD, IAGG

Kolmogorov-Smirnov:

D.Max. = 0.09

Valor = 0.31

p > 0.10

Para observar el comportamiento de la variable en el nivel directivo y operativo de enfermería se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov que mostró una diferencia máxima de 0.09, un valor crítico observado de 0.31, con probabilidad para hipótesis nula mayor de 0.10. Esto indica que la diferencia encontrada en la distribución de la percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo en el personal directivo y operativo de enfermería no es estadísticamente significativa para la aceptación de las hipótesis de trabajo 1 y 2, por lo que son rechazadas en este estudio.

Dado que el comportamiento de la variable objeto de estudio en ambos niveles jerárquicos no difiere significativamente, se decide utilizar el estadístico de correlación de Pearson para determinar si la percepción del estilo y orientación del liderazgo predominante está en relación con los antecedentes del personal de enfermería y dar respuesta a la tercera hipótesis de trabajo.

CUADRO NO. 13

CORRELACIÓN DE PEARSON A GRUPO DE EDAD Y ORDEN DEL ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Grupo Etario	Orden del Liderazgo Democrático		Total
	Primero	Segundo	
• Menor de 37	2 50 %	2 50 %	4 100 %
• De 38 a 42	4 80 %	1 20 %	5 100 %
• Mayor de 43	8 80 %	2 20 %	10 100 %
Total	14 74%	5 26%	19 100 %

Fuente: IAGGD

r = 1.46

g de l. = 2

p = 0.48

Al correlacionar el grupo de edad con el orden asignado al estilo de liderazgo democrático percibido por el personal directivo de enfermería se obtuvo una Chi Cuadrada para Pearson de 1.46, a 2 grados de libertad, con probabilidad para hipótesis nula de 0.48 a dos colas, estadísticamente no significativa para la hipótesis de este estudio.

CUADRO NO. 14

CORRELACIÓN DE PEARSON A TURNO LABORAL Y ORDEN DEL ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Turno Laboral	Orden del Liderazgo Democrático		Total
	Primero	Segundo	
• Matutino	4 67 %	2 33 %	6 100 %
• Vespertino	4 80 %	1 20 %	5 100 %
• Nocturno	6 75 %	2 25 %	8 100 %
Total	14 74%	5 26%	19 100 %

Fuente: IAGGD

$$r = .26$$

$$g \text{ de l.} = 2$$

$$p = 0.87$$

La correlación entre el turno laboral y el orden asignado al estilo de liderazgo democrático percibido por el personal directivo de enfermería obtuvo un valor de Chi Cuadrada para Pearson de .26, con 2 grados de libertad, probabilidad para hipótesis nula de 0.87 a dos colas, estadísticamente no significativa para esta investigación.

CUADRO NO. 15

CORRELACIÓN DE PEARSON A SERVICIO ASIGNADO Y ORDEN DEL ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Servicio	Orden del Liderazgo Democrático		Total
	Primero	Segundo	
• Pediatría	4 100 %	0 0%	4 100 %
• Ginecobstetricia	1 50 %	1 50 %	2 100 %
• Medicina Interna	3 60 %	2 40 %	5 100 %
• Cirugía	1 100 %	0 0%	1 100 %
• Otros: UCI, QX, URG, Tococirugía, CEYE, C. Ambulatoria.	5 71%	2 29 %	7 100 %
Total	14 74%	5 26%	19 100 %

Fuente: IAGGD

r = 2.86

g de l. = 4

p = 0.58

Al correlacionar las variables de servicio en el cual estaba ubicado el personal y orden asignado al estilo de liderazgo democrático percibido por el personal directivo de enfermería, se obtuvo un valor de Chi Cuadrada para Pearson de 2.86, a 4 grados de libertad y con probabilidad para hipótesis nula de 0.58 a dos colas, estadísticamente no significativa para el propósito de este trabajo.

CUADRO NO. 16

CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE NIVEL ACADÉMICO Y ORDEN DEL ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Nivel Académico	Orden del Liderazgo Democrático		Total
	Primero	Segundo	
• Especialidad	0 0%	2 100 %	2 100 %
• Licenciatura	4 67 %	2 33 %	6 100 %
• Postécnico en Administración	10 91 %	1 9 %	11 100 %
Total	14 74%	5 26%	19 100 %

Fuente: IAGGD

$r = 7.43$

g de l. = 2

$p = 0.02$

La correlación entre las variables de nivel académico y orden indicado al estilo de liderazgo democrático percibido por el personal directivo de enfermería obtuvo un valor de Chi Cuadrada para Pearson de 7.43, a 2 grados de libertad, con una probabilidad para hipótesis nula de 0.02 a dos colas, estadísticamente significativa para la tercera hipótesis de este trabajo.

CUADRO NO. 17

CORRELACIÓN DE PEARSON A PROCEDENCIA ESCOLAR Y ORDEN DEL ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 19

Nivel Académico	Orden del Liderazgo Democrático		Total
	Primero	Segundo	
• UASLP	3 75 %	1 25 %	4 100 %
• UAT	2 50 %	2 50 %	4 100 %
• Esc de la Cruz Roja Mex.	3 75 %	1 25 %	4 100 %
• IMSS	5 100 %	0 0%	5 100 %
• Otra	1 50 %	1 50 %	2 100 %
Total	14 74%	5 26%	19 100 %

Fuente: IAGGD

$r = 3.52$

g de l. = 4

$p = 0.47$

Al correlacionar la variable procedencia escolar y el orden señalado al estilo de liderazgo democrático percibido por el personal directivo de enfermería, se obtuvo un valor de Chi Cuadrada para Pearson de 3.52, a 4 grados de libertad y con probabilidad para hipótesis nula de 0.47 a dos colas, estadísticamente no significativa, según la declaración de la tercera hipótesis de esta investigación.

CUADRO NO. 18

CORRELACIÓN DE PEARSON A GRUPO ETARIO Y ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Grupo Etario	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• Menor de 36	8 33 %	8 33 %	3 13 %	5 21 %	0 0 %	24 100 %
• De 37 a 45	9 32 %	6 21 %	6 22 %	5 18 %	2 7 %	28 100 %
• Mayor de 46	3 19 %	4 25 %	0 0 %	4 25 %	5 31 %	16 100 %
Total	20 29 %	18 27 %	9 13 %	14 21 %	7 10 %	68 100 %

Fuente: IAGGO

$r = 14.89$

$g \text{ de l.} = 8$

$p = 0.06$

La correlación entre las variables de grupo etario y el orden marcado para el estilo de liderazgo autocrático percibido por el personal del nivel operativo de enfermería, obtuvo un valor de Chi cuadrada para Pearson de 14.89, a 8 grados de libertad, con probabilidad de 0.06 a dos colas, estadísticamente no significativa para la tercera hipótesis de este trabajo.

CUADRO NO. 19

**CORRELACIÓN DE PEARSON A TURNO LABORAL Y ORDEN ASIGNADO
AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL
OPERATIVO DE ENFERMERÍA**

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Turno laboral	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• Matutino	8 38 %	1 5 %	4 19 %	6 29%	2 9%	21 100 %
• Vespertino	6 38%	6 37 %	1 6 %	3 19%	0 0 %	16 100 %
• Nocturno	6 19 %	11 36 %	4 13 %	5 16%	5 16%	31 100 %
Total	20 29%	18 27%	9 13%	14 21%	7 10%	68 100%

Fuente: IAGGO

$$r = 12.17$$

$$g \text{ de l.} = 8$$

$$p = 0.14$$

Al correlacionar el turno laboral con el orden asignado al estilo de liderazgo autocrático según la percepción del operativo de enfermería se obtuvo un valor de Chi cuadrada para Pearson de 12.17, con 8 grados de libertad, probabilidad de 0.14 a dos colas, estadísticamente no significativa para el propósito de esta investigación.

CUADRO NO. 20

**CORRELACIÓN DE PEARSON A SERVICIO ASIGNADO Y ORDEN DADO
AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL
OPERATIVO DE ENFERMERÍA**

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Servicio	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• Pediatría	2 14 %	5 36%	3 22 %	3 21%	1 7%	14 100 %
• Ginecobstetricia	4 57%	2 29%	0 0 %	1 14%	0 0 %	7 100 %
• Medicina Interna	4 29 %	3 21 %	3 22 %	1 7 %	3 21%	14 100 %
• Cirugía	2 67%	1 33%	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %
• Otros	8 27%	7 23%	3 10%	9 30%	3 10%	30 100%
Total	20 29%	18 27%	9 13%	14 21%	7 10%	68 100%

Fuente: IAGGO

$r = 14.29$

g de l. = 8

$p = 0.57$

La correlación de Pearson entre el servicio asignado y el orden dado al estilo de liderazgo autocrático de acuerdo a la percepción del personal operativo, tuvo un valor de Chi cuadrada de 14.29, con 8 grados de libertad, probabilidad de 0.57 a dos colas, estadísticamente no significativa para este estudio.

CUADRO NO. 21

CORRELACIÓN DE PEARSON A CATEGORÍA LABORAL Y ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Turno laboral	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• Enf. Especialista	1 14 %	4 57 %	0 0 %	2 29%	0 0 %	7 100 %
• Enf. General	16 42%	8 21 %	2 5%	7 18%	5 14%	38 100 %
• Aux. de Enfer.	3 13 %	6 26 %	7 30 %	5 22%	2 9%	23 100 %
Total	20 29%	18 27%	9 13%	14 21%	7 10%	68 100%

Fuente: IAGGO

$$r = 16.92$$

$$g \text{ de l.} = 8$$

$$p = 0.03$$

Al correlacionar las variables de categoría laboral con el orden asignado al estilo de liderazgo autocrático percibido por el personal de nivel operativo de enfermería, se obtuvo un valor de Chi cuadrada para Pearson de 16.92, con 8 grados de libertad, probabilidad de 0.03 a dos colas, estadísticamente significativa para la tercera hipótesis de este trabajo.

CUADRO NO. 22

CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE NIVEL ACADÉMICO Y ORDEN ASIGNADO AL LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Nivel Académico	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• Especialidad	1 33 %	1 33%	1 34 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %
• Licenciatura	5 42 %	3 25 %	4 33%	0 0 %	0 0 %	12 100 %
• Postécnico	5 50 %	3 30%	0 0 %	2 20 %	0 0 %	10 100 %
• Enf. General	6 21%	7 25%	2 7 %	8 29%	5 18%	28 100%
• Técnico en Enf.	2 29%	2 29%	0 0 %	2 29%	1 13%	7 100%
• Otros: Aux. de Enfermería	1 12%	2 25%	2 25%	2 25%	1 13%	8 100%
Total	20 29%	18 27%	9 13%	14 21%	7 10%	68 100%

Fuente: IAGGO

$r = 20.58$

g de l. = 20

$p = 0.42$

La correlación entre el nivel académico y orden señalado al liderazgo autocrático según la percepción del personal operativo de enfermería, tuvo un valor de Chi cuadrada para Pearson de 20.58, con 20 grados de libertad y probabilidad de 0.42 a dos colas, estadísticamente no significativa para apoyar la tercera hipótesis del presente trabajo.

CUADRO NO. 23

CORRELACIÓN DE PEARSON A PROCEDENCIA ESCOLAR Y ORDEN ASIGNADO AL ESTILO DE LIDERAZGO AUTOCRÁTICO PERCIBIDO POR EL OPERATIVO DE ENFERMERÍA

Hospital General de Zona No. 1 C/M.F. del IMSS. San Luis Potosí, S.L.P.
Enero – Febrero de 2001

n = 68

Procedencia Escolar	Orden del Liderazgo Autocrático					Total
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
• UASLP	4 20%	4 20%	5 25%	4 20%	3 15%	20 100%
• UAT	5 56%	2 22%	1 11%	0 0 %	1 11%	9 100%
• Esc. Cruz Roja Mexicana	4 22%	6 33%	2 11%	4 22%	2 12%	18 100%
• CETIS	0 0 %	1 33%	0 0 %	2 67%	0 0 %	3 100%
• IMSS	5 83%	1 17%	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 100%
• Otra	2 17%	4 34%	1 8%	4 33%	1 8%	12 100 %
Total	20 29%	18 27%	9 13%	14 21%	7 10%	68 100%

Fuente: IAGGO

r = 23.83

g de l. = 20

p = 0.25

Al correlacionar la procedencia escolar y el orden registrado para el estilo de liderazgo autocrático de acuerdo a la percepción del operativo de enfermería se obtuvo un valor de Chi cuadrada para Pearson de 23.83, con 20 grados de libertad y con probabilidad de 0.25 a dos colas, estadísticamente no significativa para la tercera hipótesis planteada en esta investigación.

La correlación de Pearson realizada entre las variables antecedentes del personal de enfermería y el orden asignado a cada uno de los estilos de liderazgo administrativo según la percepción del nivel directivo y operativo del departamento, tuvo valores con probabilidad mayor a 0.05, estadísticamente no significativo para la aceptación de la tercera hipótesis de trabajo; a excepción de la variable de nivel académico del personal directivo y la categoría laboral del operativo, con el estilo de liderazgo que predominó en estos grupos de estudio, por lo que la citada hipótesis se rechaza (ver apéndice No. 1 y 2).

VI. DISCUSIÓN

Este estudio aporta datos sociodemográficos y laborales que ayudan a caracterizar el personal de nivel directivo y operativo del departamento de enfermería, los datos se analizaron con base en la estadística descriptiva e inferencial, el orden y secuencia de la información están en relación con las hipótesis planteadas.

El 74 por ciento del personal de enfermería Jefe de Servicio percibe que emplea un liderazgo democrático como estilo dominante en la dirección del trabajo, y el instrumental como estilo suplente, en un 26 por ciento. Esto es similar a los hallazgos señalados por Martínez (1994), quien al utilizar este modelo en el personal administrativo de un hospital privado, reporta un 74 y 21 por ciento para los estilos de liderazgo mencionados, pero difiere a lo encontrado por López (2000) quien bajo el mismo enfoque conductual del liderazgo empleó el modelo de LIFO (life orientations) y menciona que el liderazgo que prevalece en las Jefes de Servicio es el de *Toma y Controla*, en el 46 por ciento de los casos (el que se denomina autocrático, según Blake, Mouton y Tapper, 1980). Al respecto, los autores del Grid mencionan que los individuos alternan de un estilo de liderazgo a otro, algunas veces, según el momento, ejercen un estilo Grid dominante y un suplente que se hace evidente cuando resulta difícil o imposible aplicar el estilo más característico.

Blake, Mouton y Tapper (1980) establecen un punto bidimensional del liderazgo, en el que estos estilos (democrático e instrumental) se ubican en la rejilla administrativa y guardan un equilibrio entre la preocupación del personal directivo por proporcionar los servicios de enfermería y la preocupación por su equipo de trabajo, en donde la diferencia está en el nivel de eficiencia con la que se realiza el mismo.

Al medir la percepción que tiene el personal operativo del departamento de enfermería se pone en evidencia otra realidad, ya que éste indicó que la Jefe de Servicio ejerce un liderazgo predominantemente autocrático en el 29 por ciento de los casos registrados. De igual manera, Palomé (1999) encontró diferencia en la percepción del personal administrativo y operativo de enfermería, al aplicar el modelo de liderazgo situacional II de Blanchard y Zigarmi (1985), pues mientras el administrativo percibía como estilo primario el de *Apoyo*, el operativo indicaba que el estilo de *Entrenar* era el más utilizado. El operativo de enfermería percibe que la Jefe de Servicio necesita cumplir con el trabajo y ejerce presión para lograrlo, manifiesta gran preocupación por la prestación de los servicios de enfermería, con poca o nula consideración por su equipo de trabajo.

King (1992) menciona que la percepción es la representación de la realidad de cada ser humano, aunque se supone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre a su medio perceptual. Este concepto de la autora fue posible reconocerlo tanto en el personal directivo como en el operativo de enfermería. Al respecto, Alonso (2000) dice que el liderazgo exitoso depende más de la percepción de los seguidores que la del propio líder. Por lo tanto, el estilo de liderazgo predominante es el resultado de la percepción del personal directivo y operativo de enfermería, sobre la base de la conducta observada de la Jefe de Servicio para el logro del trabajo.

Respecto a la relación que existe entre el estilo y orientación del liderazgo administrativo con determinadas variables antecedentes del personal, en el presente estudio se encontró significancia estadística ($p > 0.05$) únicamente entre el estilo de liderazgo democrático y el nivel académico del personal directivo, y en el liderazgo autocrático y la categoría laboral en el operativo de enfermería, no así con las variables: edad, turno, servicio asignado y procedencia escolar. Martínez (1994) reportó una correlación moderada entre el estilo de liderazgo y las variables de ubicación del personal y escuela de procedencia del mismo. Por su parte, Palomé (1999) apoya la relación del estilo con la edad y el estado civil del personal. Es conveniente señalar que cada uno de los estudios discutidos usaron

diferentes tamaños de muestra, lo que podría explicar la diferencia en los resultados entre las variables antecedentes y los estilos de liderazgo.

En relación a lo anterior, King (1992) dice que el individuo al crecer y desarrollarse a través de la vida, la experiencia adquirida implica cambios en estructura y función de sus cuerpos, que con el tiempo influyen en el percepción de sí mismos; por otra parte, Drucker (1988) opinó que el liderazgo no nace, sino que se forma. Se puede suponer que la percepción del estilo y orientación del liderazgo administrativo, está en relación a las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería. Esto no se manifiesta en los resultados del presente trabajo.

Pese a que en la mayor parte de la correlación realizada entre las variables antecedentes y el estilo de liderazgo predominante no se encontró significancia estadística ($p > 0.05$), se observan interesantes hallazgos: en el nivel directivo, el 80 por ciento del personal mayor de 38 años percibe su liderazgo como democrático en primer orden, mientras que el personal menor de 37 lo ubicó en un 50 por ciento como segunda opción; quizá el cambio en los planes de estudio, con el nivel de licenciatura a partir de 1982 en algunas instituciones educativas de la localidad, las características del grupo de trabajo, la estructura de la tarea, factores del ambiente organizacional, por mencionar sólo algunos, favorecen que los profesionales de enfermería sean más críticos y apegados a la realidad, de lo que depende la eficiencia del liderazgo.

En el nivel operativo se observó que el 67 por ciento del personal que se ubicó en el servicio de cirugía percibió que su jefe de servicio emplea un liderazgo autocrático como primera opción, mientras que el 30 por ciento del personal ubicado en otros servicios (unidad de cuidados intensivos, quirófano, cirugía ambulatoria, central de esterilización y equipo, etc.) lo percibieron en cuarto orden; esto tuvo significancia estadística con la categoría laboral del personal, y quizá guarde relación con el nivel académico y grado de autonomía profesional, así como con el número, complejidad y significancia de la tarea que se realiza.

VII CONCLUSIONES

Con los hallazgos de esta investigación se puede concluir lo siguiente:

- Desde la perspectiva del directivo de enfermería, el estilo de liderazgo administrativo que predominantemente se emplea para guiar el trabajo es el democrático y el instrumental es el estilo suplente; ambos guardan un equilibrio entre el interés por la prestación de los servicios de enfermería y por su equipo de trabajo.
- El personal de nivel operativo considera que se utiliza un estilo autocrático, principalmente para el logro del trabajo; es decir, la Jefe de Servicio posee gran preocupación por el cumplimiento de objetivos o de la tarea y aparentemente poco o nulo interés por el personal subordinado.
- El estilo de liderazgo predominante, característico y personal, según percepción de las entrevistadas, no está determinado por los antecedentes (edad, turno y categoría laboral, servicio asignado, nivel académico y procedencia escolar) con los que cuenta el personal de enfermería, tanto del nivel directivo como operativo, y es independiente de las características del personal investigado.
- Este estudio describe claramente la aplicabilidad del modelo del Grid Administrativo en el ámbito de enfermería.

VIII LIMITANTES

Las limitantes del presente estudio fueron:

- Pese a que se utilizó una distribución aleatoria sistematizada, el método más efectivo para controlar las variables extrañas individuales, en términos estrictos, los resultados del presente estudio sólo pueden generalizarse a la población de sujetos de la cual se seleccionó la muestra.
- Toda medición de conducta hasta el momento, tiene limitaciones por los instrumentos utilizados para ello, el presente estudio no es ajeno a esto.

IX. RECOMENDACIONES

Se sugiere que:

Se utilice el Instrumento del Grid Administrativo de Enfermería para conocer el estilo de liderazgo del personal directivo sea para investigación o para reorientar el trabajo de las lideresas de la profesión.

El personal directivo de enfermería identifique el nivel de desarrollo (competencia y compromiso) del personal subordinado, para llegar al cumplimiento del trabajo en un ambiente de mayor comunicación, compromiso y participación.

Se realice una réplica del estudio en otras instituciones, dando la oportunidad de comparar los resultados en donde la variable institución sea el factor modificador; y que a su vez esto permita tanto generalizar los resultados como la confiabilidad y validez de los instrumentos.

Se sugieren como temas de investigación:

- Observar los efectos que el estilo de liderazgo del personal de nivel directivo de enfermería tiene en la calidad de la atención proporcionada por su personal operativo.
- Medir la eficiencia del estilo de liderazgo ejercido por el directivo de enfermería de acuerdo a los resultados obtenidos en el desarrollo del trabajo del personal.

REFERENCIAS

- ¹ Palomé, V.G. Estilos de liderazgo predominantes en el personal de enfermería. Qro. México: 1999; 1 (tesis).
- ² Castilleja, M.M. Servir, responsabilidad del líder. *Enfermera al día*, 1987; 12 (12):9.
- ³ Martínez, L.M.R. Estilos de liderazgo administrativos predominantes en administradores de enfermería en un hospital privado de 3er. Nivel de atención. Monterrey N.L. México: 1994; 1, 2 (tesis)
- ⁴ Alonso, C.M. Liderazgo de enfermería frente a la reforma del sector salud. *Desarrollo científico de enfermería*, 2000; 8 (10):300.
- ⁵ Santoro, E. Percepción social. Salazar, J.M., Montero, M., Muñoz, C.C., Sánchez, E., Villegas, J.F. *Psicología social*. México: Trillas, 1986; 77 - 109
- ⁶ Sieloff, C.L., Lee, A.M., Brink, S.A., Clanton, J.A., Greenwell, J.C., et al. Imogene King: Marco sistémico y la teoría de la consecución de objetivos. Marriner – Tomey, A. *Modelos y teorías de enfermería*. Haute, Indiana USA: Hartcourt Brace, 1999; 300 – 315.
- ⁷ King, M.I. *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. México: Limusa, 1992; 21 - 38
- ⁸ Augier, E.A. Liderazgo y dirección estratégica: pilares de la dirección educacional. 1998; 6 (resumen)
- ⁹ Marquis, B., Huston, C. *Management decision making for nurses*. 3er ed. Usa: Lippincott, 1998: 38 – 44.

- ¹⁰ Hosgetts, R.M., Aitman, S. Comportamiento de las organizaciones. México: Mc Graw – Hill, 1993;47 – 94, 197 – 221.
- ¹¹ Thora, K.E.T. Liderazgo y administración en enfermería. 5ta ed. México: Interamericana, 1983;
- ¹² Kouzes, M.J., Posner, Z.B. El factor de credibilidad: lo que la gente espera de sus líderes. Internacional Journal de la fundación W.K. Kellogg, 1990;26
- ¹³ Cásares, D. Liderazgo, capacidad para dirigir. México : Fondo de cultura económico, 1994.
- ¹⁴ Simms, L.M., Price, S.A., Ervin, N.E. Administración de los servicios de enfermería. México: Interamericana, 1991; 48, 49.
- ¹⁵ Robbins, S.P., Coulter, M. Administración. 5ta ed. México: Prentice – Hall , 1996; 571 – 607.
- ¹⁶ Bernhard, A.L., Walsh, M. Leadership: The key to the profesionalizacion of nursing, 2da ed. St.Louis USA: Mosby company, 1990; 72 – 74.
- ¹⁷ Blake, T.R., Mouton, S.J, Tapper, M. Enfoque Grid para la supervisión y liderazgo en enfermería. ENEO –UNAM SUA. Gerencia de los servicios de enfermería. México: Interamericana, 1996; 103 – 112.
- ¹⁸ Galvao, C., Trevizan, M.A. The leadership style adaptad by nurses in surgical word unities focussing the situational leadership. Latino –Americana the Enfermagem, 1997; 5 (2): 39 – 47.
- ¹⁹ Murray, B.P., Fosbinder, D. Nurse executives' leadership roles. JONA, 1998;28 (6): 17 – 24.

- ²⁰ López, B.S., López, M.C.L., Reyes, A.D., Rodríguez, L.P, Soto, L.R. Estilos de liderazgo que prevalecen en el directivo de enfermería en las Unidades Médicas de 2do. Nivel del IMSS en San Luis Potosí, S.L.P., México: 2001 (tesis).
- ²¹ Hernández, S.R., Fernández, C.C., Baptista, L.P. Metodología de la investigación. 2da. Ed. México: Mc. Graw – Hill, 1998; 105, 198.
- ²² Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia para la Investigación para la salud. Presidencia de la República, 1987; 6, 33.

ANEXOS

ANEXO NO. 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (Personal Directivo)

Instrucciones:

Es necesario que la información que se proporcione sea verídica y se ajuste a su forma de trabajo en el servicio a su cargo, es de más mencionar que los datos proporcionados por usted, serán manejados confidencialmente.

El cuestionario consta de dos partes: la sección I corresponde a datos generales y la sección II, cuestionario específico sobre su tarea administrativa.

SECCIÓN I

FOLIO _____

Datos Generales:

Edad _____ (en años cumplidos)

Servicio _____

Nivel académico

- 1) Maestría
- 2) Especialidad
- 3) Licenciatura
- 4) Postécnico en alguna especialidad
- 5) Enfermera General
- 6) Técnico en enfermería
- 7) Otros. Especifique _____

Turno _____

Categoría Laboral _____

Procedencia escolar:

- 1) Fac. de Enfía. UASLP
- 2) Fac. de Enfía. UAT-
- 3) Esc. De la Cruz Roja.
- 4) CETIS
- 5) IMSS
- 6) Otra. Especifique _____

1	__
2	__
3	__
4	__
5	__
6	__

SECCIÓN II

Este instrumento, proporciona una comparación de estilos de administrar el trabajo. Indique su preferencia entre las 2 alternativas que le presenta cada reactivo, seleccionando los números apropiados.

Algunas alternativas pueden parecerle igualmente atractivas o no. Procure escoger la que se aproxima más a su manera de actuar.

Cada reactivo tiene 3 puntos para ser distribuidos de acuerdo a las siguientes combinaciones:

1. Si usted apoya decididamente la alternativa (A) en vez de la alternativa (B) escriba un 3 en la línea de la A y un 0 en la línea de la B.

A	3
B	0

2. - Si Usted apoya decididamente (B) en vez de (A) escriba:

A	0
B	3

3. - Si usted apoya (A) algo más que (B) escriba:

A	2
B	1

4. - Si usted apoya (B) algo más que (A) escriba:

A	1
B	2

NOTA: Si en realidad no se realiza ninguna de las dos opciones coloque un 7

Use sólo las combinaciones de números que aparecen en los ejemplos de arriba.

Trate de reflexionar cada alternativa con su forma de actuar al dirigir el trabajo.

Haga una selección de cada par de alternativas.

No deje ninguna pregunta sin contestar

La suma total de cada reactivo deberá ser siempre igual a 3.

® e mail: tesy68@hotmail.com
dsilva@ccr.dsi.uanl.mx

ANEXO NO. 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (Personal Operativo)

Instrucciones:

Es necesario que la información que se proporcione sea verídica y se ajuste a la forma de trabajar de su jefe de piso, es de más mencionar que los datos proporcionados por usted, serán manejados confidencialmente.

El cuestionario consta de dos partes: la sección I corresponde a datos generales y la sección II, cuestionario específico sobre la tarea administrativa de su jefe de piso.

SECCIÓN I

FOLIO _____

Datos Generales:

Edad _____ (en años cumplidos)

Servicio _____

Nivel académico

- 1) Maestría
- 2) Especialidad
- 3) Licenciatura
- 4) Postécnico en alguna especialidad
- 5) Enfermera General
- 6) Técnico en enfermería
- 7) Otros. Especifique _____

Turno _____

Categoría Laboral _____

Procedencia escolar:

- 1) Fac. de Enfía. UASLP
- 2) Fac. de Enfía. UAT
- 3) Esc. De la Cruz Roja.
- 4) CETIS
- 5) IMSS
- 6) Otra. Especifique _____

1	__
2	__
3	__
4	__
5	__
6	__

SECCIÓN II

Este instrumento, proporciona una comparación de estilos de administrar el trabajo. Indique su preferencia entre las 2 alternativas que le presenta cada reactivo, seleccionando los números apropiados.

Algunas alternativas pueden parecerle igualmente atractivas o no. Procure escoger la que se aproxima más a la manera de actuar de su jefe de piso.

Cada reactivo tiene 3 puntos para ser distribuidos de acuerdo a las siguientes combinaciones:

1.- Si usted apoya decididamente la alternativa (A) en vez de la alternativa (B) escriba un 3 en la línea de la A y un 0 en la línea de la B.

A	3
B	0

2. - Si Usted apoya decididamente (B) en vez de (A) escriba:

A	0
B	3

3. - Si usted apoya (A) algo más que (B) escriba:

A	2
B	1

4. - Si usted apoya (B) algo más que (A) escriba:

A	1
B	2

NOTA: Si en realidad no se realiza ninguna de las dos opciones coloque un 7

Use sólo las combinaciones de números que aparecen en los ejemplos de arriba. Trate de reflexionar cada alternativa con la forma actuar de su jefe de piso al dirigir el trabajo.

Haga una selección de cada par de alternativas.

No deje ninguna pregunta sin contestar

La suma total de cada reactivo deberá ser siempre igual a 3.

® e mail: tesy68@hotmail.com
dsilva@ccr.dsi.uanl.mx

APÉNDICES

APÉNDICE NO. 1

CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL ESTILO DE LIDERAZGO ADMINISTRATIVO Y LAS VARIABLES ANTECEDENTES DEL PERSONAL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA.

Estilo	Variable	r	g de l.	p
Democrático	• Edad	1.46	2	0.48
	• Turno laboral	.46	2	0.87
	• Servicio asignado	2.86	4	0.58
	• Nivel académico	7.43	2	0.02*
	• Procedencia escolar	3.52	4	0.47
Instrumental	• Edad	4.41	4	0.35
	• Turno laboral	.65	4	0.95
	• Servicio asignado	6.07	8	0.63
	• Nivel académico	7.55	4	0.10
	• Procedencia escolar	9.26	8	0.32
De relaciones humanas	• Edad	9.04	4	0.06
	• Turno laboral	7.84	4	0.09
	• Servicio asignado	2.13	8	0.97
	• Nivel académico	5.30	4	0.25
	• Procedencia escolar	12.45	8	0.13
Autocrático	• Edad	5.57	4	0.23
	• Turno laboral	4.81	4	0.30
	• Servicio asignado	5.13	8	0.74
	• Nivel académico	2.76	4	0.59
	• Procedencia escolar	4.81	8	0.77
Dejar hacer o indiferente	• Edad	.95	2	0.62
	• Turno laboral	1.21	2	0.54
	• Servicio asignado	1.93	4	0.74
	• Nivel académico	1.62	2	0.44
	• Procedencia escolar	6.25	4	0.18

* Estadísticamente significativa para hipótesis de trabajo

APÉNDICE NO. 2

CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE EL ESTILO DE LIDERAZGO ADMINISTRATIVO Y LAS VARIABLES ANTECEDENTES DEL PERSONAL OPERATIVO DE ENFERMERÍA.

Estilo	Variable	r	g de l.	p
Autocrático	• Edad	14.89	8	0.06
	• Turno laboral	12.17	8	0.14
	• Servicio asignado	14.29	16	0.57
	• Categoría laboral	16.92	8	0.03*
	• Nivel académico	20.58	20	0.42
	• Procedencia escolar	23.83	20	0.25
Democrático	• Edad	9.52	8	0.30
	• Turno laboral	9.36	8	0.39
	• Servicio asignado	20.96	16	0.67
	• Categoría laboral	6.81	8	0.68
	• Nivel académico	21.74	20	0.43
	• Procedencia escolar	22.14	20	0.69
Instrumental	• Edad	7.64	8	0.46
	• Turno laboral	8.36	8	0.39
	• Servicio asignado	12.97	16	0.67
	• Categoría laboral	5.70	8	0.68
	• Nivel académico	20.34	20	0.43
	• Procedencia escolar	16.32	20	0.69
De relaciones humanas	• Edad	16.74	8	0.03*
	• Turno laboral	8.80	8	0.35
	• Servicio asignado	24.36	16	0.08
	• Categoría laboral	12.15	8	0.14
	• Nivel académico	26.75	20	0.14
	• Procedencia escolar	26.74	20	0.14
Dejar hacer o indiferente	• Edad	4.03	8	0.85
	• Turno laboral	12.82	8	0.11
	• Servicio asignado	18.39	16	0.30
	• Categoría laboral	8.45	8	0.39
	• Nivel académico	24.75	20	0.21
	• Procedencia escolar	31.74	20	0.04*

* Estadísticamente significativa para hipótesis de trabajo

APÉNDICE NO. 3

PERMISO DE LA AUTORA PARA REPRODUCCIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

El autor (a) concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “ ***Estilo y orientación del liderazgo administrativo según percepción del nivel directivo y operativo de enfermería***”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que le confiere la Ley, cuando sea por cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

Lic. en Enf. Ma Teresa Carrera Campos

® e mail: tesy68@hotmail.com

San Luis Potosí, S.L.P., Septiembre del 2001