

**TESIS DOCTORAL**

**AÑO 2016**

**RASGOS DE PERSONALIDAD, LIDERAZGO Y  
RESISTENCIA AL ESTRÉS DE ENFERMEROS  
GESTORES Y ASISTENCIALES EN LOS  
HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE  
MADRID.**

**DIEGO AYUSO MURILLO**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA.**

**DIPLOMADO EN ENFERMERIA.**

**DOCTORADO EN DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES**

**Director de Tesis: Dr. Antonio López Peláez.**

**Codirectora de Tesis: Dra. Ana Colomer Sánchez.**

**Tutor de Tesis: Dr. Iván Herrera Peco.**

**TESIS DOCTORAL**

**AÑO 2016**

**RASGOS DE PERSONALIDAD, LIDERAZGO Y  
RESISTENCIA AL ESTRÉS DE ENFERMEROS  
GESTORES Y ASISTENCIALES EN LOS  
HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE  
MADRID.**

**DIEGO AYUSO MURILLO**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA.**

**DIPLOMADO EN ENFERMERIA.**

**DOCTORADO EN DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES**

**Director de Tesis: Dr. Antonio López Peláez.**

**Codirectora de Tesis: Dra. Ana Colomer Sánchez.**

**Tutor de Tesis: Dr. Iván Herrera Peco.**

## **DEDICATORIA**

**A Antonia y Francisco, mis padres que me lo dieron todo.**

**A Ana y Manoli, mis hermanas y mi gran apoyo.**

**A Clara y David, mis hijos la ilusión de mi vida.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Antonio López Peláez mi director de tesis por animarme a terminar lo que tenía pendiente y por su ayuda inestimable, a Ana Colomer Sánchez e Iván Herrera Peco por su colaboración y estímulo continuo en la revisión, orientación y enfoque de este maravilloso estudio de investigación.**

**Agradezco especialmente a todas las enfermeras/os participantes voluntarios en esta investigación que con sus respuestas a los cuestionarios han hecho posible este trabajo de Tesis Doctoral.**

**A Maribel Carrión Directora del Hospital Universitario de Getafe y Susana Arias Enfermera de Investigación, por su estímulo profesional y colaboración desinteresada, a mis compañeros de trabajo y profesión, a mis sobrinos y familiares, a mis amigos y a todos los que me quieren, han estado a mi lado y comparten mi vida, mi cariño y gratitud siempre.**

# ÍNDICE



## Índice

1	INTRODUCCIÓN .....	14
2	MARCO TEÓRICO .....	25
2.1	ESTADO ACTUAL .....	27
2.2	RASGOS DE PERSONALIDAD .....	34
2.2.1	Personalidad en la enfermería gestora y asistencial .....	34
2.2.2	La personalidad y liderazgo enfermero .....	42
2.2.3	El potencial creativo del gestor enfermero .....	44
2.2.4	Rasgos de personalidad y estrés laboral.....	48
2.3	LIDERAZGO EN LAS CIENCIAS SOCIALES Y ORGANIZACIONES SANITARIAS.....	52
2.3.1	Tipos de liderazgo.....	52
2.3.2	Factores y componentes del líder .....	65
2.3.3	Liderazgo y dirección en enfermería.....	70
2.4	RESISTENCIA AL ESTRÉS Y RESILIENCIA.....	73
2.4.1	Ansiedad y estrés.....	73
2.4.2	Burnout y Síndrome de Quemarse en el trabajo. Repercusiones en enfermería ..	81
2.4.3	Resiliencia y gestión enfermera.....	86
2.5	HABILIDADES SOCIALES .....	90
2.5.1	Comunicación .....	90
2.5.2	Motivación.....	101
2.5.3	Trabajo en equipo.....	113
2.5.4	Coaching .....	118
2.6.	PROCESOS DE SELECCIÓN EN GESTORES ENFERMEROS. ....	124
3	OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	128
3.1	OBJETIVOS .....	129
3.2	HIPÓTESIS: .....	129
3.2.1	Hipótesis Nula (H0).....	130
3.2.2	Hipótesis Alternativa (H1).....	130
4	MATERIAL Y MÉTODOS.....	132
4.1	Participantes.....	133
4.2	Muestra .....	136
4.2.1	Cálculo del tamaño de la muestra .....	1365

4.2.2	Método de muestreo.....	137
4.3	Metodología aplicada. Instrumentos. ....	139
4.3.1	Ficha técnica 16PF-5 .....	140
4.3.2	Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).....	154
4.4	Procedimientos.....	159
4.4.1	Recogida de cuestionarios .....	159
4.4.2	Medición de potencial creativo y liderazgo .....	160
4.5	Criterios de selección:.....	160
4.6	Método y análisis estadístico. ....	162
5	RESULTADOS.....	164
5.1	Datos Demográficos .....	165
5.2	Perfil de Personalidad.....	166
5.3	Comparación entre Enfermeros Gestores y Asistenciales.....	169
5.3.1	Capacidad de Liderazgo .....	172
5.3.2	Potencial Creativo.....	173
5.3.3	Capacidad de respuesta al estrés .....	177
5.3.4	Comparación entre los profesionales de enfermería asistencial y gestores.....	179
6	DISCUSIÓN .....	182
6.1.	Rasgos de Personalidad General.....	184
6.2.	Liderazgo.....	185
6.3.	Potencial creativo.....	187
6.4.	Resistencia al estrés y ansiedad.....	189
6.5.	Procesos de selección.....	190
6.6.	Limitaciones del estudio.....	191
6.7.	Futuras líneas de investigación.....	191
7	CONCLUSIONES.....	199
8	BIBLIOGRAFÍA .....	207
9	GLOSARIO .....	231
10	ANEXOS.....	238
10.1	Anexo 1. Convocatorias Proceso de Selección Supervisores.....	239

10.2	Anexo 2. Hoja informativa y Consentimiento Informado.....	245
10.3.	Anexo 3. Aprobación del CEIC.....	244
10.4.	Anexo 4. Cuestionario 16PF.....	253
10.5.	Anexo 5. Cuestionario TAI.....	265

## **RESUMEN TESIS.**

## **Introducción.**

La psicología del trabajo, el trabajo social, la sociología de las organizaciones, la psicología de la salud, la sociología de la salud, y las habilidades sociales son ciencias y áreas de conocimiento transversal, que afectan de forma indiscutible a las enfermeras/os tanto los que realizan su actividad en el ámbito asistencial atendiendo a pacientes y familiares, como las enfermeras/os que trabajan en el ámbito de la gestión, con una competencia ligada fundamentalmente a la gestión de cuidados y a la gestión de personas o recursos humanos (Martín Alfonso, 2003; Ramón García, 2012; López Peláez, 2012; Martínez López, 2012; Pérez García, 2014; Gilbert, 2015).

La disciplina enfermera posee un componente científico y técnico específico, con un cuerpo doctrinal propio enfocado al cuidado del paciente, que se sustenta en las ciencias sociales (Luis, 2005; Valenzuela, 2009; Cutcliffe, 2011; Hernández Garre, 2011). La enfermera asistencial para poder desarrollar su actividad laboral precisa de relaciones sociales y humanas, y por tanto debe desarrollar habilidades y adquirir conocimientos que garanticen las habilidades sociales, como la comunicación, empatía, extraversión, sociabilidad, etc. Por otro lado las enfermeras gestoras deben igualmente desarrollar estas habilidades sociales, y además adquirir y desarrollar otras habilidades necesarias para gestionar con eficacia los equipos humanos y las diferentes unidades, por tanto son claves el liderazgo, la creatividad o la resistencia al estrés entre otros.

Existen instrumentos ampliamente utilizados en el ámbito de la psicología, la sociología y el ámbito empresarial, que nos permiten identificar los rasgos de personalidad de los profesionales que trabajan o van a ser seleccionados en una empresa, pero estos instrumentos son escasamente utilizados en el campo de la enfermería (Fernández Araóz, 2008; Olleros, 2008; Forés, 2014).

## **Objetivos.**

- Establecer los rasgos de personalidad característicos de los gestores enfermeros, en comparación con las enfermeras/os asistenciales.
- Identificar los rasgos de personalidad ligados al liderazgo y la creatividad, en enfermeras gestoras y asistenciales.
- Determinar si existen variables de personalidad o de estrés/ansiedad diferenciales entre los enfermeros/as gestores y los asistenciales.
- Identificar las variables de personalidad, relevantes y específicas de los gestores enfermeros, para que sean utilizadas en los procesos de selección en gestión sanitaria de forma objetiva.

## **Material y Métodos.**

La población objetivo del estudio, estuvo conformada por los profesionales con categoría de enfermeras/os, tanto aquellos que poseían responsabilidades de gestión como asistenciales, y que realizaban sus funciones en los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en la Comunidad de Madrid.

Todos los participantes lo fueron de modo voluntario, se les facilitó toda la información del proyecto de investigación y, antes de participar en éste, debían firmar la hoja de consentimiento.

El proyecto de investigación abordado dentro del presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe.

El tipo de estudio seguido en esta investigación fue un estudio descriptivo transversal. El método de muestreo que se ha seguido en la realización del presente trabajo es el de un

muestreo probabilístico, es decir aquel en el que se usa el azar y todos los elementos de la población tendrán la misma probabilidad de ser seleccionados en una muestra.

Se utilizaron dos cuestionarios validados y adaptados al contexto español:

- Cuestionario de factorial de personalidad 16PF-5 (Cattell, 1989, 1993): se utilizó para la confección de un perfil de personalidad del voluntario y además permitió el estudio de la creatividad y liderazgo del grupo de estudio.
- Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI, Spielberger, 1982): se utilizó para la medida de la capacidad del voluntario de su capacidad de respuesta a la ansiedad/estrés.

Una vez recogidos todos los datos, se realizaron distintos análisis estadísticos como: análisis de frecuencia, análisis de medias, las pruebas de la T de Student, el test de Levene, aplicándose en caso de fallo las pruebas de normalidad de los grupos muestrales. Utilizando el programa SPSS 19 para Windows y SAS 9.1. Las diferencias entre grupos experimentales, se consideraron significativas con un valor  $p < 0.05$ .

### **Resultados.**

Los resultados obtenidos relacionados con el liderazgo, se observa que en el grupo de enfermeras asistenciales se obtienen 2 rasgos o factores por encima de la media poblacional  $p (>5,5)$  que son: *razonamiento* y *extraversión*. Y 9 rasgos que están por debajo de la media de la población  $p (< 5,5)$  que son: *estabilidad*, *animación*, *dominancia*, *atrevimiento*, *ser utilitario* y *objetivo*, *estar centrado en soluciones*, *la orientación al grupo*, *el perfeccionismo* y *la baja tensión*. En enfermeras gestoras, encontramos igualmente solo 2 rasgos por encima de la media poblacional  $p (>5,5)$  que

son: *razonamiento y dominancia*. Y los otros 9 están por debajo de la media poblacional  $p (< 5,5)$ .

De los resultados obtenidos relacionados con la creatividad, destacamos que en las enfermeras asistenciales, hay 5 rasgos de personalidad por debajo de la media poblacional  $p (< 5,5)$  que son: *dominancia, atrevimiento, apertura al cambio, perfeccionamiento e independencia*. Y 4 rasgos de personalidad están por encima de la media ( $p > 5,5$ ) que son: *sensibilidad, abstracción, autosuficiencia y extraversión*. En el grupo de enfermeras gestoras, relacionado con la creatividad, aparecen 3 factores por debajo de la media poblacional  $p (< 5,5)$  que son: *atrevimiento, perfeccionamiento y extraversión*. Y 6 factores por encima de la media poblacional  $p (> 5,5)$  que son: *dominancia, sensibilidad, abstracción, apertura al cambio, autosuficiencia e independencia*.

Los datos muestran que los profesionales de enfermería del estudio en su conjunto, poseen una Ansiedad Estado de  $(4,79 \pm 1,64)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(3,9 \pm 2,34)$ , estando ambas puntuaciones por debajo de la media de la población general española (5,5 puntos).

Los profesionales de enfermería con actividad asistencial, se observa que poseen una Ansiedad Estado de  $(4,86 \pm 1,66)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(4,27 \pm 2,81)$ , mientras que para los profesionales de enfermería con actividad de gestión, los valores obtenidos son Ansiedad Estado de  $(4,73 \pm 1,62)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(3,5 \pm 1,61)$ . Al comparar el rasgo de A-R entre ambas poblaciones, se encuentra que si existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,018$ ), siendo menor en los enfermeros gestores.

### **Conclusiones.**

- Los rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales son diferentes a los valores de la media poblacional española.



- Los gestores enfermeros poseen diferentes rasgos de personalidad que los enfermeros asistenciales.
- Los gestores enfermeros, poseen la misma capacidad de liderazgo, que los enfermos asistenciales, siendo en nuestro caso negativa la correlación entre liderazgo y profesional de enfermería, no encontrando rasgos asociados a liderazgo en ninguno de los dos grupos de la muestra de estudio.
- Los gestores enfermeros poseen diferente potencial creativo que los enfermeros asistenciales. Siendo superior en el grupo de enfermeras gestoras.
- Los gestores enfermeros, poseen diferente capacidad de resistencia al estrés que los enfermeros asistenciales, presentando menor ansiedad rasgo.
- El perfil profesional de las enfermeras, está relacionado con una mayor tolerancia al estrés y niveles de ansiedad, más bajos que la media de la población española.

# **1 INTRODUCCIÓN**

La enfermería es una profesión claramente entroncada con las ciencias sociales, las enfermeras/os en su actividad laboral diaria trabajan en grandes organizaciones sanitarias, de las que forman parte miles de profesionales de distintas disciplinas y por tanto deben trabajar en equipo y con un enfoque multidisciplinar.

La psicología del trabajo, el trabajo social, la sociología de las organizaciones, la psicología de la salud, la sociología de la salud, y las habilidades sociales son ciencias y áreas de conocimiento transversal, que afectan de forma indiscutible a las enfermeras/os tanto los que realizan su actividad en el ámbito asistencial atendiendo a pacientes y familiares, como las enfermeras/os que trabajan en el ámbito de la gestión, con una competencia ligada fundamentalmente a la gestión de cuidados y a la gestión de personas o recursos humanos (Martín Alfonso, 2003; Ramón García, 2012; López Peláez, 2012; Martínez López, 2012; Pérez García, 2014; Gilbert, 2015).

La disciplina enfermera posee un componente científico y técnico específico con un cuerpo doctrinal propio enfocado al cuidado del paciente, que se sustenta en las ciencias sociales (Luis, 2005; Valenzuela, 2009; Cutcliffe, 2011; Hernández Garre, 2011). La enfermera asistencial para poder desarrollar su actividad laboral precisa de relaciones sociales y humanas, y por tanto debe desarrollar habilidades y adquirir conocimientos que garanticen las habilidades sociales, como la comunicación, empatía, extraversión, sociabilidad, etc. Por otro lado las enfermeras gestoras deben igualmente desarrollar estas habilidades sociales, y además adquirir y desarrollar otras habilidades necesarias para gestionar con eficacia los equipos humanos y las diferentes unidades, por tanto son claves el liderazgo, la creatividad o la resistencia al estrés entre otros.

Existen instrumentos ampliamente utilizados en el ámbito de la psicología, la sociología y el ámbito empresarial, que nos permiten identificar los rasgos de personalidad de los

profesionales que trabajan o van a ser seleccionados en una empresa, pero estos instrumentos son escasamente utilizados en el campo de la enfermería (Fernández Araóz, 2008; Olleros, 2008; Forés, 2014).

Esta tesis doctoral tiene como **objeto de estudio** los “Rasgos de personalidad, liderazgo y resistencia al estrés de enfermeros gestores y asistenciales en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid”, con el objetivo de profundizar en el conocimiento de los rasgos de personalidad ligados a las habilidades sociales, al liderazgo, a la creatividad y a la resistencia al estrés, tanto en las enfermeras asistenciales como en las gestoras, de modo que se determinen cuáles son los rasgos y factores más característicos, para así poder medirlos y del análisis de los resultados obtenidos plantear áreas de mejora en aquellos aspectos que sean deficitarios.

La novedad que presenta este estudio de investigación es abordar desde una perspectiva interdisciplinar a un colectivo muy específico formado por las enfermeras asistenciales y gestoras que realizan su actividad en el Servicio Madrileño de Salud, analizando los rasgos de personalidad y el nivel de ansiedad que presentan, con el objetivo de determinar áreas de mejora en las dinámicas organizacionales que supongan estrategias de desarrollo y avance en dicho colectivo.

Los rasgos de personalidad característicos de las enfermeras/os es un ámbito de estudio muy poco desarrollado y por tanto muy interesante profundizar en su identificación. El liderazgo, la gestión y los problemas derivados de las situaciones estresantes se abordan en el ámbito de la sociología de las organizaciones, en el ámbito de la psicología social, en el ámbito de la gestión organizacional, y también desde el ámbito del Trabajo Social.

En este sentido, esta tesis se presenta en el programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales, en la UNED, dentro del equipo de investigación en Derecho Civil y Trabajo

Social, en el ámbito específico de actuación del grupo de investigación Koinonia, con una larga trayectoria en la investigación en el sector sanitario (Pérez García, 2012; Pérez García, Del Fresno García & López Peláez, 2014; Ayuso Murillo, Colomer Sánchez, Herrera Peco & López Peláez, 2015)

Las enfermeras/os españoles en la actualidad tienen una formación al máximo nivel académico que permite obtener los títulos de grado, máster y doctorado en el ámbito universitario. Esto ha supuesto un desarrollo enorme del nivel de conocimientos de la profesión y poder alcanzar competencias que hace tan solo tres décadas era inimaginable. La formación teórica y práctica hace que las enfermeras españolas sean un referente tanto nacional como internacional, y que su nivel de conocimientos técnicos y científicos sea del más alto nivel.

Dentro de este contexto no debemos olvidarnos que la profesión enfermera es una ciencia entroncada en las ciencias de la salud, pero que además tiene otro pilar fundamental que son las ciencias humanísticas, donde destacaría la bioética (Gracia, 2008; Sánchez González, 2012).

En este sentido es clave hacer referencia a los códigos deontológicos en las ciencias sociales que rigen el desempeño ético por parte de los profesionales de cada disciplina, como el de trabajo social, derecho, psicología, sociología o enfermería. Que estaría ligado a un código de conducta que sin duda influye claramente en la personalidad de cada profesional, en el ejercicio de su trabajo y por tanto estos rasgos de personalidad pueden ser identificados mediante cuestionarios específicos de evaluación.

Las ciencias sociales tienen una gran influencia en las ciencias de enfermería, y las enfermeras/os deben potenciar los aspectos psicosociales en los cuidados prestados al paciente y familia, al igual que en el ámbito de la gestión enfermera el desarrollo de la

psicología del trabajo y la gestión de personas se imbrican de una forma continua (Segado, 2014; Forés, 2014).

Nos planteamos que al ser una de las características fundamentales de la profesión enfermera el factor humano, puede ser de gran importancia el analizar y conocer en profundidad los rasgos de personalidad, que puedan estar asociados con los profesionales de enfermería que realizan su actividad en el ámbito de la gestión y también de las enfermeras que realizan su actividad en el ámbito de la enfermería asistencial. ¿Existen rasgos de personalidad que caracterizan a los profesionales de enfermería? ¿Esos rasgos de personalidad son diferentes o son comunes en las enfermeras asistenciales y gestoras? A priori, parece posible que existan esos rasgos de personalidad característicos, que sustenten el factor humano del desarrollo profesional enfermero y que puedan ser diferentes entre ambos grupos o al compararlos con la población general.

Para identificar y poder medir los rasgos de personalidad en las enfermeras asistenciales y gestoras, en este estudio utilizaremos el cuestionario de personalidad 16PF-5, ya que utiliza preguntas indirectas, que buscan obtener respuestas no sesgadas por el individuo y alcanzar así un mejor entendimiento de su personalidad (Boyle, 2008).

Analizando la actividad asistencial y gestora de las enfermeras y enfermeros, los rasgos de personalidad que más interés nos suscitan, son los que tienen que ver con las relaciones profesionales con pacientes y familiares y también entre los propios compañeros de trabajo, y los rasgos de personalidad ligados a las habilidades directivas, como los que tienen relación con el liderazgo, la creatividad así como aquellos relacionados con la resistencia al estrés.

En esta investigación buscamos identificar rasgos de personalidad específicos, para enfermeras asistenciales y gestoras y poderlos tener en cuenta en los procesos de

selección, dirigiendo la búsqueda de los mejores profesionales, de acuerdo a poseer esos rasgos de personalidad característicos de cada grupo, para conseguir una mayor productividad, mejorar el clima laboral y conseguir una mejora en la realización de las diferentes actividades profesionales.

En múltiples investigaciones realizadas se han encontrado correlaciones significativas entre liderazgo, motivación, satisfacción laboral y productividad (Atalaya, 1999; Masi, 2000; Foong, 2001; Bass, 2003; Chen, 2004; Judge & Piccolo, 2004; Judge, Piccolo & Ilies, 2004; Peiro, 2008; Contreras, 2009; Pons, 2012; Pérez Vilar, 2013).

Las personas que ocupan puestos de responsabilidad dentro de la organización, deben desempeñar las funciones de dirigir, motivar y supervisar a los subordinados, siguiendo los objetivos de la organización e influyendo por tanto en su comportamiento (Kosinska, 2003; Stina, 2006; Rodríguez, 2009; De lima, 2011).

El estilo de liderazgo que exhibe la jefatura influye sobre el clima y éste a su vez, lo hace sobre la creatividad y productividad (Pedraja, 2004; Cuadra Peralta, 2010; Yañez, 2013).

Los gestores enfermeros deben ser verdaderos líderes y referentes de los equipos que dirigen. Una característica clave en el liderazgo de equipos, es ser un referente y tener capacidad de resolver conflictos, para ello es fundamental generar confianza y serenidad en el equipo, para desde la tranquilidad plantear las mejores soluciones posibles y contar con la colaboración del equipo. Por lo tanto entendemos, que los gestores enfermeros deben generar esa confianza y tranquilidad para ejercer de forma adecuada su competencia gestora.

Los gestores enfermeros deben realizar una óptima gestión de los recursos humanos, ya que son responsables del mayor número de profesionales en cualquier organización sanitaria, realizando además actividades de alta complejidad entre las que destacamos:

- Gestión de cuidados.
- Gestión de recursos materiales.
- Gestión de toda la logística hospitalaria.
- Gestión de la calidad.
- Gestión de la investigación y docencia.

Por todo ello los profesionales que ocupan un cargo de gestión o responsabilidad en enfermería, deben ser profesionales con una personalidad fuerte y resistente, con capacidad de pensar de un modo divergente y asociativo, con una tolerancia al estrés alta y con un nivel de ansiedad bajo, presentando también una alta resiliencia (Arrogante, 2015).

Las direcciones y mandos intermedios sanitarios, son las estructuras donde se desarrolla el liderazgo formal, que garantiza el poder incorporar las demandas profesionales, que surgen de la evolución disciplinar y de los propios requerimientos sociales, respecto de una atención de cuidados para la salud y el bienestar de las personas.

En este estudio consideramos gestores sanitarios enfermeros, a todos los miembros del equipo directivo de enfermería en cualquier centro de Asistencia Especializada u Hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid, que ocupen las siguientes categorías profesionales: Directoras de Enfermería, Subdirectores de Enfermería, Supervisores de Área y Supervisores de Unidad. (Dirección General de Recursos Humanos, Consejería de Sanidad, 2012).

Pero la estructura formal del liderazgo no cumple su fin si no es a partir del ejercicio del liderazgo, asentado en el reconocimiento social, que surge de dos fuentes esenciales:



- Por un lado de la capacidad de resolución de los problemas reales del cuidado que demandan las personas.
- Por la aportación de conocimiento científico, al saber universal como resultado de la investigación y el desarrollo profesional.

Todo líder gestor enfermero tiene unas características comunes:

- Poseer buenos conocimientos en su disciplina.
- Capacidad para motivar.
- Saber generar confianza en el equipo.
- Capacidad de desarrollar una comunicación efectiva.
- Poseer entusiasmo y transmitirlo.
- Tener visión global de las situaciones.
- Disponer del valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos.
- Capacidad para gestionar la resolución de conflictos

Estas características son coincidentes con las que debe tener un buen directivo. Y además se une a esto una alta tolerancia al estrés, resiliencia para poder desarrollar la labor gestora y directiva con éxito, generando confianza y creando un buen clima laboral.

Otro de los aspectos que nos parecen especialmente interesantes es el perfil creativo, y los rasgos de personalidad que se relacionan con la creatividad, y la posibilidad de analizar si están presentes en las enfermeras/os tanto gestores como asistenciales, ya que en ambas facetas de la actividad profesional enfermera se necesitan habilidades y destrezas asociadas a la creatividad, para poder resolver diferentes situaciones ligadas a la atención de los pacientes, disfunciones organizativas, déficit de recursos, actuación ágil en

situaciones de emergencia, etc., que hacen preveer que la creatividad pueda estar presente en las enfermeras/os.

Es una realidad que los profesionales enfermeros que se dedican a la gestión sanitaria, viven a diario una situación laboral llena de factores estresantes, como pueden ser:

- Situaciones organizativas complejas.
- Toma de decisiones frecuentes para resolver conflictos con escasas herramientas.
- Guiar al equipo de trabajo que coordinan, en la consecución de los objetivos para alcanzar el éxito de las organizaciones sanitarias.

Todo lo anterior hace que el profesional de enfermería deba desarrollar una forma, un estilo de relacionarse y comunicar con otras personas, o de solventar situaciones e incidencias que en muchas ocasiones se aleja de lo habitual o establecido como normal. Es un colectivo que debe desarrollar una forma de acercamiento, a las situaciones indicadas anteriormente, que se pueda denominar como divergente de modo que potencien su lado más creativo para solventar de modo satisfactorio, para todas las partes implicadas, situaciones que con una aproximación más tradicional no podrían solventarse de modo adecuado y generarían conflictos y malestar en el personal.

Si nos referimos al ámbito de la enfermería asistencial, Artiaga (1997) sostiene que es la enfermería hospitalaria, la que más altos índices de agotamiento emocional presenta, unido a una despersonalización, baja percepción de autorrealización en el trabajo, baja autoestima y escaso reconocimiento en su rol profesional.

Un estudio realizado con 162 enfermeras hospitalarias por Glass (1993), presenta que el estrés culmina en depresión, esto está corroborado en estudios posteriores como el de

Sousa (2013), Vieco (2014) o Rodrigues (2014). Manzano (2000), en su estudio sobre “El estrés del personal de enfermería”, analiza las características personales, el ambiente organizacional y su relación con el burnout existente, y muestra la estrecha relación entre la personalidad del sujeto y su baja autoestima, como factores de riesgo de padecer burnout y estrés laboral.

Hay que tener en cuenta que desde la profesión enfermera se da una cobertura de necesidades primarias y secundarias al individuo, ante la pérdida de salud y presencia de enfermedad, por lo que es imprescindible que la enfermera tenga previamente cubiertas sus propias necesidades para poder dar la confianza y seguridad que, al margen de los cuidados, de ella se demandan, siendo necesario a priori una elevada tolerancia al estrés.

Nos planteamos otro aspecto clave en este estudio, y es que en el contexto sanitario actual hay que plantear sin demora la necesidad de profesionalizar la gestión sanitaria y en concreto la gestión enfermera. La selección de los enfermeros gestores en la Sanidad Pública se realiza normalmente por criterios de confianza, valoración de méritos profesionales, valoración de formación en gestión y entrevista personal. No existe un instrumento que analice variables de personalidad determinantes que se puedan buscar, para seleccionar a los mejores candidatos en gestión. Si somos capaces de identificar rasgos de personalidad diferenciadores, que destaquen en los enfermeros gestores, podríamos utilizarlas en los procesos de selección y conseguir la selección de forma objetiva, rigurosa y más acertada para los puestos de gestión enfermera.



## **2 MARCO TEÓRICO**

En este apartado vamos a contextualizar cada una de las áreas de investigación que se han considerado relevantes para la realización del presente trabajo, se procederá a contrastar la situación actual que se evidencian en los diferentes trabajos de investigación, que aparecen publicados en la literatura científica, para así definir con exactitud cada uno de los objetos de estudio abordados en este trabajo de investigación, enfocados hacia el colectivo de enfermeras gestoras y asistenciales en la Comunidad de Madrid”. Dichos objetos de estudio serán: i) “Rasgos de personalidad, ii) perfil de liderazgo y iii) resistencia al estrés.

Comenzaremos con el estado actual, destacando el momento de crisis que vive nuestro País y que precisa de un enfoque multidisciplinar, para plantear nuevas formas de hacer cosas, para mejorar los entornos organizativos, el clima laboral, ser más eficientes y productivos. Jugando un papel relevante, el trabajo social, la psicología social y del trabajo o la sociología de las organizaciones y cómo extrapolar todo ello al ámbito sanitario de la enfermería.

A continuación se abordarán los rasgos de personalidad en los profesionales de enfermería, y de forma específica la personalidad asociada a liderazgo, potencial creativo y resistencia al estrés, que va a ser el objeto de la investigación.

Pasaremos a plantear la relevancia del liderazgo en el ámbito sanitario, de forma específica y la importancia que tiene en el ámbito de la gestión sanitaria y de enfermería.

Seguiremos con la trascendencia de la resistencia al estrés y resiliencia, desde el punto de vista de las ciencias sociales, psicología del trabajo, clima laboral óptimo, prevención de *burnout* y eficiencia laboral.

Entroncado con los rasgos de personalidad, liderazgo y resistencia al estrés, pasamos a desarrollar las habilidades sociales más significativas, que posibilitarán la mejora tanto de la actividad profesional a nivel individual, como la organizativa y de gestión de los recursos humanos en los centros asistenciales en el personal de enfermería, y que se asocian con rasgos de comportamiento y conducta que se traducen en rasgos de personalidad específicos. Asimismo se expondrán los motivos por los que la comunicación, la motivación, el trabajo en equipo y el *coaching*, se consideran elementos claves en las habilidades sociales, relacionales y grupales que deberán desarrollarse durante la actividad asistencial y gestora en enfermería.

Finalizaremos este apartado de marco teórico, planteando la relevancia que tienen los procesos de selección en las organizaciones sanitarias, enfocado fundamentalmente a la selección de enfermeras para puestos de gestión y responsabilidad, planteando la situación actual en el Servicio Madrileño de Salud, y la no utilización de instrumentos específicos que permitan la selección de forma objetiva, buscando perfiles adecuados y óptimos para puestos de gestión, lo cual puede estar relacionado con los rasgos de personalidad de las enfermeras gestoras.

## **2.1 ESTADO ACTUAL.**

La situación económica, política, social y organizativa actual está en crisis, ante esta situación, hay que plantearse nuevas formas de hacer las cosas en todos los ámbitos y ser creativos, siendo fundamental el tener una visión e implicación multidisciplinar, para aunar esfuerzos, ideas, estrategias y conseguir ser capaces de hacer frente a la situación, mejorar y salir fortalecidos.

En concreto en el tema objeto de este estudio, es fundamental contar con un enfoque interdisciplinar desde las ciencias sociales, plantearnos posibles cambios en la forma de trabajar, y sobre todo como organizar y gestionar los recursos humanos por parte de las enfermeras/os, analizando los rasgos de personalidad, el liderazgo que presentan y la resistencia al estrés ligado a la ansiedad, detectando puntos fuertes y débiles y planteando por tanto áreas de mejora y de cambio.

Para realizar estas propuestas de cambio, es importante contar con el trabajo social, que como disciplina, pone de relieve la importancia de la intersubjetividad, del reconocimiento del otro, y del poder que cada persona, grupo y comunidad, puede desarrollar para afrontar su trayectoria vital y laboral. Se debe favorecer el trabajo social comunitario en nuestras sociedades del bienestar, en este contexto de crisis económica (López Peláez, 2012).

Otra disciplina relevante es la psicología de la salud, abordando intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar la optimización del descanso y el manejo del estrés vital (Martín Alfonso, 2003).

Entre las características inherentes al ser humano, están la comunicación y la sociabilidad, dos rasgos de conducta fundamentales que en la profesión enfermera son muy relevantes. El riesgo de no situar al individuo en un contexto social, puede hacernos obviar un nuevo tipo de analfabetismo que está surgiendo en las sociedades contemporáneas: el analfabetismo relacional, donde el trabajo social con grupos, se alza como una alternativa para vincular socialmente a los individuos, e intervenir con ellos para provocar el cambio social (Martínez López, 2012).



Los valores centrales del sistema sanitario público son los siguientes: la accesibilidad, la equidad, el paciente como centro de la decisión clínica, informando y respetando su autonomía, el trabajo en equipo multidisciplinar, la gestión por procesos, la coordinación de niveles asistenciales y continuidad del tratamiento, el ahorro en servicios y prestaciones, la seguridad clínica, las competencias para la gestión clínica; conocimiento y aplicación de ese conocimiento, la evidencia científica para la toma de decisiones clínicas y la profesionalización de la gestión como elementos clave para el cambio de la Sanidad Pública Española (Pérez García, 2014).

Es fundamental en esta propuesta de cambio, incorporar la sociología de las organizaciones que es un área específica de la sociología, vinculada a la sociología del trabajo, que genera conocimiento sobre los interrogantes que presenta la dinámica de la vida organizacional. Se relaciona con otras disciplinas, entre ellas la economía, la psicología social, la política y la administración (Brunet, 2013).

La innovación es la palanca de un nuevo modelo de crecimiento económico, el estudio de Pons (2012), analiza la relación entre el clima organizacional de innovación, los estilos de liderazgo y las prácticas de gestión de recursos humanos características de la organización, y concluye que el clima es percibido como innovador, cuando los miembros de la organización perciben que ésta les permite participar activamente y les capacita para desarrollar nuevas competencias. Las empresas que deseen fomentar un clima innovador, deberían fomentar prácticas de recursos humanos que estimulen la participación de los empleados, su formación y desarrollo y deberían promover estilos de liderazgo que desarrollen la inspiración de los trabajadores.

La psicología social y del trabajo son disciplinas necesarias para abordar el cambio que planteamos, así Contreras (2009), en su estudio de clima organizacional y riesgos

psicosociales en entidades del sector salud, establece como prioritario atender las habilidades de las personas para relacionarse entre sí (rasgos de personalidad), siendo el factor de mayor peso en su estudio, destacando la comunicación, la resolución de conflictos, los valores éticos, el compromiso, la confianza, el respeto y la tolerancia. En el contexto de un marco general, que guíe las intervenciones para prevenir los riesgos psicosociales, los programas de desarrollo del liderazgo pueden ser eficaces para potenciar y promover la salud y bienestar en el trabajo (Peiró, 2008).

Para Contreras Torres (2013), el poder y la influencia del líder, es una fuente de riqueza organizacional en la que se potencia el aprendizaje y la innovación, cobrando actualmente especial relevancia en momentos de crisis. Los líderes deben potenciar las capacidades de las personas a través del reconocimiento de sus competencias, sus necesidades, motivaciones, intereses y todo aquello que los hace únicos. Contar con ello permitirá que las posibilidades de supervivencia de la organización se potencien, lo cual resulta fundamental para la empresa en la actualidad.

García Rubiano (2011) concluye en su estudio que la comunicación y la actitud al cambio son elementos importantes en un proceso de cambio organizacional, profundizaremos en el apartado de habilidades sociales, sobre la relevancia que tiene la comunicación como herramienta clave tanto para las enfermeras asistenciales como para las gestoras.

Otro aspecto fundamental para conseguir productividad, eficiencia y ser competitivos es conseguir organizaciones saludables, consideramos necesario abordar los aspectos conductuales y de personalidad de los profesionales de una organización sanitaria, dirigido a detectar áreas de mejora en los rasgos de personalidad para alcanzar entornos laborales saludables. Las organizaciones serán consideradas saludables, si el ambiente de trabajo se amolda a las expectativas que tienen las personas. Para Nader (2014) la

percepción de clima social es un buen predictor de satisfacción en las organizaciones. La salud, tanto de la organización como de sus miembros, está influenciada por el entorno inmediato de trabajo, por la actividad preventiva que desarrolle la empresa y por su configuración organizativa (Gimeno Navarro, 2012), por tanto es fundamental el enfoque y esfuerzo realizado desde los directivos y gestores, para organizar adecuadamente los recursos y procesos de una organización sanitaria.

Matabanchoy (2012), plantea que las organizaciones dan un importante protagonismo a sus colaboradores, puesto que ellos son fuente de ventaja competitiva, un medio para lograrlo es el mantenimiento de óptimos niveles de salud. El desafío es promover organizaciones saludables, que generen bienestar y calidad de vida laboral, siendo fundamental la salud en el trabajo para la productividad de la organización.

Los afectos positivos y el engagement (compromiso e implicación en el trabajo), median la relación entre creencias de eficacia y la calidad del servicio del personal sanitario hospitalario. Aquellos empleados con mayores creencias de eficacia, presentan mayor afecto positivo y más compromiso e implicación en el trabajo, relacionándose positivamente con una mayor calidad de servicio, esto es clave a tener en cuenta por los directivos, gestores y responsables organizativos (Hernández Vargas, 2014).

Desde el último trimestre de 2008, la caída de la actividad económica, y especialmente en la ocupación, han sumido a nuestro país en la más larga fase de recesión económica de su historia reciente. Los intentos iniciales de combatir la crisis mediante incrementos del gasto público, unidos al desplome en la recaudación fiscal, desembocaron en un abrupto deterioro de las finanzas públicas, con una repercusión directa sobre los presupuestos destinados a financiar la sanidad pública (Sánchez Martínez, 2014).

El gasto sanitario total tiene una evolución creciente que se vuelve descendente a partir de 2009, fundamentalmente por la disminución del gasto en las Administraciones Públicas, ya que el gasto sanitario privado se mantiene constante en estos años. El gasto sanitario público por habitante disminuye en el total, aunque es variable la disminución por Comunidades Autónomas (Carmona López, 2015). En España en 2009 se destinaban 70.579 millones de euros a la sanidad pública, lo que suponía el 6,5% del producto interior bruto (PIB), y una inversión de 1.510 euros por habitante, en 2013 se destinaron 61.710 millones de euros a la sanidad pública, que supuso un 5,9% del PIB y 1.309 euros de inversión por habitante (Lillo Fernández de Cuevas, 2013).

La situación de crisis económica ha provocado un duro impacto en la Sanidad Pública, provocando grandes ajustes en los recursos humanos y una disminución de los presupuestos disponibles, afectando negativamente a la sanidad pública como uno de los pilares del estado de bienestar. En este contexto si siempre fue necesario profesionalizar la gestión sanitaria, en este momento debe abordarse como una estrategia principal, para afrontar los nuevos retos de gestión en la sanidad pública española. El Sistema Nacional de Salud debe dotarse de herramientas de buen gobierno, que permitan la evaluación habitual de los resultados de los centros sanitarios (Sánchez Martínez, 2014) y que posibilite que en los puestos de gestión sanitaria desarrollen su actividad profesionales de prestigio, con características personales y profesionales, que garanticen sobrada competencia para afrontar el difícil reto de la gestión sanitaria pública.

Los hospitales públicos son grandes empresas que disponen de enormes presupuestos económicos, para poder desarrollar la actividad asistencial asignada a la población de referencia, a modo de ejemplo podemos exponer que un hospital de nivel III (máxima complejidad hospitalaria) tiene un presupuesto anual que ronda los 285 millones de

euros, una plantilla de 3.500 profesionales y un impacto en la población de 450.000 habitantes, por tanto está claro que la gestión de estos centros asistenciales, requieren directivos con competencias gestoras, perfiles profesionales específicos, formados y preparados para asumir un proyecto de gestión de esta envergadura.

Es necesario el abordar con rigor la necesidad de profesionalizar la gestión sanitaria, y dentro de ella profesionalizar la gestión enfermera. Los gestores enfermeros son grandes gestores de equipos humanos, ya que gestionan el 60% de las plantillas de profesionales en las organizaciones sanitarias, y el 55% del presupuesto asignado al capítulo I de personal, por tanto es fundamental para los gestores sanitarios y de enfermería el poseer habilidades directivas relacionadas con la gestión de personas, entre las que podemos citar las habilidades en comunicación, la capacidad de motivar, el trabajo en equipo o el coaching, entre otras.

Atendiendo a esto, parece esencial plantear una profesionalización de la gestión y realizar una selección de gestores sanitarios y de enfermería, basada en criterios objetivos y técnicos, que tengan en cuenta el poseer unos rasgos de personalidad específicos, formación en gestión, experiencia en puestos de responsabilidad y poseer las competencias necesarias para un correcto desempeño de sus funciones.

Es por todo lo anterior, que nos parece fundamental analizar los rasgos de personalidad de las enfermeras asociados con el liderazgo, la creatividad y la resistencia al estrés entre otros ya que conocer en profundidad los rasgos específicos que puedan relacionarse con los gestores enfermeros, facilitaría uno de los aspectos claves ligado a la profesionalización de la gestión sanitaria, como sería realizar los procesos de selección de acuerdo a la detección de dichos rasgos objetivos, que garanticen profesionales con

cualidades personales y competencias sobradas, para desarrollar con éxito la difícil tarea de dirigir las organizaciones sanitarias y ocupar puestos de responsabilidad en gestión.

Pasamos a desarrollar los aspectos fundamentales del estudio ligados a los rasgos de personalidad de las enfermeras asistenciales y gestoras.

## **2.2 RASGOS DE PERSONALIDAD.**

### **2.2.1 Personalidad en la enfermería gestora y asistencial.**

Los profesionales de enfermería deben tener unos rasgos de personalidad, que estén orientados hacia el cuidado de los pacientes y sus familiares. Tanto las enfermeras/os asistenciales como los gestores, tienen por tanto que desarrollar unas características personales, dirigidas a la atención y relación con las personas que atienden y que gestionan. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad característicos de las enfermeras/os? ¿Hay diferencias entre enfermeras gestoras y asistenciales?, serían preguntas que tratamos de aclarar y por tanto son motivo de esta investigación.

Los gestores enfermeros/-as se caracterizan por poseer una serie de cualidades, que les permiten afrontar su labor diaria, y el abordaje de situaciones de estrés, no sólo por la complejidad de su actividad, sino también por las relaciones interpersonales que se generan en cada una de ellas.

Una de las actividades fundamentales de los gestores enfermeros, es la gestión de recursos humanos y personas que forman parte del equipo de la Unidad, departamento o servicio. Los gestores enfermeros son grandes gestores de recursos humanos, ya que gestionan las plantillas de profesionales más numerosas en las diferentes organizaciones asistenciales, (Serrano, 2013).

No puede olvidarse que la labor del gestor enfermero/-a requiere de una gran capacidad de negociación, huyendo en todo momento de la imposición, de modo que un talante propenso al diálogo y el mostrar en todo momento un comportamiento ético para con el equipo y consigo mismo, permitirá convencer al equipo humano sobre las acciones a abordar. Además un talante de estas características, va a facilitar que se genere confianza con las personas que conforman el equipo de trabajo, y dicha confianza facilitará a su vez lo siguiente: la creación de climas laborales estables, trabajo en equipo, involucrar a todo el personal en el logro de las metas de la organización.

No debe olvidarse que el gestor enfermero/-a debe poseer una elevada capacidad de comunicación con el equipo y escucha activa, que haga que el personal y sus opiniones sean tomadas en cuenta, así como una gran capacidad de negociación (Ulrich, 2009).

Las características anteriores permitirán que el Gestor enfermero/-a pueda convertirse en un líder de equipo, que ejerce ese liderazgo de forma responsable y efectiva, que potencia el respeto y el comportamiento ético en el grupo, desarrollando la motivación del personal y la integración del mismo en los objetivos de trabajo del grupo.

Por otro lado los gestores enfermeros deben ser imaginativos y creativos, para poder dar solución a las dificultades y disfunciones existentes, planteando de forma continua mejoras en la forma de organizar las diferentes unidades y servicios, ya que la logística hospitalaria pasa siempre por los supervisores de enfermería y la dirección de enfermería, las diferentes formas de organización y colaboración con los servicios médicos, hosteleros, mantenimiento, servicios de apoyo como laboratorios, radiología, etc., precisa la implicación y participación de las enfermeras/os de las diferentes unidades, y los que implementan los circuitos y garantizan su cumplimiento son los gestores/as enfermeros/as (Barquero, 2009).

Existe un consenso, en lo relacionado con el perfil ideal que debe poseer un gestor enfermero (International Council of Nursing, 2000), a modo de ejemplo planteamos el perfil que se solicita en la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Getafe (2015), para la cobertura de puestos de supervisión en enfermería:

- Formación en gestión y liderazgo.
- Conocimientos de informática y nuevas tecnologías.
- Conocimiento en Gestión de turnos de trabajo.
- Formación en Investigación.
- Actividad investigadora.
- Formación en calidad.
- Participación en Comisiones clínicas y/o grupos de trabajo.
- Capacidad de trabajo en equipo y liderazgo.
- Motivación para el cambio, entusiasmo y flexibilidad ante nuevas tecnologías de trabajo.
- Capacidad de negociación y resolución de conflictos.
- Capacidad de innovación.
- Capacidad de escucha y asertividad.
- Capacidad de motivar.

Revisada la literatura científica, no hemos encontrado publicaciones que aporten rigurosidad entre los rasgos de personalidad o perfil de personalidad que caractericen a



los gestores enfermeros, es por ello que se plantea estudiar de forma científica si existen estos rasgos diferenciados y con significación estadística, entre los gestores enfermeros y las enfermeras asistenciales. Si encontramos sin embargo, diferentes estudios relacionados con las competencias profesionales que deben tener tanto las enfermeras asistenciales (McAllister, 1988; Sutton, 1994), como las enfermeras gestoras (Higa, 2005; Sherman, 2007), que podrían relacionarse con la personalidad que deben tener los profesionales de enfermería.

Dentro del marco de competencias que establece el Consejo Internacional de Enfermería, para las enfermeras generalistas destaca (Alexander, 2003):

- Práctica profesional, ética y jurídica: responsabilidad, práctica ética y práctica jurídica.
- Desarrollo profesional: mejoramiento profesional, mejoramiento de la calidad, formación continuada.
- Prestación de los cuidados: estudio, planificación, ejecución, evaluación, comunicación terapéutica, relaciones interpersonales, promoción de la salud.
- Gestión de los cuidados: entorno seguro, atención interprofesional de la salud, delegación y supervisión.

Para Oliveira (2011) las competencias en las gestoras enfermeras serían: liderazgo, trabajo en equipo, enfoque al cliente, visión estratégica, gestión de recursos y formación continuada.

El estudio de Soto (2014) en una revisión de 4.697 artículos, concluye que los estudios que priorizan las competencias de las enfermeras gestoras coinciden en colocar entre las

más importantes: la comunicación, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos y las habilidades interpersonales y el liderazgo.

Las competencias que los directivos de la salud deben tener, según propone la Sociedad Española de Directivos de la Salud (2013), y entre ellos estarían sin duda los gestores enfermeros, se resumen en las siguientes: i) Liderazgo, ii) Resistencia a la adversidad (resiliencia), iii) Trabajo en equipo, iv) Adaptación y flexibilidad, v) Orientación a resultados, vi) Calidad y mejora continua, vii) Formación continua, viii) Conocimiento y Compromiso con la organización, ix) Integridad y ética, x) Comunicación, xi) Desarrollo de personas, y xii) Orientación al paciente.(Ver figura 1).



**Figura 1.** Competencias que deben poseer los directivos en el área de la Salud según la sociedad Española de Directivos de la Salud. Elaboración propia.

En 2007 Ones realizó un meta-análisis, el cual les permitió llegar a la conclusión de que las variables de personalidad, medidas a través de cuestionarios para medir rasgos de personalidad, tienen una validez importante, que ha sido evidenciada a través de varios estudios, muchos de ellos con muestras grandes. De acuerdo a estos autores, las variables de personalidad pueden predecir el liderazgo y demás variables relacionadas con el trabajo, como el desempeño laboral.

El 16PF-5 (Cattell & Drevdahl, 1955) mide de forma específica rasgos de personalidad como: la afabilidad, estabilidad, animación, atención a normas, atrevimiento, privacidad, apertura al cambio, extraversión, ansiedad, o autocontrol entre otros, que consideramos pueden aportar conocimiento científico, a la hora de identificar los rasgos de personalidad característicos de los gestores enfermeros y enfermeras asistenciales.

Así en principio parece razonable que los gestores enfermeros posean una serie de rasgos de personalidad, que les garanticen el poder desarrollar sus diferentes puestos de responsabilidad gestora, en las diferentes organizaciones sanitarias, con plena competencia y buen desarrollo profesional. Tomando como referencia los descritos en el 16PF-5 (Russell, 2013) podemos destacar los siguientes:

- A priori se relacionaría con puntuaciones altas en afabilidad (A+), es decir que los gestores enfermeros prefieren los proyectos grupales en vez de la competencia a nivel individual, y disfrutan de empleos que enfatizan la interacción social, ligados fundamentalmente a la gestión de personas y el trabajo en equipo.
- Puntuaciones altas en estabilidad (C+), ya que son características de personas realistas y estables emocionalmente. Se les considera maduros, con una alta

fortaleza de ego; y se les adjudica una capacidad para mantener sólida la moral de un grupo. Sin duda son rasgos que debe tener un gestor enfermero.

- En animación (F+) los gestores enfermeros a priori tendrían puntuaciones altas, ya que está ligado con personas que tienden a ser altamente entusiastas, espontáneas, expresivas y alegres. Estos individuos son muy francos, impulsivos y mercuriales. Con frecuencia salen electos como líderes.
- En atención a normas también se relacionaría con altas puntuaciones en este factor (G+), ya que son representativas de personas altamente moralistas, conformistas, responsables y concienzudas que tienden a actuar siempre de acuerdo a las reglas.
- En atrevimiento se relacionaría el perfil gestor con las personas que obtienen puntuaciones altas en este factor (H+), ya que resulta dominante el sistema parasimpático. Estas personas son capaces de funcionar bajo altos niveles de estrés.
- En privacidad estaría relacionado con puntuaciones bajas, ya que los que puntúan bajo (N-) son personas genuinas, abiertas, directas y sinceras que no se esfuerzan por impresionar a otros. Estos individuos son muy espontáneos y auténticos; si quieren algo, lo piden sin incurrir en planes elaborados de interacciones humanas. Esto es clave para alcanzar la confianza del equipo, uno de los aspectos claves en gestión enfermera.
- Relacionado con la apertura al cambio, los gestores deberían tener puntuaciones altas es decir serían Q1+, estando abiertos y dispuestas al cambio. Los Q1+ se sienten menos atados a su pasado que el resto de las personas, tienden a ser muy liberales y rechazan lo tradicional y convencional. Es fundamental en gestión ser

innovadores, plantear las cosas de nuevas formas y cuestionar lo que siempre se hace sin tener contraste en la evidencia científica, estando dispuestos a cambiar y mejorar de forma continua.

- En extraversión (Ext +) se relacionaría con puntuaciones altas, esto es suscitar en los demás refuerzos sociales (afecto, atención, aprobación), lo que va a inclinar al sujeto a ser menos tímido, más entusiasta y con menor necesidad de privacidad. Un gestor enfermero no puede ser tímido o reservado, debe ser abierto, saber relacionarse y comunicarse con todo el equipo, ser cercano y saber ganarse el respeto y la confianza de su equipo.
- En ansiedad (Ans -) los gestores enfermeros deben puntuar bajo, ya que un gestor no puede estar ansioso, preocupado ni perder la calma. Es necesario niveles de ansiedad bajos para poder afrontar las dificultades diarias a nivel organizativo y gestor, tener calma y resistencia al estrés.
- El autocontrol (AuC+) sería otro rasgo clave, los gestores enfermeros estarían relacionados a priori con puntuaciones altas, ya que son una medida de la capacidad del sujeto para contener sus impulsos, aplazar necesidades y actuar de un modo más aceptable personal y socialmente. En gestión es necesario no ser impulsivo, analizar, reflexionar con calma, no dejarse llevar y tomar decisiones con criterio y argumento sin perder el control.

Respecto a las enfermeras asistenciales, la característica principal de su trabajo es el cuidado del paciente y familia, destacando en esta labor asistencial la relación de ayuda y terapéutica, que debe desarrollar la enfermera en su relación con el paciente. Una relación interpersonal de calidad entre enfermera y paciente favorece la sensación de bienestar y progreso positivo en éste último. Si tenemos en cuenta que es “terapéutico” todo aquello

que promueve o induce cambios en el individuo, que mejoran su salud o calidad de vida, la relación enfermera-paciente es una “relación terapéutica” (Faura, 1985, Chalifour, 1994, Fontanal, 1994, Fernández, 1998, Cibanal, 2010).

Por tanto en las enfermeras asistenciales a priori, se deberían encontrar los rasgos de personalidad relacionados con alta afabilidad (A+), alta estabilidad (C+), alto atrevimiento (H+), alta extraversión (Ext +), alto autocontrol (AuC+) y baja ansiedad (Ans-) entre otros.

### **2.2.2 La personalidad y liderazgo enfermero.**

Se observa que en los años 30 y con mayor claridad a mitad del s. XX, se promueve el interés científico sobre el análisis de los rasgos de personalidad, para determinar el perfil del líder. Se encuentran los primeros patrones de conducta que definen a una persona como líder (Stogdill, 1948). Se empieza a plantear que el ambiente donde ejerza el liderazgo y la motivación, puede afectar a su personalidad potenciándolos y creando mejores líderes (Mejía, 2000).

Durante la última década del s. XX ya se destacan rasgos de personalidad como: entusiasmo, moralidad, curiosidad y audacia (Bennis, 1989).

Ducker en 1990 destaca que el líder, debe tener una personalidad comunicativa y auto-disciplinada.

En el s. XXI, se describe a líder como una persona creativa y que toma decisiones (Malouff, 2006; Nicholson, 2005; Weber, 2002). Contreras (2008) encontró en sus estudios que la extraversión y la apertura (búsqueda y valoración activa de la experiencia, tolerancia y exploración de lo desconocido), motiva a correr riesgos, y estos

rasgos se asocian con el liderazgo (Ones, 2007), en contraposición de Morgeson y colaboradores. (2007).

Según el International Council of Nursing (CIE, 2000), el liderazgo es esencial en la administración de enfermería, y comprende las actividades de instruir a otras personas y ser sus mentores, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados. Se reconoce que en la formación de enfermeras gestoras, la preparación para el liderazgo es un elemento crítico, además de ser una importante prioridad para la enfermería en general.

La formación de enfermeras/os debe incluir el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan desarrollar estilos de liderazgo transformacional, en el ejercicio laboral y así potenciar la función de gestión en el rol profesional (Soto Fuentes, 2014).

Los gestores enfermeros ocupan puestos de responsabilidad dentro de las organizaciones sanitarias, desempeñando las funciones de dirigir, motivar y supervisar los diferentes equipos de trabajo, siguiendo los objetivos de la organización e influyendo en su comportamiento, ejerciendo por tanto el liderazgo formal dentro de la unidad o servicio de enfermería. (Kosinska, 2003; Stina, 2006; Rodriguez, 2009; De Lima, 2011; Guerrero, 2015).

March (2015) en su estudio con equipos sanitarios, entre ellos enfermeras/os, muestra la necesidad de intervenir sobre los mecanismos de adaptación del estilo de liderazgo de equipo, como estrategia de mejora del clima emocional en el equipo. Plantea que es preciso incorporar cauces y aumentar las posibilidades de participación, otorgando un mayor protagonismo a los profesionales, favoreciendo la gestión compartida en los

equipos de trabajo. En este marco, sería necesario también impulsar las habilidades motivacionales y cognitivas de liderazgo, encaminadas a un mejor reconocimiento del saber enfermero dentro del equipo. Incorporar estas pautas al modelo de gestión organizacional en unidades de gestión clínica, contribuiría no sólo a mejorar la calidad del clima emocional, sino que además, conllevaría una mejor organización laboral, la participación activa, una comunicación positiva y un compromiso profesional de todos los miembros del equipo. Esto estaría relacionado con rasgos de conducta y personalidad en línea a la comunicación, escucha activa, empatía, reconocimiento, trabajo en equipo, motivación.

Los gestores enfermeros deben poseer y desarrollar habilidades directivas para realizar una correcta gestión de las personas que dependen de ellos, entre las que destaca el liderazgo. (Vilariño, 1999, Schebella, 2010; Yañez, 2013; Pazetto, 2015).

Como hemos visto en el apartado de personalidad en enfermería, dentro de los perfiles que se piden a los candidatos para ocupar puestos de gestión y dentro de las competencias esperadas de un gestor enfermero siempre aparece el liderazgo.

Es por ello que consideramos muy relevante el identificar rasgos de personalidad asociados al liderazgo en los gestores/as enfermeros/as.

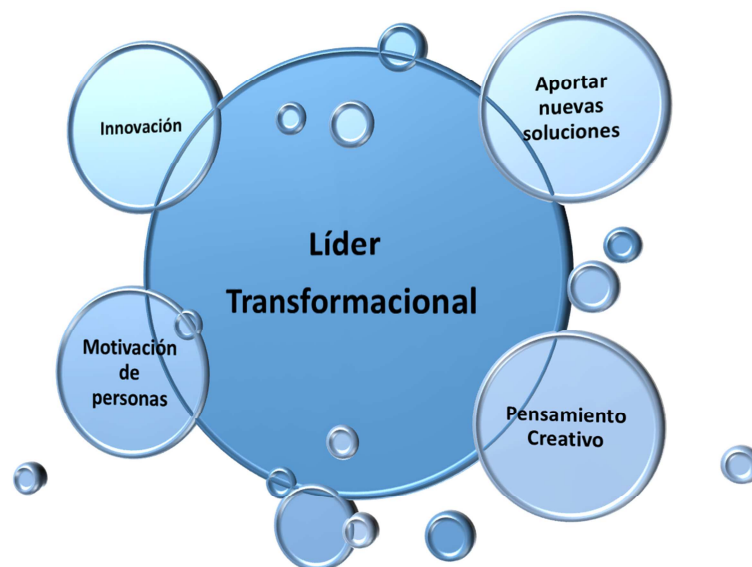
### **2.2.3 El potencial creativo del gestor enfermero.**

La creatividad, aunque definida y medida de muchos modos, normalmente implica aspectos de expresión y pensamiento original e imaginativo. Puede ser considerada como un área específica de la conducta (Barron y Harrington, 1981), como ocurre con el talento musical, o como un rasgo general que cruza varias áreas (Cattell y Drevdahl, 1955, Guastello, 1991). Naturalmente es un constructo de amplio espectro; la personalidad es



sólo uno de sus elementos, y otros pueden ser aptitudes mentales, capacidades físicas, motivación y/o el contexto ambiental.

Sin lugar a dudas parece imprescindible el que los enfermeros gestores rediseñen la organización del trabajo, estimular a que el equipo de trabajo plantee propuestas de mejora de forma continua, favorezcan un buen clima laboral e incluso generen motivación en el equipo, entre otras muchas funciones. Y pudiera ser muy fácil el relacionar el abordaje de estas actividades con el hecho de ser creativos, a nivel profesional.



**Figura 2.** Representación de algunas de las habilidades que debe poseer un Líder transformacional. Elaboración propia.

---

Por ello parece importante mostrar la creatividad, como un elemento clave que se observa en el modelo de líder transformacional, que debe innovar y dar nuevas soluciones a los problemas, (Ver figura 2). Generar nuevas ideas es necesario para cambiar el statu quo (Palomo, 2013; Hackman & Johnson, 2003). Es pertinente seleccionar o generar personal con un potencial creativo alto para poder gestionar de forma divergente.

El potencial creativo puede ser definido como el conjunto de capacidades, destrezas y habilidades que posee el individuo (Hinton, 1968, 1970) y que permitirán al individuo producir asociaciones de dos o más ideas que a su vez generarán algo nuevo (Amabile, 2000). Numerosos autores han asociado estas capacidades o destrezas, a poseer una elevada inteligencia o una fértil imaginación, aunque no existen pruebas concretas de esta relación (Campos & González, 1994), mientras que otros autores relacionan la creatividad con las personas que poseen una elevada intuición y perspicacia (Csikszentmihalyi, 1998). Durante mucho tiempo el término "creatividad" se asociaba sólo a los artistas, pero a partir de mediados del siglo XX, dicho término ha sufrido una evolución hasta el momento actual en el que la creatividad se puede asociar a cualquier persona y de diferentes ámbitos (De Bono, 1997).

A partir de 1950 se destacan las características propias de una persona creativa, siendo: fluidez; flexibilidad en el pensamiento; originalidad entendida como capacidad de poseer un pensamiento independiente; y por último el poseer un pensamiento divergente que permite generar soluciones apropiadas y no una única solución correcta (Guilford, 1950 y 1967). En este sentido, es posible plantear el uso de los factores que definen la personalidad aplicados a un estudio del potencial creativo en los gestores enfermeros, ya que existe una herramienta normalizada para el estudio del perfil de personalidad, el cuestionario 16PF de Cattell & Drevdahl (1955).

En relación al estudio del potencial creativo, encontramos tres autores de referencia, como son Kemp (1981), Khatena (1976) y Patel (1977), estos tres autores detectan la existencia de factores comunes, como componentes de la creatividad, como son la abstracción y la apertura al cambio. Posteriormente a ellos muchos estudios han examinado la relación entre las puntuaciones en los rasgos de personalidad obtenidas en el cuestionario 16PF y la creatividad, encontrando predictores consistentes con el potencial creativo del individuo (Conn & Rieke, 1994; Joy & Hicks, 2004; Jurčová, 2000; Roy, 1995, 1996; Huidobro Salas, 2002).

La realidad en los gestores enfermeros, es que día a día se enfrentan a situaciones donde la creatividad, la innovación y la capacidad de resolver conflictos con los recursos disponibles imperan en la cotidianidad de su labor organizativa. Sin duda uno de los aspectos fundamentales, para que las enfermeras/os dediquen su actividad profesional a la gestión sanitaria, es la posibilidad que ofrece el desempeño de puestos de responsabilidad de gestión sobre la capacidad de decisión, el plantear nuevas estrategias y objetivos de desarrollo profesional, el definir nuevas formas de hacer y resolver las disfunciones existentes, esto solo es posible desde los puestos de gestión, por tanto entendemos que creatividad y gestión sanitaria enfermera están íntimamente relacionados.

Para Vela Valle (2015) en relación a las competencias estratégicas en los gestores enfermeros, al igual que en los estudios de Barquero González (2009) y González Gálvez (2013), la competencia más destacada corresponde con "Innovación y mejora continua", dejando en un segundo plano las competencias vinculadas con la relación con el paciente o el cumplimiento de la ética profesional. Este hecho puede significar que en este estudio los profesionales de enfermería están más interesados en crear, proponer e implantar

ideas, enfoques y modos de hacer las cosas, que en profundizar en otros valores propios de la profesión.

Lo habitual es la falta de recursos, la aparición de disfunciones asistenciales, el enfrentarse a mejoras de la calidad asistencial y de cuidados, todo ello obliga sin duda a que los gestores enfermeros desarrollen la imaginación y la creatividad, para ser capaces de solucionar los problemas, y hacer de forma diferente las cosas habituales para adaptarse al momento y a las necesidades de atención de los pacientes atendidos y sus familiares.

Si surge un problema de falta de recursos humanos, de falta de materiales, de no funcionamiento o no coordinación dentro del servicio o entre servicios, todos estos problemas y disfunciones recaen sobre los gestores enfermeros, y obligan a utilizar la lógica, el sentido común y buscar alternativas disponibles para dar una solución a dichas dificultades. Por todo lo anterior los gestores enfermeros, deben tener un rasgo de personalidad relacionado con la creatividad.

Las enfermeras asistenciales también desarrollan creatividad en su actividad asistencial, planteando soluciones antes las diferentes actuaciones profesionales y el contexto en el que se realiza, y nos preguntamos si aparecerán rasgos de personalidad creativa también en este grupo y si coinciden o no con el grupo de enfermeras gestoras.

#### **2.2.4 Rasgos de personalidad y estrés laboral.**

El trabajo de enfermería es un trabajo que presenta una alta relación con el estrés laboral, por ser un trabajo con pacientes, por estar en contacto continuo con la enfermedad, el dolor y la muerte, por presentar altas cargas de trabajo y una alta demanda asistencial para cubrir las necesidades de los pacientes, por enfrentarse a situaciones altamente

estresantes como las paradas cardíacas, intervenciones urgentes, asistencia crítica, etc. Todo esto se une al trabajo por turnos con jornadas nocturnas y de fines de semana, lo que provoca alteraciones del sueño y dificultades para conciliar la vida personal y familiar, que igualmente provoca situaciones estresantes vitales (Grazziano, 2010; De Melo, 2013). Por todo lo anterior a priori es razonable pensar, que los rasgos de personalidad tanto de las enfermeras asistenciales como gestoras, tiene que estar ligados a baja ansiedad y alta tolerancia al estrés.

Ríos Risquez (2009) en personal de enfermería constató que mientras algunos sujetos son claramente vulnerables, otros mantienen una fuerte resistencia a los efectos del estrés. Entre estas variables, se encuentran las variables de personalidad tales como: autoconfianza, autoestima y auto-eficacia. Estas variables tienen un papel central para explicar la génesis del síndrome desde el modelo teórico de la “Teoría socio-cognitiva del yo” (Gil-Monte & Peiró, 1997; Ortega & López, 2004). De tal forma que los individuos con más alta auto-eficacia, superarán o afrontarán más eficazmente el estrés, y por tanto serán menos vulnerables a padecer el Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).

La principal aportación teórica del concepto de auto-eficacia la realiza Bandura (1997). Este autor define la auto-eficacia percibida, como el sentimiento de confianza en las propias capacidades, para poder manejar de forma adecuada los distintos elementos generadores de estrés presentes en la vida.

Los trabajos realizados con muestras de enfermería, encuentran que la auto-eficacia afecta a la génesis del *burnout*, en las dimensiones de falta de realización personal y despersonalización (Montalbán, 2000).

Grau (2007) concluye que la variable de autoeficacia mantiene relaciones significativas con las tres dimensiones del SQT, destacando especialmente su asociación con la realización personal en el trabajo, con la que mantiene una relación bidireccional.

Otro aspecto de gran relevancia es el concepto de personalidad resistente y SQT, entre los modelos salutogénicos, que enfatizan las variables personales del sujeto vinculados al *burnout*, hay que destacar el modelo propuesto por Kobasa (1979). Esta autora define el modelo de personalidad denominada *Hardy personality* o *hardiness*, a partir de observar que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno de salud. El concepto de *hardiness*, surge a partir de la idea de “protección” frente a estresores y está constituido por tres dimensiones según esta autora:

- Compromiso: es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal, en todas las actividades de la vida y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos del estrés.
- Control: hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos y manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.
- Reto: hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Un estímulo estresante se entenderá como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad.

El conjunto de las tres dimensiones compromiso, control y reto constituye la personalidad resistente.

Para Ríos Risquez (2009), entre las variables de personalidad más estudiadas en relación con el síndrome de *burnout* destaca el: patrón de conducta tipo A, el locus control (En personas con locus interno los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por sus propias decisiones y acciones, en las personas con locus externo lo contrario) y los estilos de atribución, así como también los rasgos de ansiedad y neuroticismo. Por otro lado las estrategias de afrontamiento, pueden ser incluidas también dentro de las variables de tipo personal o individual que han sido bastante estudiadas con relación al desarrollo del SQT.

Hernández y Olmedo (2004), encontraron relación positiva entre la dimensión de despersonalización del SQT y el factor locus de control externo, reflejando que en el plano profesional, los externos presentan más estrés, mayor nivel de despersonalización y se queman más.

Otro estudio que analiza la relación entre perfiles de personalidad y los efectos del estrés asistencial en el personal de enfermería es el estudio de Novoa y colaboradores (2005). Estos autores encontraron en su trabajo que los factores de personalidad “prudente-impulsivo”, “confiado-celoso” y “sumiso-dominante” (evaluados mediante el 16PF de Catell) eran predictores del desempeño ocupacional. Los autores concluyen la escasa influencia de los factores de personalidad estudiados sobre la dimensión agotamiento emocional, siendo la dimensión de despersonalización la más asociada con los perfiles valorados, destacando que las personas con patrones conductuales impulsivos y dominantes, tienen una menor predisposición al abandono de su realización personal.

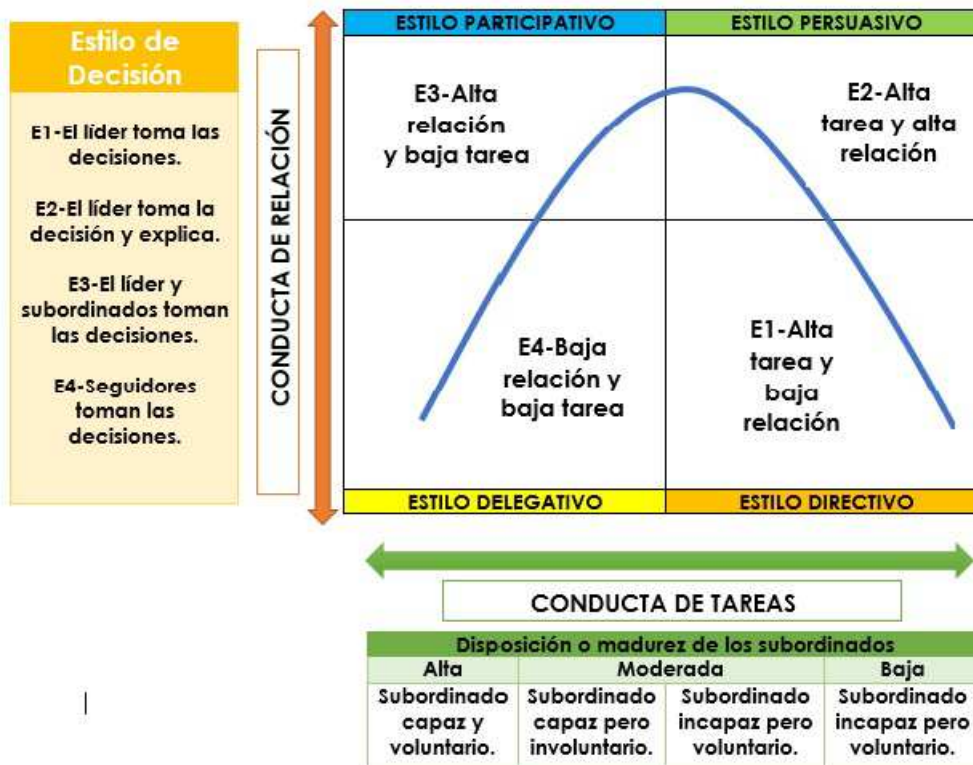
A continuación pasamos a especificar la relevancia del liderazgo en el ámbito de las ciencias sociales y en las organizaciones sanitarias, y como hemos comprobado existe una alta asociación entre rasgos de personalidad y liderazgo.

### **2.3 *LIDERAZGO EN LAS CIENCIAS SOCIALES Y ORGANIZACIONES SANITARIAS.***

#### **2.3.1 Tipos de liderazgo.**

Una de las teorías más relevantes de liderazgo es la planteada por Hersey y Blanchard (1984, 1999) que desarrollan la teoría del liderazgo situacional, basada en la idea de que el estilo de liderazgo más eficaz es aquel que mejor se adapte a los colaboradores en cada situación. Así, en algunos momentos y dependiendo de la madurez del equipo y de la organización podemos utilizar un estilo autoritario, participativo, colaborativo, delegador, etc. Lo importante es aprender en qué circunstancias deben ser utilizados, y las fases por las que atraviesan los equipos y las personas. Se trata de dar a cada uno de los colaboradores lo que necesita (Ver figura 3).





**Figura 3.** Variaciones de estilos de liderazgo según la Teoría Situacional de Hersey y Blanchard (1984, 1999 página 85).

El liderazgo situacional se basa en dos variables, la cantidad de dirección (conducta de tarea) y la cantidad de apoyo socio-emocional (conducta de relación), que el directivo debe proporcionar a sus colaboradores para lograr los objetivos de la organización, teniendo en cuenta el nivel de madurez profesional y psicológica de aquellos y las características específicas de cada situación: tipo de funciones y tareas a realizar, complejidad del problema a resolver, grado de dificultad de los objetivos a alcanzar, cultura empresarial, normas y políticas de la empresa, expectativas de la dirección y de los trabajadores, características personales y profesionales de los responsables, compañeros y colaboradores, y diversos factores del entorno que influyen en la organización.

Los comportamientos de un líder, caracterizan a los cuatro estilos básicos de dirección, teniendo en cuenta el mayor o menor énfasis que debe poner en las dos variables: conducta de tarea y conducta de relación, para ser congruente con el nivel de madurez del colaborador (Blanchard, 1986).

- **Estilo E1.** Dar órdenes, alta conducta de tarea y baja conducta de relación. El colaborador tiene un bajo nivel de madurez psicológica, falta de voluntad para asumir responsabilidades, gran dependencia de su jefe, poca confianza en sí mismo, escaso interés por la tarea, inconstancia y motivación insuficiente. Por otro lado el colaborador tiene un bajo nivel de madurez profesional, escasas aptitudes para realizar un determinado trabajo, formación insuficiente, falta de desarrollo de competencias profesionales, poca experiencia laboral, baja capacidad para resolver problemas relacionados con su trabajo, frecuente incumplimiento de plazos y compromisos.
- **Estilo E2.** Persuadir. Alta conducta de tarea y alta conducta de relación. El colaborador tiene un moderado nivel de madurez psicológica, necesita más apoyo para ir progresando y lograr metas más difíciles aunque alcanzables, el reconocimiento del trabajo bien hecho aumenta su nivel de autoconcepto, el líder debe despertar su interés por la calidad y aplicar una política de puertas abiertas. Por otro lado el colaborador tiene un moderado nivel creciente de madurez profesional, ha desarrollado más su potencial y competencias para desempeñar más eficientemente las funciones y tareas de su puesto de trabajo, su experiencia laboral es positiva, aunque todavía insuficiente, necesita más formación.
- **Estilo E3.** Hacer participar. Alta conducta de relación y baja conducta de tarea. El colaborador tiene un nivel de madurez psicológica moderadamente alta, suficiente

confianza en sí mismo, gran autoestima, alta motivación, mucho interés por la tarea, constancia, deseo de integración en grupos de trabajo y responsabilidad. El colaborador tiene un alto nivel de madurez profesional, competencia profesional, mucha experiencia para realizar las funciones y tareas específicas de su puesto de trabajo, un nivel de formación, preparación para el trabajo en equipo y para la toma de decisiones.

- **Estilo E4.** Delegar. Baja conducta de relación y baja conducta de tarea. El colaborador tiene muy alto nivel de madurez psicológica, gran confianza en sí mismo, bajo nivel de dependencia del jefe, autonomía en su trabajo, creatividad, responsabilidad, alta motivación de logro, autocontrol. El colaborador tiene muy alto nivel de madurez profesional, gran competencia, mucha experiencia laboral, muy alto nivel de formación específica y general, habilidad para las relaciones interpersonales, capacidad para la toma de decisiones.

El modelo de liderazgo situacional, proporciona al directivo una excelente herramienta no solo para la dirección eficaz sino también para el desarrollo de sus colaboradores. En la actualidad, los modelos más útiles y aplicables para la dirección de personas, utilizados en el mundo empresarial han surgido a raíz de las investigaciones de Hersey y Blanchard (1984) que defienden que no existe un único estilo de liderazgo efectivo para cualquier finalidad, sino que la clave está en adaptar el estilo de liderazgo a cada momento y situación y las necesidades de cada miembro del equipo.

Los jefes que realmente son capaces de influenciar el comportamiento de sus equipos, son aquellos que adaptan su comportamiento para satisfacer las demandas de cada situación particular.

Si un líder quiere mejorar el nivel de madurez de un colaborador para que este asuma una responsabilidad significativamente mayor, lo mejor que puede hacer es reducir la conducta de tarea y aumentar la conducta de relación.

La conducta de relación explica todas las dimensiones de clima psicológico en una organización, y además siempre lo hace en una proporción superior a la proporción explicada por la conducta de tarea. Cuando el subordinado describe en su jefe conductas de relación, la percepción de las dimensiones de Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Organización, Claridad, Innovación y Comodidad se incrementan, por el contrario la percepción en la dimensión de Presión y de Control disminuye. Por lo tanto la conducta de relación, no sólo favorece la percepción de mejor clima sino además disminuye la percepción de Presión y Control en el trabajo. En cuanto a la situación en la cual los subordinados describen en sus jefes conductas de tarea, aquellos incrementan su percepción en las dimensiones de Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Presión, Claridad, Control e Innovación. En este caso todas las dimensiones explicadas se incrementan (García y García, 2006).

Sin embargo, no sólo se trata de aplicar correctamente el liderazgo situacional, sino que también, hay una serie de aspectos que funcionan siempre en cualquier tipo de liderazgo y que, ningún líder debería olvidar (Moraleda, 2012):

- Autenticidad: No basta con elegir un estilo de liderazgo como expresión natural de nuestra relación y abordaje de las acciones a desarrollar, sino que este debe ser coherente con lo que pensamos, decimos y hacemos. Para ello no debe entrar en contradicción con nuestros valores, creencias y actitudes. La autenticidad se relaciona íntimamente con la honestidad, que es una actitud que casi todos

reclamamos a los demás, pero que no todos estamos dispuestos a practicarla siempre y hasta las últimas consecuencias.

- Invertir la pirámide: A medida que se asciende en la estructura jerárquica, se produce un hecho curioso: somos más observados que observadores, por lo que nuestras acciones repercuten en los demás como modelos a seguir tanto positiva como negativamente. La actitud de un líder es de servicio y desarrollo de sus colaboradores. El espacio natural del líder debe ser la base de la pirámide de la organización para que se pueda dar ese flujo natural de abajo hacia arriba; situando al paciente/ cliente en el vértice superior de la organización, de esta manera se genera una cultura de servicio. Un jefe enfocado en desarrollar a sus subordinados genera un ambiente de confianza bajo el cual se abren espacios para la comunicación efectiva. De esta forma aumentan las posibilidades de establecer diálogos productivos. En este ambiente, es posible hablar de los errores sin temor, con la finalidad de corregir y generar aprendizaje para el futuro; las ideas innovadoras surgen de cualquier nivel de la organización; la retroalimentación se vuelve más sincera y asertiva; se exige el cumplimiento de acuerdos a cualquier persona y se cuenta con una dinámica humana de crecimiento, innovación y servicio.

Esto no supone la pérdida de autoridad o que siempre se hará lo que deseen los subordinados. El servicio no excluye la autoridad; por el contrario, la legítima. Un líder de servicio obtiene el apoyo de su gente no porque tiene un puesto, sino porque su actitud es digna de ser seguida.

- Saber estar. Levantarse de la mesa e ir donde están ellos, dejarse ver en cualquier circunstancia. Preguntar, preguntar y preguntar. Si no se hace, nunca se sabrá lo

que está pasando. Escuchar las ideas, opiniones y tomar decisiones; ser tolerante con las ideas y riguroso a la hora de ejecutar las decisiones tomadas.

- Ser humilde y seguir aprendiendo. Nada mejor para el aprendizaje que la humildad que nos permite escuchar a los demás, nos aporta equilibrio, pone a los equipos por delante de las personas, evita las miradas por encima del hombro a los colaboradores y clientes. Nos permite reconocer nuestros errores y las dificultades. La arrogancia nos impide hacer las preguntas oportunas y buscar la orientación esclarecedora.
- Trabajar el triángulo inferior: un trabajo técnico exige muchos conocimientos, determinadas capacidades y algunas habilidades. A medida que asumimos mayor responsabilidad sobre la dirección de los equipos, se requieren más habilidades que conocimientos.

Aun así, nos resulta difícil salir del esquema técnico, aferrándonos a los conocimientos y situándonos en el triángulo superior, es decir, asumimos el liderazgo como un comportamiento técnico y nos basamos en lo aprendido en los cursos de formación, en la universidad: el decálogo del *management*, cómo ser competitivos, establecer diferencias con los demás, la democracia como sistema (un hombre un voto), etc.

Sin embargo para trabajar la parte inferior se requieren más habilidades que capacidades y conocimientos, y así entendemos que trabajar en cooperación amplía las posibilidades de hacer un buen trabajo. Si nos fijamos en las coincidencias podemos trabajar las sinergias, el liderazgo se presenta como una habilidad personal no aprendida, sino sentida.

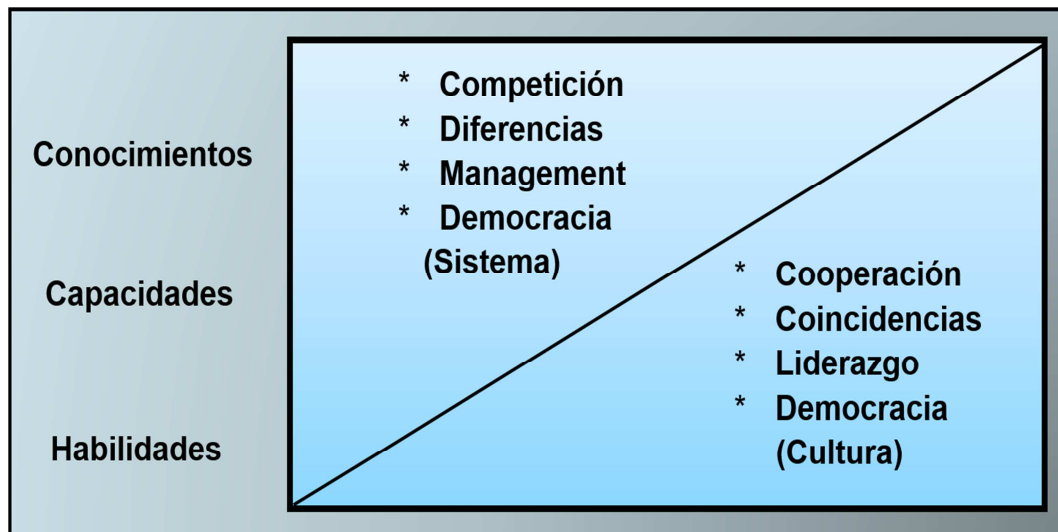


Figura 4. Detalle de los conocimientos que un buen líder no debe descuidar, en concreto se centra en el trabajo de las capacidades o habilidades definidas en el **triángulo inferior** (Moraleda, 2012, página 268).

Y por último que la democracia es algo más que un sistema; es una cultura en la que deben ser respetadas todas las opiniones y prever las consecuencias de las decisiones para orientarlas hacia el bien común, hacia la consecución de objetivos y a que los resultados lo sean, como consecuencia del esfuerzo de todos (Ver figura 4).

- Comprometerse es hacer propia una idea, una causa, un proyecto y estar dispuesto a dar lo mejor de nosotros mismos para que salga adelante y se desarrolle. El compromiso nos lleva a profundizar en nuestros conocimientos y analizar nuestras experiencias, para extraer las enseñanzas que nos permitan contribuir más y mejor con aquello que estamos comprometidos. Poner pasión en lo que se hace y mostrar una actitud comprometida, convence y motiva a nuestro alrededor.
- Liderar desde las distancias cortas. Es necesario conectar con las personas más allá del propio mensaje, por ello es preciso un estilo determinado de relacionarse y

comunicarse con otras personas. Se trata de compartir algo motivador y que impulse a la acción y esto nos es posible desde un despacho, ni con grandes discursos o frases hechas. Se trata de compartir cosas, superar obstáculos, celebrar triunfos, aclarar expectativas pero, sobre todo, exige interactuar y dedicar tiempo al equipo.

Las cosas no son cómo son, son cómo somos. El mundo lo vemos en función de cómo lo percibimos, lo comprendemos o lo interpretamos. A menudo nos damos cuenta que nuestra realidad apenas se parece a la de los demás. Este punto de vista nos permite una apertura en nuestra forma de pensar, al considerar que no hay verdades absolutas, que la relación con nuestros colaboradores, es un intercambio que nos ayuda a crecer juntos y que pequeños cambios en nuestra forma de pensar, pueden producir una gran transformación en nuestras organizaciones.

La utilización del liderazgo es un proceso continuo, en el que se utilizan diferentes estilos de conducta y que de alguna manera pueden ser clasificados en formas diferenciadas: Kurt Lewin en 1939 identificó tres estilos o tipos de liderazgo; el autocrático, democrático y liberal (Garrido, 2005) y Richard Shell (2002) postuló cuatro estilos básicos sobre liderazgo, autocrático, participativo, democrático y liberal (Ver figura 5):

- Autocrático: está representado por conductas directivas en las que las decisiones se transmiten cuando ya están tomadas. Las técnicas y los procedimientos de la actividad de dirección están determinadas por el líder, que orienta las tareas empleando su poder personal de forma autoritaria. Puede anular la creatividad y la innovación. Este estilo puede ser de gran eficacia en situaciones de crisis.



- Participativo: el jefe presenta al grupo el análisis de la situación, con valoración de alternativas sobre las que pide opinión. La influencia y libertad del grupo es más amplia pero la decisión sigue siendo en exclusiva del que dirige.
- Democrático: representa un avance en el reparto de influencia del grupo, estableciendo una relación de orientación de la persona hacia la toma de decisión en el grupo con quien se comparte las responsabilidades. El consenso es una de las claves esenciales que lo caracteriza. El reto del grupo es compartir perfiles profesionales diferentes para enriquecer el grupo, en donde el equilibrio y la cohesión van a ser estrategias necesarias, para enriquecer la resolución de los problemas que afectan al equipo.
- Liberal: promueve la libertad completa del grupo. El líder participa en minoría siendo el grupo quien formula las decisiones. El líder ha de ser permisivo para alentar la libertad del grupo, pero si el grupo no es maduro puede caer en la ineficacia. Este estilo tiene grandes ventajas con prestadores de servicios independientes que trabajan en conjunto para un mismo fin.

La flexibilidad es un elemento importante para la efectividad del trabajo del grupo. Es por lo tanto esencial el conocimiento de la capacidad del grupo y su disposición, antes de examinar y elegir un estilo de liderazgo. Por tanto una premisa fundamental es potenciar las conductas de relación con el equipo, conocer, escuchar y comunicarse con el equipo de una forma activa, con el objetivo de alcanzar el máximo conocimiento posible a nivel laboral de cada uno de los colaboradores que forman parte de nuestro equipo.



**Figura 5.** Estilos de Liderazgo propuestos por Richard Shell (2002). Elaboración propia.

En liderazgo destacan otros autores como Bernard Bass & Burns (1981) y Dunham & Klafehn (1990) que amplían el concepto de liderazgo identificando dos tipos de líderes:

- **Transaccional:** es el que desempeña un papel de atención que se enfoca en las actividades cotidianas. Fija las metas en función de lo que se puede esperar de las personas que dirige. Suele evitar riesgos, es cuidadoso con los límites de tiempo, favorece el mantenimiento del control y atribuye las actividades según las mejoras obtenidas.
- **Transformador,** es el que motiva a sus seguidores para alcanzar las metas a partir de su potencial integral, ofreciendo una razón y sentido a la dirección del grupo. Los líderes transformadores utilizan el carisma, la consideración individualizada y la estimulación intelectual, para producir un esfuerzo mayor asentado en la efectividad y la satisfacción de las personas y el grupo que lidera. El liderazgo transformador, realiza la transformación de los empleados,

delegando responsabilidades, tomando iniciativas, transmite espíritu de equipo y cooperación, y plantea resolución de conflictos.

El concepto de liderazgo transformacional fue originado e introducido por el experto en liderazgo James MacGregor Burns (2003). Éste lo definió como el tipo de liderazgo ostentado por aquellos individuos con una fuerte visión y personalidad, gracias a la cual son capaces de cambiar las expectativas, percepciones y motivaciones, así como liderar el cambio dentro de una organización. Asimismo, determinó que tal tipología de liderazgo era observable “cuando los líderes y seguidores trabajan juntos para avanzar a un nivel superior de moral y motivación”. Posteriormente fue el investigador Bernard M. Bass (1985) quién desarrolló el concepto original, elaborando la Teoría del Liderazgo Transformacional de Bass. Éste, considera que el liderazgo transformacional se define en base al impacto que tiene sobre los seguidores, ya que dichos líderes se ganan la confianza, respeto y admiración de los mismos.

Pero probablemente, la mayor aportación de Bass al estudio del liderazgo transformacional sea la determinación de los 4 componentes que diferencian dicho tipo de liderazgo. Estas características son:

- **Estimulación intelectual:** el líder transformacional no se limita a desafiar el *status quo* dentro de una organización, sino que fomenta de forma intensiva la creatividad entre sus seguidores, alentándolos a explorar nuevas formas de hacer las cosas y nuevas oportunidades, en beneficio de la empresa.

- **Consideración individualizada:** el liderazgo transformacional implica a su vez mantener líneas de comunicación abiertas con los seguidores, tanto de forma individual como colectiva. De este modo se asegura que se compartan nuevas ideas, pudiendo surgir así productos o innovaciones que, de lo contrario, hubieran quedado sin desarrollar. A su vez, estos mismos canales de comunicación permiten a los líderes un reconocimiento directo a sus seguidores, motivándolos y fomentando la proactividad.
- **Inspiración y motivación:** gracias a su visión clara, los líderes transformacionales tienen la capacidad de articular a sus seguidores. De ese modo, logran transmitir su motivación y pasión, lo que conduce a empleados con mayor proactividad y comprometidos con la organización.
- **Influencia idealizada:** el líder transformacional se erige como un modelo para sus seguidores. Estos quieren emularlo como consecuencia de la confianza y respeto que tienen depositados en él. Es gracias a esto que pueden surgir nuevos líderes transformacionales dentro de la organización ya que el liderazgo es una capacidad que, aunque en ocasiones es innata, puede desarrollarse y ser entrenada.

El liderazgo transformacional es aquel que mayores beneficios reporta a las organizaciones cuyos objetivos sean fomentar la creatividad y la innovación entre sus empleados para lograr mejorar o mantener su posición competitiva (Bass, 1985). Warren Bennis (1997), es uno de los autores del desarrollo organizativo, y destaca cuatro funciones de la gestión del líder:

- Gestión de la atención, debe saber atraer la atención de todos los miembros del equipo.
- Gestión del significado, ha de saber decodificar señales, para dar significado a las nuevas señales y fórmulas que guiarán el proceso de cambio.
- Gestión de la confianza, los que le siguen han de confiar en él.
- Gestión de sí mismo, el cambio, genera desconfianza, tensiones, emociones, tiende a la desestabilización. El líder ha de mantenerse emocionalmente equilibrado y dosificar su gasto de energía.

Gerald A. Michaelson (2010), en su libro Sun-Zu para directivos, plantea que un mal líder se aferra a las rutinas, rechaza o ignora nuevas informaciones, subestima al adversario o a los colaboradores y prefiere los ataques frontales. En cambio el buen líder es un gran especialista formado en su campo y además sabe tratar a las personas. El líder debe transmitir emociones, pues sin ellas es mucho más difícil movilizar y motivar a las personas. El líder debe buscar los talentos de su equipo entendiendo, que el talento es encontrar aquello con lo que disfrutamos y no nos cuesta hacer.

### **2.3.2 Factores y componentes del líder.**

Un líder debe ser persuasivo, para lograr que su equipo colabore en el logro de un fin o meta que él se había propuesto. A la vez de tener la persuasión, debe tener paciencia para poder aceptar sugerencias o modificaciones a las ideas que presente, debe saber en qué momento presentar sus ideas para que tengan el impacto que él esperaba (Conger, 1988).

Goleman (2000) destaca fundamentalmente que del líder se espera que realice muchas tareas pero el principal trabajo es dar resultados.

Fiedler (1967) planteó un modelo de liderazgo en el que incluyó la contribución de las teorías basadas tanto en los rasgos, como en las teorías conductuales y agregó una nueva variable la situación. Para este autor, la eficacia de los distintos estilos de liderazgo va a depender de que la situación sea favorable y esta situación de favor va a estar determinada por los siguientes elementos (Fiedler & Chemers, 1985):

- Las relaciones del líder con los miembros del grupo. Esta variable probablemente es la que determina en mayor medida la influencia del líder.
- El grado de estructuración de la tarea que debe realizar el grupo. Esta variable ocuparía una segunda posición en importancia.
- El poder y la autoridad del líder en el grupo, que está ligado con el cargo del líder y su posibilidad de administrar recompensas y castigos.

House y Mitchell (1974) establecieron que el comportamiento del líder, consistiría en facilitar el desarrollo de los subordinados, para que éstos alcanzaran sus propias metas individuales. En todo caso, el líder debe hacer coincidir esas metas personales de los subordinados con las metas de la propia organización. En el caso de que no estuvieran claras las tareas a realizar para la consecución de los objetivos, la misión del líder sería la de facilitar la ruta o el camino para conseguir las metas (Peiró, 1991). Todo esto es claramente aplicable a los gestores enfermeros como gestores claves en el manejo de equipos y grupos, siendo fundamental dentro de sus competencias el poder alinear los objetivos de la organización sanitaria, con los objetivos a alcanzar por parte de cada miembro del equipo profesional.

Se han identificado algunos constructos psicológicos que constituyen las bases del liderazgo constructivo. Los componentes que hacen referencia al individuo son: auto-

concepto, balance entre el interés propio y el de otros, autoconciencia de sus pensamientos, intuiciones y emociones, sentido de seguridad, tolerancia al riesgo, autonomía, toma de decisiones, capacidad de observar el todo y sus partes, constancia, confiabilidad, necesidad de logro y poder (no para dominar) e integridad. Otros componentes de su propuesta aluden a las relaciones interpersonales que establece el líder con sus seguidores caracterizadas principalmente por: confianza en los demás, empatía, equidad, honestidad, generosidad y cooperación. Además señala los componentes que estarían relacionados con la forma en que el trabajador asume su trabajo como la conciencia por un trabajo ético, manejo adecuado del conflicto, comunicación y capacidad de dirección y vitalidad (Bacon, 2008).

Para Serrano Orellana y Portalanza (2014), el líder es quien logra que las organizaciones obtengan los resultados esperados, a través de la creación de oportunidades que permitan transformar el contexto. Un líder eficaz es transformador, soportando su comportamiento en valores orientados hacia el bien común. El líder será capaz de fomentar el crecimiento personal y desarrollar habilidades y competencias en los miembros y equipos de la organización, teniendo un impacto muy positivo en el clima laboral. Si el líder no logra que sus seguidores trabajen con entusiasmo y disposición para el logro de sus metas, sencillamente no está siendo eficaz.

En el estudio de Danet, March y García Romera (2014) se confirma que el tipo de liderazgo ejercido es uno de los principales factores condicionantes del clima emocional. En la situación de crisis actual en el sector sanitario, se pone de manifiesto la necesidad de un liderazgo orientador, que dote de una nueva visión a largo plazo y en el que la dirección del hospital (líderes), ofrezcan pautas claras de actuación para el personal, con una motivación más directa y activa por parte de sus responsables. Siendo también

relevante el liderazgo afiliativo y participativo, mediante estrategias de comunicación y consenso en reuniones multidisciplinarias que potencien el trabajo en equipo, el compromiso y la participación de todos.

Dada la complejidad del fenómeno del liderazgo y la influencia entre variables de diversa índole, que complejizan el comportamiento organizacional, se hace necesario realizar abordajes más amplios, integrados e integrales, que permitan comprender, cómo las distintas variables estudiadas se relacionan o se influyen unas a otras. Con base en ello, se pueden generar estrategias de intervención a favor de un liderazgo más efectivo, orientado hacia el bienestar de los individuos y la productividad de la organización (Contreras, 2008).

Vacas Guerrero (2009) plantea el liderazgo ético, exponiendo que la supervisora de enfermería coordina personas que cuidan personas, y el liderazgo ético tiene que ver con las personas. Con personas que se preocupan de su propio desarrollo como ser humano y el de sus colaboradores. Los gestores de enfermería que se esfuerzan en el día a día en el desarrollo de este modelo ético de influencia se ganan la confianza de sus colaboradores.

El liderazgo es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen su trabajo eficientemente. Los líderes están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias, para aprovechar el potencial humano (Marriner Tomey, 2009). Como consecuencia, el liderazgo debe crear una cultura en la organización, donde el cambio plantee la posibilidad de crecimiento y desarrollo de los profesionales (Cabanés Durán, 2009) logrando a su vez incrementar los niveles de satisfacción del personal y el aumento de la calidad de la asistencia sanitaria (Peya Gascom, 2008).



Los líderes deben contar con la confianza de sus trabajadores para un liderazgo efectivo; por ello deben ser objetivos y justos, confiar y generar confianza, ser consecuentes, transparentes con la información y sinceros (Cabanes Durán, 2009). Así, los valores universales vinculados con el liderazgo, son la coherencia y en segundo lugar, la honestidad. La conducta ética o integridad del líder, y en menor medida, la benevolencia, promueven la confianza en el mismo (Cabanes Durán, 2009).

Para Hernández Santana (2014), el liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional de la enfermera, pues le capacita para comunicarse de forma efectiva, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos e iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo, lo que demuestra la estrecha relación entre liderazgo y enfermería. Para esta autora se vislumbra la tendencia hacia un liderazgo participativo, con enfoque en la comunicación, como forma de alcanzar mejores resultados en salud y superar desafíos. Las instituciones que poseen un liderazgo sólido contribuyen al aumento de la creación de vínculos, menos conflictos y mayor compromiso de las personas en el proceso de trabajo.

En el estudio de Soto (2014) en las enfermeras gestoras destaca en liderazgo el dominio personal, efectividad interpersonal, gestión financiera y de recursos humanos. Concluyendo que las habilidades de gestión y liderazgo se deben basar en conocimientos sólidos y en la experiencia. Asimismo, la concepción de gestión y liderazgo ocupa un lugar complementario al rol de cuidado que tiene la enfermera/o. El liderazgo transformacional y relacional son necesarios para mejorar la satisfacción de las/os enfermeras/os.

Los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid cuentan con unas características que hay que resaltar, relacionadas con los profesionales que prestan su actividad asistencial, en concreto en el tema de estudio las enfermeras/os son personal altamente cualificados, con amplia formación universitaria diplomatura/ grado/máster y doctorado, y por otro lado otro aspecto de gran relevancia es la condición de personal estatutario o laboral fijo, lo que hace de dicho grupo un personal con una garantía de continuidad laboral muy alta independientemente de su conducta, lo que exige que el tipo de liderazgo ejercido sobre ellos sea un liderazgo participativo, de verdaderos referentes para el grupo, de persuasión y de ser capaces de conseguir que el grupo esté alineado con los objetivos de la organización y de los diferentes servicios asistenciales.

### **2.3.3 Liderazgo y dirección en enfermería.**

El liderazgo hace referencia, a actitudes y valores relacionados con el talante personal y su influencia en las personas, que las capacita para gestionar la cultura y los valores de la empresa y de los grupos profesionales que la constituyen, teniendo en cuenta las relaciones de poder y los afectos, así como las tendencias y los intereses del grupo.

La dirección, por su parte gestiona la misión de la empresa desde los profesionales y empleados, y tiene en cuenta las metas y objetivos de la organización para conseguir unos fines predeterminados. La dirección ocupa el ámbito del cumplimiento y el liderazgo los aspectos de las relaciones humanas, debiendo estar ambos interrelacionados para el logro de las metas deseadas.

Las direcciones en los hospitales son las estructuras donde se desarrolla el liderazgo formal, que garantiza el poder incorporar las demandas profesionales, que surgen de la evolución disciplinar y de los propios requerimientos sociales respecto de una atención de cuidados para la salud y el bienestar de las personas. Pero la estructura formal del

liderazgo, no cumple su fin si no es a partir del ejercicio del liderazgo, asentado en el reconocimiento social, que surge de dos fuentes esenciales, por un lado de la capacidad de resolución de los problemas reales del cuidado que demandan las personas y de otra manera, de la aportación de conocimiento científico al saber universal como resultado de la investigación.

Para Chopra (2012) todo líder tiene unas características comunes: el poseer buenos conocimientos en su disciplina, la capacidad para motivar, la confianza, la comunicación, el entusiasmo, la visión global de las situaciones, el valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos. Estas características son coincidentes con las que debe tener un buen directivo.

Vela Valle (2015) en su estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras, concluye que existen grandes expectativas por parte de los profesionales enfermeros hacia sus gestores sobre liderazgo, quedando patente en el enunciado "La supervisora/coordinadora debe ser una buena gestora y líder" y en su estudio obtienen que se trata de la más prioritaria competencia reconocida en la dirección enfermera. Destacando el liderazgo como un aspecto organizativo, que influye en el entorno de la práctica profesional enfermera. La capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, se percibe fundamentalmente a partir del papel comprensivo de la supervisora o coordinadora y de sus tareas de asesoramiento y apoyo (De Pedro Gómez, 2009).

El líder debe crear un ambiente positivo, donde el grupo conozca su misión y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características propias del líder pueden también generar un ambiente de competitividad, donde se cierre la comunicación generando desconfianza.

Siempre que un directivo intenta llevar a cabo una tarea, o conseguir un objetivo a través del esfuerzo de las personas que componen un equipo, está intentando ejercer una influencia sobre el comportamiento de los miembros de su equipo. La capacidad de influenciar el comportamiento de una persona o un grupo, es lo que se conoce como liderazgo. Debemos promover el cambio, modificando el estilo de dirección de los responsables de los distintos servicios para lograr el liderazgo, el estilo de dirección autoritario está obsoleto y es desmotivador en las organizaciones sanitarias.

Los líderes deben definir una cultura de equipo, valorando más los aspectos colectivos del grupo, que los individuales, gestionando y optimizando el propio tiempo, buscando oportunidades desde el trabajo en equipo, ofrecer y aceptar disculpas, reconociendo errores, siendo dinamizadores del equipo de dirección y de los respectivos equipos, actuando como integradores y dinamizadores de calidad de estos al hacerlos participar en todas las propuestas de mejora.

Los modelos de calidad asistencial utilizados ampliamente en nuestro país, incorporan el Liderazgo como un criterio fundamental a desarrollar en las organizaciones sanitarias para alcanzar la calidad en la prestación asistencial al paciente y familias. De este modo el modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), tiene como primer criterio el liderazgo, y sin duda el liderazgo en toda organización, y como no, en las sanitarias, se tiene que ejercer fundamentalmente por los responsables de la organización, en nuestro caso todos los profesionales con puestos de responsabilidad tanto el ámbito de la dirección médica como en el de la dirección de enfermería (equipo directivo, jefes de servicio, supervisores, etc.) (Ayuso Murillo, 2007).

El modelo de calidad de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), también incorpora dentro de las funciones centradas en la organización la

necesidad de establecer el Gobierno, liderazgo y Dirección. (Ayuso Murillo & De Andrés Gimeno, 2015).

A continuación enlazando personalidad y liderazgo, pasamos a profundizar en la resistencia al estrés y la resiliencia, y su importancia en la sociología de las organizaciones, la psicología del trabajo y como conseguir organizaciones saludables, pasando a detallar la especificidad del tema en los profesionales de enfermería.

## ***2.4 RESISTENCIA AL ESTRÉS Y RESILIENCIA.***

### **2.4.1 Ansiedad y estrés.**

La ansiedad es una de las sensaciones que con más frecuencia experimenta el ser humano. Tradicionalmente, ha sido definida como una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional y que va acompañada de un importante cortejo somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1985; Willutzki, 2012).

La ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto facilita la capacidad de respuesta del individuo, pero cuando ésta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del individuo, se considera una manifestación patológica (Vila, 1984; Cano Vidal, 2011).

En su evolución, el concepto de ansiedad ha ido desarrollando una dimensión múltiple: ha sido considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio (él está ansioso hoy), como una disposición rasgo (él es una persona ansiosa) y como una causa o explicación de una conducta (él come en exceso porque tiene ansiedad) (Ochoa & De la Puente, 1990).

Spielberger (1972) citado por Cía (2007) y por Carrobles & Díez Chamizo (1987) postula que una teoría adecuada de la ansiedad, debería considerar este constructo como el de un proceso psico-biológico complejo, distinguiendo a su vez, conceptual y operacionalmente a la ansiedad como un estado transitorio, o como un rasgo que permanece relativamente estable en determinadas personas. Este punto de vista corresponde al estudio de la ansiedad, desde la perspectiva de la investigación de la personalidad. Autores como Spielberger (1972), Lazarus (1986) y Catell (1961), investigaron el rol de los factores cognitivos en las situaciones de estrés y ansiedad, e intentaron hacer una demarcación clara y objetiva entre los estados y rasgos de ansiedad (Carrobles & Díez Chamizo, 1987). En realidad, los pioneros en esta distinción fueron Catell & Scheier (1961) que mediante la técnica del análisis factorial investigaron la relación existente entre medidas fisiológicas y cuestionarios autoadministrables de ansiedad y llegaron a identificar los factores denominados rasgo y estado de ansiedad. El primero, fue interpretado como una medida estable de las diferencias individuales, como una característica unitaria relativamente permanente de la personalidad. Mientras que el segundo factor, estado de ansiedad fue definido como una condición emocional transitoria que fluctúa a través del tiempo. En el año 1972 Cattell elabora el cuestionario “16 PF” (16 factores de la personalidad) en gran parte con la intención de medir y diferenciar el estado y el rasgo de la ansiedad. Su trabajo es uno de los primeros intentos sistemáticos para identificar y medir estos dos constructos. (Leibovich deFiguroa, 1991; Carrobles & Díez Chamizo, 1987).

Bajo esta perspectiva, Lazarus (1986) por su parte ha brindado mucha trascendencia al estudio del estrés. Ha investigado la relación existente entre las condiciones antecedentes que producen estados emocionales, las reacciones emocionales propiamente dichas y los

procesos cognitivos que median entre las situaciones que producen una “amenaza” (utiliza este término en lugar de ansiedad) y las reacciones emocionales determinadas con las que los sujetos responden para reducirlas. Para Lazarus el estrés es tanto un estímulo como una respuesta. Como estímulo se trataría de fenómenos o circunstancias ambientales, que alteran a un organismo y como respuesta serían diversas reacciones del organismo (sentimientos molestos, alteraciones en las conductas motoras, en los esquemas cognitivos y en las respuestas fisiológicas), que se presentarían en un estado de estrés (Carrobbles & Díez Chamizo, 1987).

La construcción y validación de auto-informes diseñados para medir alguna de las múltiples facetas que engloban los trastornos de ansiedad ha avanzado considerablemente. Algunos ejemplos son las “Escala de depresión, ansiedad y estrés-42” (*Depression Anxiety Stress Scales, DASS*) (Lovibond & Lovibond, 1995), el “Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad” (Miguel Tobal & Cano Vindel, 1994), el “Cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) (Caballo, 2010) o el “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) (Spielberger, 1970). Concretamente, el STAI es un auto-informe ampliamente utilizado en la literatura para la evaluación de la ansiedad rasgo y la ansiedad estado en población general y clínica, siendo asimismo uno de los más utilizados por los psicólogos españoles (Muñiz & Fernández-Hermida, 2011). Las propiedades psicométricas han sido extensamente analizadas en relación con la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la obtención de diferentes evidencias de validez (Bados, 2010; Mystakidou, 2009; Suzuki, 2000; Guillén-Riquelme, 2011; Vautier, 2009; Vigneau, 2008; Virella, 1994). En lo referente a la estructura interna del STAI, estudios previos encuentran una solución tridimensional (emoción, bienestar con preocupación y autodesprecio) o mixta (Suzuki,

2000; Virella, 1994), si bien la estructura tetra-dimensional compuesta por los factores ansiedad estado afirmativo, ansiedad estado negativo, ansiedad rasgo afirmativo y ansiedad rasgo negativo se encuentra respaldada empíricamente (Guillén-Riquelme, 2011; Hishinuma, 2000; Spielberger, 1982).

Spielberger (1970) desarrolló el STAI con el fin de medir de una manera fácil y rápida el estado y el rasgo de ansiedad, redefinió cuidadosamente estos conceptos:

- **Ansiedad estado** (*State Anxiety*): un corte temporal transversal en la corriente (*stream*) emocional de la vida de una persona. Se constituye por los sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión, nerviosismo, etc., acompañados con una activación del sistema nervioso autónomo. Esto sucede porque ante una situación concreta estresante o amenazante, un sujeto puede expresar una reacción de ansiedad durante un cierto período de tiempo, acompañada de cambios fisiológicos y conductuales; el sujeto se encontraría bajo un estado emocional transitorio de ansiedad. Esta concepción se asemeja bastante a la de ansiedad como “señal de peligro” de Freud que destacaba que la ansiedad consistía en una reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa (Leibovich de Figueroa, 1991; Carrobbles, 1987). Vallejo Ruiloba (1998) resume el estado de ansiedad descrito por Spielberger como “*la valoración del estado mental definido en tiempo presente*”.

- **Ansiedad rasgo** (*Trait Anxiety*): definida en términos de las relativamente estables diferencias entre la gente, en relación a la tendencia a percibir las situaciones estresantes como peligrosas y en la disposición a responder a tales situaciones, con mayor o menor grado de ansiedad. En otras palabras, ansiedad estado hace referencia las características de personalidad, que hacen a algunas personas más propensas que



otras a padecer estados de ansiedad (Vallejo Ruiloba, 1998; Leibovich de Figueroa, 1991; Carrobles, 1987). Spielberger (1972) afirma que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad, son más vulnerables al estrés o responden a un rango más amplio de situaciones viviéndolas como amenazantes o peligrosas. Además, señalan, como estas personas tienden a concebir el mundo de esta manera, experimentan reacciones de ansiedad estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren esta tendencia.

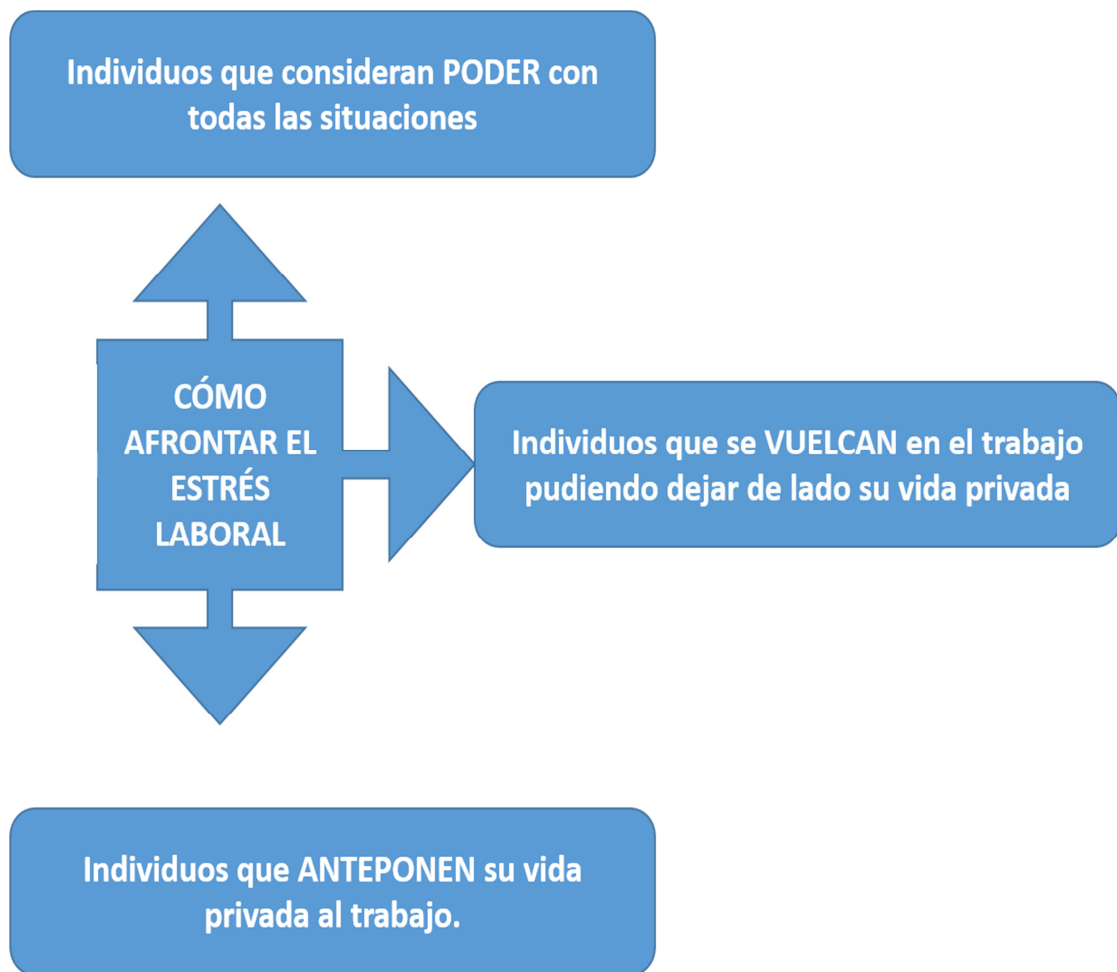
De esto se desprende, que la ansiedad estado se considera un multi-compuesto proceso emocional, que refleja las diferencias propias de cada persona, en relación a la predisposición ansiosa. Vallejo Ruiloba (1998) alinea estos conceptos en relación con su encuadramiento clínico de la siguiente manera: *Estado de ansiedad*: crisis de angustia, estado permanente de angustia (ansiedad generalizada), reacción de angustia; *Ansiedad rasgo*: personalidad neurótica.

En referencia a esto último, consideramos importante agregar que la tendencia a la ansiedad se correlaciona altamente (con valores comprendidos entre los 0.6 y 0.8 puntos) con el concepto de neuroticismo de Hans Eysenck (1967). Según este autor, los neuróticos se caracterizan por presentar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de adaptación a los estímulos (Cía, 2007; Sandín & Chorot, 1995).

Los profesionales de enfermería se enfrentan habitualmente a situaciones emocionalmente muy intensas, sufrimiento de pacientes y familiares, la presencia de dolor, la muerte, situaciones de riesgo vital como paradas cardíacas, lo que hace previsible la aparición de ansiedad en el personal asistencial.

Por otro lado en las enfermeras gestoras es frecuente que aparezcan situaciones complejas, como falta de recursos humanos, disfunciones organizativas, toma de decisiones difíciles que afectan al grupo que se dirige, conflictos en el grupo, etc., todo esto también se puede asociar a episodios de ansiedad por efecto del trabajo. Pero por otro lado los gestores sanitarios tienen que mantener la calma incluso en situaciones de crisis, no bloquearse, reflexionar con calma y rigor y tomar decisiones para solucionar la problemática existente, esto en principio debería estar asociado con una ansiedad rasgo en las gestoras/es enfermeras/os menor que en el resto del equipo.

Cartwright (1978) entiende que hay tres estilos de afrontamiento del estrés laboral: los que consideran que pueden con todo, los que se vuelcan en la profesión, aunque consecuentemente destruyan su vida privada y familiar y los que, al contrario de los anteriores, anteponen su vida privada y familiar al trabajo (Ver figura 6).



**Figura 6.** Estrategias de afrontamiento del estrés laboral, basado en las conclusiones de Cartwright en 1978. Elaboración propia.

Por otro lado, los procesos de afrontamiento que encontramos como resultado de la evaluación y valoración que nos presenta Lazarus (1984) en su modelo de estrés, se orienta en dos direcciones, bien hacia la búsqueda de solución del problema o agente estresor, o hacia el manejo de las situaciones emocionales que son consecuencias que ese factor estresante le provoca al sujeto.

Vaillant (1992) defiende que el sentido del humor, el altruismo o la anticipación a los problemas, pueden ser mecanismos contra el estrés.

En un estudio de estrés laboral en las profesionales de enfermería hospitalaria, se concluye que las causas principales del estrés laboral experimentado por los profesionales

de enfermería estudiados, estaban relacionadas con la presión laboral (cargas de trabajo) y con los aspectos relativos a la muerte y al proceso de morir, siendo la importancia relativa en este mismo orden para todos los servicios, a excepción de las enfermeras de unidades de oncología y cuidados paliativos, en las que se invierte el orden, pasando los factores relacionados con la muerte a ocupar el primer lugar como generadores de estrés laboral (Tomás Sábado, 2002)

Según Mingote (2003) las variables sociodemográficas inciden en los niveles de estrés. Con referencia al estado civil, expone que solteros y separados/divorciados tienen más riesgo de padecer estrés, y si es mujer mayor de 45 años y con bajo nivel socioeconómico y con sobrecarga de trabajo, el riesgo se acentúa. Con respecto al género, el no reconocimiento profesional se da más en mujeres, lo que favorece el estrés laboral. Respecto a la edad, el estrés se da más en los jóvenes, pero a mayor edad y con trabajos más complicados aumenta el estrés en los más mayores.

Para Gómez Cárcaba (2008), la mayoría de los factores estresantes prevalentes en los profesionales de enfermería tienen que ver con los factores extrínsecos, relacionados con las condiciones de trabajo; modificar positivamente estos factores, tanto los de tipo organizacional como los ambientales, mejorarían la satisfacción laboral. Algunas acciones que puede llevar a cabo la supervisora de enfermería, para mejorar estas condiciones son: minimizar la burocracia, planificar adecuadamente con el objeto de reducir los imprevistos, identificar problemas y solucionarlos, pero la mayoría de ellas escapan a sus posibilidades de intervención (salario, políticas de empresa, entorno físico). Sin embargo son los factores intrínsecos, relacionados con el desarrollo profesional y personal, los que determinan la satisfacción laboral, y en nuestra opinión es a este nivel donde el papel de la supervisora adquiere especial relevancia, porque el apoyo social por

parte de la supervisora juega un rol tanto preventivo, como mediador allí donde los aspectos organizacionales no pueden ser modificados. Cuando el estrés aumenta, el personal siente que el soporte de los compañeros disminuye y que la contribución al trabajo de los mismos no es igual a la propia.

Gómez Carcába (2008) en su estudio, concluye que es fundamental adquirir habilidades y conocimientos en autocontrol emocional, comunicación, motivación para el cambio, básicos para las relaciones profesionales, especialmente en situaciones de angustia o estrés y para provocar cambios en los conocimientos, las actitudes, las habilidades y los comportamientos de los profesionales, que les ayuden a resolver los problemas y tomar decisiones, a afrontar las dificultades y vivirlas sanamente y a aceptar los límites cuando estos no se puedan superar.

#### **2.4.2 Burnout y Síndrome de Quemarse en el trabajo. Repercusiones en enfermería.**

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es que estas situaciones de estrés profesional mantenidas y no corregidas puede desencadenar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o *burnout*.

El concepto de *burnout* va asociado a un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger (1974). El cuál trabajando como asistente voluntario en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos, observó que al cabo de un periodo más o menos largo (entre uno y tres años), la mayoría de profesionales sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra *burnout* (“estar

quemado”, “consumido”, “apagado”), que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso.

La aparición del SQT sería el resultado de un cúmulo de factores o variables asociadas al desempeño de la profesión de enfermería, teniendo presente que no es necesario la existencia de todas ellas para su aparición, si no que con la presencia de algunos de estos factores mencionados, es suficiente para que se dé el desarrollo del SQT en el profesional, siendo los más comunes los factores de las condiciones de la organizacional y las condiciones de la tarea; por tal motivo se hace necesario e importante dar a conocer a las organizaciones cómo afecta este Síndrome a los trabajadores, a los receptores del cuidado y a sus propias organizaciones; buscando orientar acciones y políticas que contribuyan en la eliminación, disminución o prevención del SQT en el personal de enfermería, teniendo en cuenta no solo las opiniones de los expertos sino también de los trabajadores, contribuyendo así al bienestar, a la calidad de vida de estos profesionales, a la calidad del servicio que se presta a la población en general y a la naturaleza misma del trabajo. (Velásquez Reyes, 2013).

El apoyo que prestan los supervisores de enfermería a los profesionales, se presenta como una de las principales herramientas para controlar el estrés, destacando la alta valoración que hacen del trato del supervisor (estilo amigable), hasta tal punto que llegan incluso a decir, que éste es más importante que el hecho de que den respuesta a sus demandas. (Morano Báez, 2009).

En el estudio realizado por Frutos Martín (2015), los factores que más contribuyen a los altos niveles de estrés en los profesionales de enfermería, son los relacionados con la

gestión de los recursos humanos, la falta de autonomía en el trabajo, la supervisión y liderazgo, la comunicación e interrelaciones personales y el trabajo en equipo.

López Montesinos (2009) en su estudio sobre las consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería, concluye que la población de estudio no presentaba un alto riesgo de problemas psicológicos en el trabajo, pero si manifestaba presencia de cansancio emocional y físico hasta llegar al agotamiento extremo. Considerando estos aspectos como indicadores subjetivos de rendimiento desde la gestión de recursos humanos, por los consecuentes síntomas psicósomáticos y problemas de salud que disminuyen la satisfacción y el bienestar psicológico, a la vez que el rendimiento en el desarrollo de sus funciones. Las enfermeras estudiadas, presentaban una percepción de que existe un trato injusto respecto a lo que rinden en su trabajo, física y emocionalmente, con poco reconocimiento hacia el rol que desempeñan. Siendo esto la causa, por las que aparecen los nervios que afirman tener a flor de piel y les impide desempeñar bien sus funciones.

Del Rio (2003) establece en su estudio con personal sanitario, que se detectó la presencia de burnout en los profesionales del hospital Virgen de la Salud de Toledo con una prevalencia de un 17,83% en el personal de enfermería en general, siendo el grupo de enfermeros/as que trabajan en el ámbito de hospitalización el más afectado por el síndrome.

Otro aspecto relacionado con el *burnout* es el trabajo a turnos, que la enfermería asistencial hospitalaria tiene que realizar, para poder dar cobertura a las necesidades de cuidados de los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año y especialmente los turnos nocturnos (Ramírez Elizondo, 2013). Los turnos de 12 horas están asociados con

un incremento en la aparición de la fatiga (altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización; bajos niveles de satisfacción personal), descontento con la flexibilidad del horario e incrementa la intención de dejar el trabajo, estando los turnos superiores a 8 horas ligados a un aumento de la insatisfacción laboral, esta es la conclusión de un estudio realizado en 12 países europeos entre ellos España (Dall’Ora, 2015).

En el ámbito de los enfermeros gestores, no hemos encontrado estudios que aporten datos sobre la prevalencia del SQT, pero la realidad es que un número importante de enfermeras gestoras, después de un tiempo de desarrollo de estas competencias, dimiten o disminuyen su rendimiento de tal forma que abandonan la gestión volviendo a la actividad asistencial, por el hecho de no soportar el estrés del puesto, no ver productivo su trabajo en gestión, no ser capaz de liderar al equipo de trabajo de la que es responsable, o simplemente porque no le satisface profesionalmente ni les compensa el puesto de responsabilidad. Por tanto consideramos importante poder conocer los rasgos de personalidad en las enfermeras gestoras relacionados con la tolerancia al estrés y la presencia del SQT.

Como herramientas para prevenir y minimizar el *burnout* y el SQT proponemos las siguientes líneas de acción (Ayuso Murillo & Colomer, 2015):

- Promover la satisfacción laboral de las enfermeras/os en las diferentes áreas de actividad, esto estaría sin duda asociado al reconocimiento profesional y al ambiente organizacional, que como líderes enfermeros se desarrollen en las diferentes áreas de responsabilidad. Una planificación adecuada de la actividad



asistencial, la identificación precoz de problemas y disfunciones y el plantear soluciones eficaces es una de las prioridades que se deben contemplar.

- Reconocimiento profesional, es clave realizar una labor activa potenciando las conductas profesionales positivas, esto es fácil pero se realiza pocas veces, siendo tan sencillo como el agradecer y felicitar por el trabajo bien hecho a nuestro equipo, generando un clima laboral de recompensas y positivismo hacia el trabajo realizado.
- Tener un correcto y adecuado dimensionamiento de plantillas y ratio enfermera/paciente, ya que la inadecuada relación laboral, mala gestión y escasos recursos humanos, ante incrementos de actividad asistencial o desproporciones entre la actividad cuidadora a realizar y el número de profesionales para realizarlo, es de los factores que desencadenan mayor estrés, desmotivación y fatiga profesional, ya que esto sin duda está asociado con una percepción muy baja de la calidad de cuidados prestado, siendo el motivo de mayor desmotivación laboral. Para conseguir adecuar las plantillas de profesionales en las distintas áreas de cuidados, hay que conocer y aplicar las recomendaciones de ratios de las diferentes sociedades científicas de enfermería, por unidades o servicios y por otro lado realizar de forma periódica estudios de cargas de trabajo utilizando metodologías contrastadas como el PRN (Tilquin, 1992; Ferrus, 2000; Albi, 2003) o las Parrillas de Niveles de Dependencia de Montesinos (Montesinos, 1988), para adecuar realmente las necesidades de personal a las verdaderas cargas asistenciales, en las diferentes unidades de enfermería en cada momento.
- Potenciar la motivación de los profesionales, entre las herramientas más importantes para conseguirlo, están el desarrollo profesional a través de la

formación continuada y el potenciar la investigación en enfermería. Sin olvidar que debemos potenciar formación específica, que promueva la adquisición de habilidades y conocimientos en autocontrol emocional. Todo lo anterior estaría relacionado, con potenciar la autoconfianza, la autoestima y autoeficacia. Para alcanzar por parte de las enfermeras/os, el control de lo realizado y el afrontamiento de situaciones con seguridad y estabilidad emocional (Potenciar la conducta tipo A y el locus control).

- Generar confianza en nuestros equipos, para ello el uso de la comunicación interna como herramienta de gestión, debe ser una estrategia priorizada en los equipos directivos y supervisores de enfermería (March, 2006).
- El estilo de liderazgo y la gestión de personas de los supervisores y gestores enfermeros, debe ser participativo, cercano a todo el equipo, líder que escucha y que se implica en buscar soluciones, con un enfoque claro de trabajo en equipo. Se debe proporcionar autonomía, potenciar la comunicación interna y las interrelaciones personales. Consideramos el estilo de liderazgo transformacional el más acorde para generar satisfacción laboral, creatividad y minimizar el SQT.

Los líderes necesitan gestionar convenientemente el estrés y el tiempo, para alcanzar un buen clima laboral y óptimos niveles de bienestar en los trabajadores, previniendo así la aparición del síndrome de *burnout* (Pucheu, 2010).

#### **2.4.3 Resiliencia y gestión enfermera.**

Respecto a la resiliencia, podemos decir que es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones

estresantes del trabajo o financieras. Significa "rebotar" de una experiencia difícil, como si uno fuera una bola o un resorte (Forés, 2008).

La investigación ha demostrado que la resiliencia es ordinaria, no extraordinaria. La gente comúnmente demuestra resiliencia, incluso en situaciones muy adversas como las personas que estuvieron en campos de concentración y exterminio, campos de refugiados, atentados terroristas o traumas vitales graves (Santos, 2013).

Ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias. El dolor emocional y la tristeza, son comunes en las personas que han sufrido grandes adversidades o traumas en sus vidas. De hecho, el camino hacia la resiliencia probablemente está lleno de obstáculos, que afectan nuestro estado emocional. La resiliencia no es una característica que la gente tiene o no tiene. Incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona. Una combinación de factores contribuye a desarrollar la resiliencia. Muchos estudios demuestran que uno de los factores más importantes en la resiliencia, es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad, contribuyen a afianzar la resiliencia de la persona (Vera, 2004).

Otros factores asociados a la resiliencia son:

- La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.

- La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

Las investigaciones llevadas a cabo con el personal de enfermería, señalan que la resiliencia se constituye como una característica fundamental del mismo (Jackson, 2007; McCann, 2013; Arrogante, 2013 y 2014). La implicación clínica de este resultado, y dado lo relevante que resulta ser resiliente para la Enfermería, viene dada por la conveniencia de entrenar y desarrollar resiliencia en aquellos profesionales que muestren bajos niveles de la misma (Arrogante, 2015). El desarrollo y mejora de la resiliencia podría ayudar a la Enfermería a afrontar el estrés al que está expuesto continuamente en su trabajo. El entrenamiento de la misma, facilitaría al personal de Enfermería amortiguar las consecuencias negativas del estrés laboral (McCann, 2013; Jackson, 2007; McGee, 2006) y a desarrollar unas estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de hacer frente a esas situaciones estresantes (Arrogante, 2013).

Las enfermeras resilientes, se constituyen en un elemento crucial en un sistema sanitario en continuo proceso de cambio (McGee, 2006). La situación de crisis económica actual (con menores recursos humanos y materiales y mayores cargas de trabajo) aumenta la adversidad de un clima laboral de por sí hostil y, a su vez, las posibilidades de la aparición de *burnout*.

En gestión sanitaria se viven situaciones conflictivas y estresantes con mucha frecuencia, y también se tienen que aceptar tomas de decisión por parte de los responsables sanitarios que provocan situaciones de conflicto y trauma vital y profesional, que obliga a los gestores sanitarios a superarse para continuar en su labor de gestión, desarrollando resiliencia y poder así continuar con ilusión y fuerza en la profesión y la actividad gestora. Los profesionales que se dedican a la gestión enfermera, viven situaciones

laborales altamente estresantes, falta de recursos ya sean humanos o materiales, déficits organizativos, dar respuesta a las necesidades asistenciales cambiantes, el ser el máximo responsable de una unidad de enfermería o servicio, supone que toda la problemática existente recae siempre en los responsables enfermeros.

Por otro lado, uno de los roles fundamentales de los gestores enfermeros es la gestión de personas, los gestores enfermeros son grandes gestores de recursos humanos. Ser el responsable de un equipo, supone tener que dar respuesta a las necesidades individuales de cada profesional del equipo, ser capaz de motivar y reconocer la labor bien realizada, pero también es responsabilidad de poner orden y control en caso de deficiencias por parte de los profesionales y por tanto supone enfrentarse con rigor a dichos profesionales y exigirles que den lo mejor en la labor asistencial. Todo esto supone un desgaste personal importante.

El ser responsable de una Dirección o una unidad de enfermería, supone asumir una gran carga y peso, tener muy claro el rol a realizar, asumir las dificultades que sin duda aparecen casi a diario y plantear soluciones, todo esto conlleva que un rasgo de personalidad a destacar en los gestores enfermeros, es ser tolerante al estrés, ser rápido en la respuesta, sobreponerse a las dificultades y resolverlas, no perder el control, ni los nervios, actuar con mucha serenidad incluso en momentos de altísima tensión organizativa, lo que en principio estaría ligado a un rasgo de ansiedad bajo.

Es por todo lo anterior, que el gestor enfermero debe destacar por una personalidad resistente al estrés, y que sea resiliente, es decir capaz de sobreponerse a las dificultades, aprender de ellas y crecer cada día a nivel profesional en su labor gestora.

A continuación abordamos el apartado de habilidades sociales, donde se expondrán áreas de conocimiento transversales, que influyen de forma muy significativa en la actividad laboral y organizativa en cualquier disciplina, como son la comunicación, la motivación, el trabajo en equipo y el coaching, y que por tanto hay que destacar y considerar en todo proyecto, que intente alcanzar organizaciones saludables, productivas y líderes.

## **2.5 HABILIDADES SOCIALES.**

### **2.5.1 Comunicación.**

La comunicación interna (CI) es una herramienta de gestión imprescindible para los gestores sanitarios en general. Las enfermeras/os gestores debemos contemplarla como una estrategia clave en nuestro trabajo diario, dar información veraz, clara, puntual, ágil, etc., es fundamental para conseguir la confianza del equipo que dirigimos.

Los centros sanitarios son organizaciones de personas en las cuales, por la naturaleza de su misión, el elemento relacional es una de sus características fundamentales. La calidad de la atención que recibe un paciente en un hospital, depende del trabajo coordinado de muchos profesionales. Es imprescindible el trabajo en equipo para conseguir que cualquier proceso, asistencial o de otro tipo, tenga los resultados deseados y satisfaga las necesidades de los pacientes. Por esto es tan importante la comunicación interna en las organizaciones sanitarias: está en juego la salud y la vida de unas personas y ello depende del trabajo coordinado de otras.

La calidad y la excelencia en un hospital se facilitan, cuando existen canales eficaces de comunicación, que garantizan que cada profesional recibe la información que necesita para realizar su trabajo, se puede comunicar con facilidad con otros profesionales con los que interacciona y con los que participa en el cuidado del paciente y puede aportar sus opiniones y su conocimiento cuando se detectan problemas y se quieren solucionar.

En el caso concreto del trabajo en equipo de enfermeras, la necesidad de mejorar la CI es evidente y sus repercusiones en la atención que recibirá el paciente y en la calidad de los cuidados es muy importante.

La estructura básica de un hospital o de un centro de atención primaria es la estructura social. Y ésta es una red de personas que interaccionan entre ellas constantemente:

- contactos entre los compañeros de una unidad o de diferentes servicios,
- contactos entre directivos y profesionales,
- contactos entre profesionales y pacientes.

Las personas que dan vida y realidad a un hospital se comunican entre ellas, hablan y escuchan; las informaciones que circulan por los centros sanitarios contribuyen a la construcción de la imagen que tienen los profesionales del lugar en el que trabajan, de los equipos en los que trabajan, de sus jefes, de los compañeros, de los pacientes y de sí mismos.

Según March (2006) para que la CI funcione bien en una organización, es imprescindible que exista un nivel suficiente de confianza entre las distintas personas que la componen.

*“Si no me fío no me atrevo a decir, no me creo lo que oigo y por tanto presto poca atención.”*

La confianza es la estrategia básica a desarrollar por el gestor de recursos humanos, en este caso los responsables de enfermería o directivos.

- La confianza se genera poco a poco, a través de la transparencia, la escucha activa, las decisiones informadas, la búsqueda del máximo consenso, el respeto a las diferencias, la tolerancia con los que discrepan o el fomento de la crítica que ayuda a innovar.

- La transparencia: lo que tú no digas lo dirán otros y no en la dirección que uno desea. Eso no significa que haya que contarle todo, sino tener claro que lo que no se dice es como si no existiera.
- La escucha activa: dejar hablar, prestar atención e interés, pedir más información para aclarar los aspectos no bien entendidos y cuidar el lenguaje verbal y no verbal, harán que demuestre que se está escuchando, preguntar por detalles o aspectos concretos, repetir los aspectos más destacados, resumir los principales puntos comentados por el interlocutor, no divagar en las respuestas o asumir las críticas si son ciertas
- Las decisiones informadas, explicando el por qué y para qué de las decisiones que se adoptan.
- La búsqueda del máximo consenso, ello implica favorecer la participación, esperar a oír las valoraciones de los demás antes de explicar lo que uno piensa.
- El respeto a las diferencias, para lo cual es fundamental empatizar, apoyando, reforzando, informado y escuchando.
- La tolerancia con los que discrepan, fomentando la participación y el diálogo, retrasando las divergencias y haciendo énfasis en las concordancias, buscando los puntos de apoyo, los puntos de contacto o de acuerdo y dando importancia a la información personal o profesional que puede ayudar a la cercanía.
- El fomento de la crítica que ayuda a innovar, sabiendo aceptar la crítica, concretándola, para centrarse en las soluciones que ayuden a fomentar la innovación y el cambio.

La confianza se traduce en credibilidad, elemento básico para la eficacia de un mensaje y para que los profesionales sientan que trabajan en una organización que *“les informa y les*



*escucha*”. Para ello, es fundamental tener claro que lo importante en la mejora de la comunicación interna no es decir las cosas sino llegar a la gente que hay que llegar. Ello implica dar menos mensajes a nivel global y más mensajes por grupos o de forma personalizada y además, utilizar más de un canal, garantizar su continuidad y elaborar mensajes claros y fáciles.

En la gestión y correcto funcionamiento de los servicios de enfermería, es importante por varios motivos:

- Cualquier organización quiere asegurar que el profesional recibe la información más adecuada y útil, para mejorar su contribución y rendimiento.
- En la génesis de las imágenes de los profesionales sobre su entorno de trabajo, los mensajes influyen de forma importante.
- Es necesario articular mecanismos formales, que permitan a la organización oír al profesional para que sus opiniones y puntos de vista constituyan la base del trabajo de los directivos y responsables del centro.
- Los hospitales tienen que facilitar el intercambio eficaz y efectivo entre todos sus miembros, para que se añada valor a los productos de los incontables encuentros, que en un centro sanitario ocurren cada día entre responsables de enfermería y servicios generales y los trabajadores de las distintas unidades, entre los trabajadores de enfermería y del área médica o entre trabajadores y dirección.

Cuando hablamos de CI, nos referimos a los procesos de comunicación ascendentes, descendentes y horizontales entre los miembros de una organización, en la que no incluimos los intercambios entre los profesionales y los clientes/pacientes (comunicación externa), aunque en la realidad ambos procesos (la comunicación interna y externa) están

muy imbricados, y uno y otro se afectan mutuamente, tanto de forma positiva como negativa.

Una buena comunicación interna favorece una buena relación con el paciente. Una buena relación entre los trabajadores de enfermería hará que la atención al paciente sea mejor.

La CI en un hospital es una estrategia imprescindible para lograr los objetivos y metas que se propongan, tanto a nivel general como en los distintos departamentos, servicios o unidades. Los profesionales y trabajadores, que tienen que hacer realidad con su práctica diaria esos objetivos y metas, necesitan tener la información necesaria para poder hacerlo.

Y por su parte, los gestores enfermeros y directivos necesitan:

- Escuchar a sus trabajadores para saber qué les dificulta la consecución de esos objetivos,
- Saber qué opinan sobre los mismos y sobre las estrategias que les proponen para de esta forma poder desarrollar su papel de facilitadores en la organización ,
- Llevar a cabo los procesos de negociación e intercambio realmente eficaces.

Por tanto la comunicación interna necesita de la participación, para poder minimizar los elementos dificultadores de los procesos comunicativos. Por tanto la participación es una variable fundamental para favorecer una buena comunicación interna.

Varios estudios han demostrado la importancia de la CI en las organizaciones, destacando asuntos como su impacto en el compromiso organizacional (Welsch & LaVan, 1981; Guzley, 1992), en el desempeño de equipos (Choi & Kim, 1999; Pincus, 1986) o su influencia en la productividad (Clampitt & Downs, 1993).

Una efectiva CI consigue profesionales más identificados con los objetivos organizacionales, más partícipes en los proyectos del centro y más motivados y satisfechos con su trabajo. Así, en los estudios realizados en el ámbito sanitario, se ha encontrado una relación entre la satisfacción laboral y la comunicación. Las personas mejor informadas muestran una predisposición más positiva hacia el trabajo y están más satisfechas (Bustamante, 2013).

Aunque en cualquier centro sanitario, las noticias e informaciones circulan sin cesar, en la mayoría de los casos no se trata de un proceso planificado, pensado y diseñado para ser útil a las personas que necesitan saber determinadas cosas para hacer bien su trabajo. La improvisación y la comunicación informal son bastante frecuentes en nuestros centros asistenciales. Y eso se convierte en un problema más que una ventaja.

Una estrategia definida de CI no pretende eliminar la comunicación informal, sino que lo que busca es fortalecer la comunicación formalizada y planificada, con flujos que garanticen que los mensajes lleguen a quienes tienen que llegar. Para eso es necesario poner en marcha planes de comunicación.

La importancia de la CI en las organizaciones ha sido resaltada por numerosos autores dedicados a su estudio y a la mejora de su eficacia.

Una efectiva CI consigue profesionales más identificados con los objetivos organizacionales, más partícipes en los proyectos del centro y más motivados y satisfechos con su trabajo.

Así, en los estudios realizados en el ámbito sanitario, se ha encontrado una relación entre la satisfacción laboral y la comunicación. Las personas mejor informadas muestran una predisposición más positiva hacia el trabajo y están más satisfechas.

Asimismo, al analizar la imagen que tienen los profesionales sobre las políticas que se llevan a cabo en las instituciones en las que trabajan, encontramos que la valoración positiva de la política de recursos humanos, va ligada a la percepción de una buena comunicación, a las oportunidades de conseguir cosas importantes mediante el trabajo y a la existencia de un sistema de recompensa equitativo. La valoración positiva de las políticas de calidad se relaciona con la existencia de canales eficaces de comunicación.

Asimismo, en los estudios de comunicación interna resalta un hecho importante a tener en cuenta por los responsables: cuando los profesionales reciben información fundamentalmente de sus compañeros tienen una satisfacción laboral más baja que cuando se sienten informados por sus responsables. Además, cuando la principal fuente de información son los compañeros se considera que la calidad de la información que reciben es baja. Sin embargo, aquellos que reconocen que son sus jefes quienes principalmente les informan, opinan todo lo contrario (March, 2006).

Un elemento muy importante para cualquier hospital es que los profesionales que se consideran mejor informados tienen una actitud más cercana y sensible a los problemas de sus pacientes (Medina Aguerrebe, 2010).

La realidad que demuestran diferentes estudios es que las características de la comunicación interna en las organizaciones sanitarias presentan muchas áreas de mejora (Danet, 2014). March en su estudio en 2006 demuestra que la comunicación interna es: informal, llega tarde, no es creíble, es impuntual, confusa y escasa (Ver figura 7):

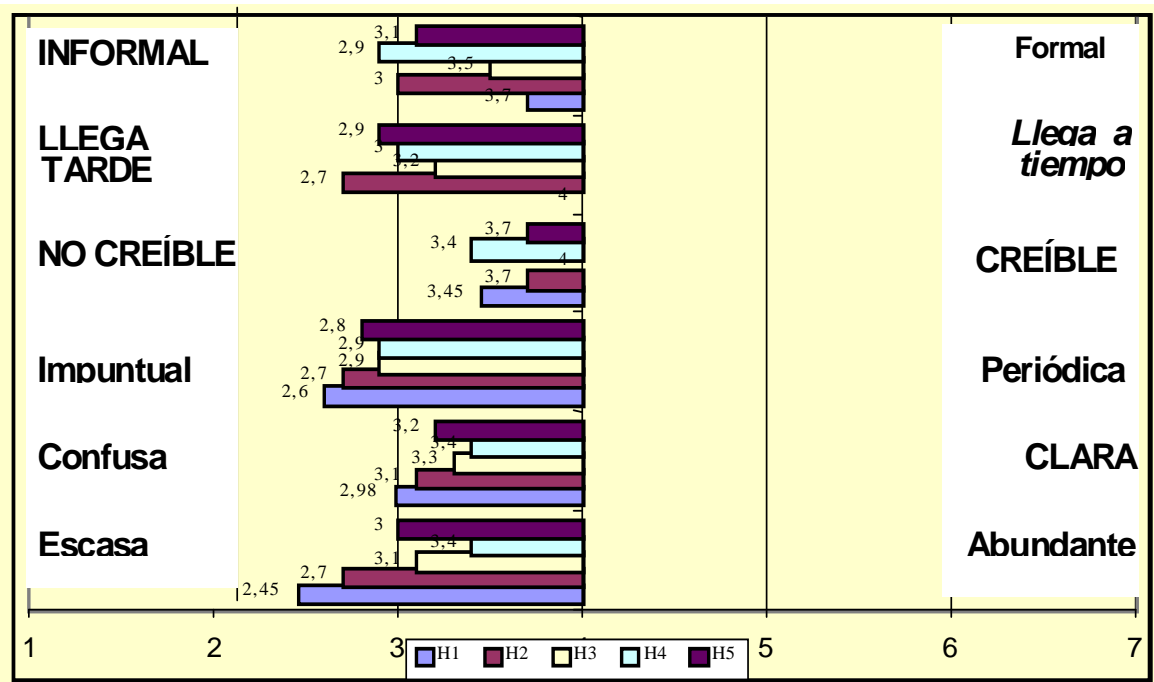


Figura 7. Estudio de Comunicación Interna de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. (March, 2006, página 139).

La CI es una herramienta fundamental en la política de desarrollo de profesionales. Pero para que pueda ser considerada como tal, debe ser un proceso formal, planificado y coherente con la estrategia global de gestión de la organización y un proceso cuyos resultados puedan ser seguidos y evaluados. Una CI de calidad necesita de responsables formados en CI.

Dentro de las Direcciones de Enfermería el papel clave en comunicación interna lo tiene la supervisión de unidad, ya que es la encargada de facilitar la información necesaria a los equipos asistenciales, siendo mediador dentro de la organización, unidad o servicio. Entre las competencias de la supervisión de unidad se encuentra el asegurar las condiciones para la comunicación y cooperación dentro de la unidad y entre los propios profesionales, los usuarios y las familias.

No hay que olvidarse de los directivos, ya que entre los aspectos más importantes del trabajo del directivo de enfermería está la comunicación y cooperación. Por tanto las direcciones de enfermería deben incorporar de forma estratégica la comunicación interna como herramienta de gestión imprescindible.

Por parte de los responsables de enfermería debemos expresar de forma clara que se espera de cada profesional, tanto en sus comportamientos, como en la actitud y conocimientos. Aquí entra en juego la comunicación interna, elemento de mejora indiscutible en las organizaciones sanitarias, debemos como directivos estar más cerca, escuchar más y hacer que nos escuchen de forma más directa, más próxima, no olvidemos que la comunicación es una de las herramientas fundamentales de la gestión (García Rubiano, 2011).

Medina Aguerrebere (2012) concluye que en su estudio sobre el valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria, que *“la comunicación interna constituye una verdadera herramienta directiva, ya que afecta a todos los empleados del hospital e influye en el funcionamiento de la institución, en la calidad del servicio ofrecido al paciente y en la imagen de marca del hospital”*.

Además de transmitir la información es importante tener en cuenta que la comunicación es bidireccional. Es imprescindible para ejercer una buena supervisión conocer y recoger la información y las necesidades de las enfermeras, para conocerlas e incorporarlas a la organización del servicio, para poder trabajar en equipo y transmitir esa información a la dirección.

Para manejar toda la información necesaria en un contexto hospitalario, se necesita cierto orden para evitar el caos. Por lo tanto es necesario conocer y optimizar los canales de comunicación que poseemos.

La comunicación interna no se improvisa sino que requiere de un plan. Para que sea una herramienta eficaz de gestión necesitamos saber qué información queremos transmitir, a quien, cuando, cómo y el porqué.

A veces, las habilidades en comunicación del responsable son su único recurso para la gestión de su servicio, unidad o equipo de trabajo.

Algunas de las habilidades de comunicación que debería tener un gestor enfermero son:

- habilidades para conducir una reunión,
- habilidades para presentar un proyecto a un equipo,
- habilidades para hacer una entrevista individual con una persona de su unidad,
- habilidades de negociación
- habilidades para la resolución de conflictos,
- habilidades de escucha y
- habilidades para motivar.

En las enfermeras asistenciales la comunicación es una de las herramientas claves y una habilidad a desarrollar y emplear en su contacto diario con pacientes, familiares y resto del equipo de trabajo.

Para Marriner (2003) las habilidades de comunicación reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas, los familiares.

Dentro de las habilidades para comunicarse en salud destacan: la empatía, la cordialidad, la educación y el respeto. La estrategia para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud, consiste en comunicar la información de forma veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando tecnicismos y con un vocabulario accesible (Ramón, 2012).

Las habilidades sociales, constituyen un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales en el ámbito profesional de la enfermería, ya que están en continuo contacto y en relación con el paciente, con el familiar y con los demás profesionales que les rodean.

Destacar que las habilidades de comunicación son fundamentales y están íntimamente relacionadas con la habilidad empática, la cual consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar (Guibert, 1999; Aguirre, 2005; Toledo, 2005; Astudillo, 2005; Marqués, 2008; Blanca, 2008; Cibanal, 2010).

Para Naranjo (2006) la comunicación terapéutica es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente. Si tenemos en cuenta que es “terapéutico” todo aquello que promueve o induce cambios en el individuo que mejoran su salud o calidad de vida, la relación enfermera-paciente es una “relación terapéutica”. Ya que tanto en el ámbito de la enfermedad, la educación sanitaria, la educación para la salud, el abordaje de actividades de prevención y la promoción de la salud la enfermera comunica e interactúa de forma terapéutica (Ayuso & Tejedor, 2015).

Es fundamental establecer propuestas para mejorar y fortalecer la comunicación con los pacientes, la enfermería debe replantear su práctica para adaptarse a las necesidades de



los usuarios y posibilitar una relación enfermera paciente, calidad y empática, en la que el paciente se sienta priorizado. El profesional de enfermería debe ser una persona capaz de crear, por medio de la comunicación, una relación terapéutica enfermera-paciente, en la cual se pueda conocer la persona cuidada, entender sus necesidades, prestarle ayuda cuando la necesite, aliviar su dolor aún en el caso de que no lo pueda expresar. (Naranjo, 2006).

Gil (1991) plantea que en el ámbito de los servicios sanitarios son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal, destacando lo siguiente:

- La causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados, es la falta de comunicación con el personal del hospital, lo que les lleva a percibir el ambiente hospitalario como un estresor.
- Aproximadamente entre un 30-50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el profesional sanitario.
- La falta de información sobre los procesos de enfermedad, provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos.
- Es establecimiento de una adecuada interacción entre el profesional y los usuarios de los servicios sanitarios, garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, evitando problemas futuros.

### 2.5.2 Motivación.

La motivación es la actividad que impulsa y dirige a las personas a llevar a cabo las acciones encaminadas a la consecución de objetivos. La motivación es para Solana

(1993), lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.

Para Stoner y colaboradores (1996), los factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido, es lo que motiva.

Koontz (1999) plantea la motivación como un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares. Decir que los directivos motivan a sus colaboradores, es decir, que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducirles a actuar de determinada manera.

Un directivo tiene habilidad para motivar cuando hace o dice cosas, que tienen la propiedad de lograr que la persona a quien dirige, se sienta bien y satisfecha, mejore su autoestima y se sienta comprometida con lo que hace.

Entre los instrumentos de motivación con que cuenta la dirección, y que se consideran más allá de los incentivos económicos, está el asesoramiento a las personas de forma individual o a los grupos que deberán cumplir una función determinada. La asesoría a los profesionales se lleva a cabo de diferentes maneras, bien sea a partir de programas de formación en servicio, de asignación de expertos, de desplazamiento temporal de un profesional a otros servicios donde se desarrolla una actividad de interés formativa, actividades de formación continuada, apoyo al inicio de nuevas prácticas profesionales refrendadas en la evidencia científica, fomentando la participación activa de los profesionales en jornadas de trabajo, congresos y reuniones científicas.

Es fundamental el trabajar la motivación. Para lograr el proceso de motivación es necesario identificar las necesidades de los colaboradores y equipo, entendiendo lo que

buscan satisfacer mediante el trabajo, creando las condiciones adecuadas para que la persona pueda satisfacerlas y en la medida que facilitemos esto estaremos motivando, es fundamental escuchar y potenciar la comunicación. La motivación debe partir de uno mismo, es intrínseca a cada persona, y cada colaborador tiene unos factores de motivación concretos, que el directivo debe encontrar y potenciar.

Por otro lado en el proceso de motivación está el aplicar incentivos adecuados, creando las condiciones adecuadas para que las personas puedan satisfacer sus necesidades laborales. En la medida en que el jefe facilite las condiciones o proporcione los incentivos adecuados, para que sus colaboradores satisfagan al menos parcialmente sus necesidades, estarán motivándoles. En este sentido la dirección por objetivos, juega un papel importante.

En términos generales, se podría decir que los colaboradores están motivados si el comportamiento que manifiestan es el adecuado para lograr la eficiencia en el trabajo, y que motivar es lograr que adopten dicho comportamiento.

Todo mando y directivo es responsable de la eficiencia de su grupo, para ello hay que lograr los mejores resultados al menor coste, por tanto, es evidente que la tarea de motivar es una de las tareas claves que todo jefe debe realizar.

Cada uno de nosotros recibimos constantemente una gran cantidad de estímulos, tanto internos como externos; muchos de ellos provocan desequilibrios a los que denominamos necesidades.

El proceso, por el cual nos ponemos en acción para recuperar el equilibrio perdido, es a lo que llamamos motivación, el hombre cuando actúa busca satisfacer alguna necesidad.

Identificadas las necesidades, el director o gestor debe aplicar incentivos adecuados, pero antes de pensar en motivar, hay que lograr que la persona no esté insatisfecha. Herzberg

(1968) establece que, antes de pensar en motivar a las personas, en producir la satisfacción que las haga trabajar voluntariamente y bien, deben estar en nivel de no insatisfacción. Y esto se logra, en la medida en que ciertas necesidades de eliminación o factores negativos indeseables están satisfechas, como pueden ser condiciones penosas de trabajo o con tensión permanente.

Para poder llegar a mover al equipo hay que diferenciar primeramente aquellas necesidades que producen insatisfacción. Con ello no vamos a conseguir motivar, pero sin eliminar estas necesidades, los trabajadores no alcanzarán un nivel mínimo de trabajo. Los incentivos que satisfacen este primer tipo de necesidades, se les llama higienizadores, porque proporcionan la higiene física y psicológica del trabajador; entre ellas están todas las condiciones de tipo ambiental, el salario adecuado al puesto, seguridad (tanto física como de estabilidad, etc.) un estilo de mando no represivo, un clima de trabajo mínimamente organizado, etc.

La motivación se logrará, en la medida en que actúe con incentivos motivadores, que satisfacen el segundo tipo de necesidades y motivan al hombre hacia el perfeccionamiento de sí mismo, de su trabajo y de su ambiente. Entre ellos se encuentran: una relación satisfactoria de mando y subordinados, el reconocimiento del trabajo bien hecho, la formación y la promoción, el aumento de responsabilidades adecuado a sus capacidades, el desarrollo de las mismas.

Herzberg (1968) resaltó, la importancia del trabajo en sí mismo, su contenido, como elemento motivador, y basado en ello sugiere que a través de un proceso, se haga más atractivo o más motivador del trabajo.

A este proceso lo denominó enriquecimiento del trabajo, y es la base de actuación que el responsable de equipo ha de seguir, para promover y mantener la motivación de sus colaboradores.

Las acciones a emprender para realizar el enriquecimiento del trabajo serían las siguientes:

- Dar información sobre la ejecución y su evolución, saber cómo se está haciendo, para qué se está haciendo, es motivador.
- Delegar un área de trabajo, ofrecer ciclos completos de trabajo motiva más que realizar partes inconexas.
- Suprimir algunos controles, y sustituirlos por controles internos.
- Aumentar la responsabilidad real del colaborador sobre el trabajo, ser responsable sobre una tarea, incrementa la implicación sobre su resultado.
- Reparto racional de trabajo, ajuste de la persona a cada puesto.
- Facilitar la rotación progresiva, la variedad motiva más que la rutina.
- Reconocer el mérito, no castigar la buena ejecución ignorándola, o haciendo agravios comparativos.

Podemos identificar cinco principios a la hora de motivar a nuestros colaboradores:

- El principio de la participación, la motivación aumenta y logra resultados, a medida que las personas tienen la oportunidad de participar en las decisiones que afectan a esos resultados. En cuanto a puntos básicos a tener en cuenta, estaría que el jefe sigue siendo el responsable, debe mantener las expectativas dentro de lo razonable. Tomar medidas o dar respuestas en referencia a las sugerencias que ofrecen a los colaboradores. Reconocer los méritos dónde y cuándo corresponde.

- El principio de la comunicación, la motivación aumenta a medida que las personas se mantienen informadas, acerca de los asuntos que afectan los resultados. Informar sobre el propio desempeño, sobre el papel que se juega en el proyecto global, o sobre la marcha del proyecto o actividad realizada, es de una potencia motivadora enorme. La comunicación es una herramienta útil para la mejora de la gestión en los hospitales. La comunicación interna como vector de la organización, permite construir una identidad para generar un clima de confianza y motivación. Hay una relación clara entre estar satisfechos y buena comunicación, la satisfacción con los sistemas de comunicación predice la disposición a esforzarse en el trabajo.
- El principio del reconocimiento, la motivación se incrementa a medida que a las personas se les da el reconocimiento correspondiente a su aporte para esos resultados, reconocer la labor realizada, aun cuando el desempeño sea mejorable, es el factor al que más importancia se le adjudica. Este reconocimiento puede adoptar una variedad infinita de formas: reconocimiento informal, psicológico, económico, institucional, etc.
- El principio de la delegación de autoridad, la motivación aumenta a medida que la persona cuenta con más autoridad para tomar las decisiones que afectan los resultados. Cuanto más permite el jefe a las personas tomar sus propias decisiones acerca del trabajo que hacen, más importantes se sentirán y más involucrados en los resultados que logran. La responsabilidad engancha, hace que tanto los resultados, como el trabajo de conseguirlos, se sientan como propios.

- El principio de interés recíproco, las personas tienden a motivarse para lograr los resultados que deseamos, hasta donde nosotros mostramos interés en los resultados que ellos pretenden lograr. Mostrando un interés sincero en los objetivos de los demás, aumentamos la voluntad e interés con que ayudan a lograr los objetivos nuestros, en definitiva es menos efectivo dirigir orientando a los resultados por medio de las personas que dirigir orientado a las personas para conseguir unos resultados.

Otra definición de motivación, es la predisposición que induce a las personas a trabajar en un determinado sentido. La motivación está fundamentada en los intereses, deseos y aspiraciones de cada una de las personas que trabajan en un determinado grupo y que presentando diferencias individuales, alcanzan un acuerdo por un motivo común. Los intereses y los deseos por los que cada uno se dirige de forma positiva, son los elementos motivadores.

Es necesario identificar aquellas variables que incentivan y motivan las conductas de trabajo, así como las que intervienen en el proceso que hace posible la adaptación permanente a los cambios que se originan en la empresa. La teoría de las necesidades humanas de Maslow (1943) (Figura 8)



**Figura 8.** Teoría de las Necesidades Humanas de Maslow. (Maslow, 1943 página 115).

explica que en la conducta sólo influyen las necesidades no satisfechas, a las que hay que asignar una jerarquía de importancia, y la aplicación de Herzberg (1968) de ésta teoría a las aspiraciones de los individuos, que pueden ser atendidas y desarrolladas a través del grado de satisfacción en el trabajo, afirma que la motivación está en relación con la posibilidad que ofrece el trabajo de cubrir esas necesidades, presentes en todos los individuos.

La psicología conductual y el funcionamiento por refuerzo, intenta demostrar que los incentivos o motivadores, pueden funcionar directamente relacionados con la realización de una conducta de trabajo adecuada por la que se recibe una compensación motivadora.

En el trabajo de las enfermeras, existen elementos motivadores de importancia en sí mismos, tales como la calidad de las relaciones interpersonales, especialmente con los usuarios, pero también con colegas y, la responsabilidad en el trabajo y la implicación en



el conocimiento científico y tecnológico. Estos elementos, que en un principio pueden considerarse positivos, pueden transformarse en factores negativos en el trabajo, que unidos a otras causas como son el sueldo, los horarios o la rutina de las tareas, convierten el entorno laboral en un elemento de desmotivación.

El personal que trabaja en centros sanitarios, va variando su motivación a lo largo del tiempo, en función de su estabilidad laboral, experiencia y el tiempo trabajado. Inicialmente en la primera etapa laboral, interesa fundamentalmente la estabilidad en un puesto de trabajo, el conseguir un buen contrato y con la mayor duración, es el aspecto más potente de motivación en la fase inicial. Una vez conseguida la estabilidad mediante una plaza fija laboral o estatutaria, se pasa a una etapa en la que se busca conseguir experiencia y la unidad o servicio en la que mejor pueda desarrollarse profesionalmente. Cuando se llevan mucho años de trabajo, el personal va buscando, mejorar los turnos laborales, puestos de trabajo con mayor comodidad y mejores condiciones laborales. Es muy importante tener claro que estas etapas son naturales, y que en función de la fase que esté atravesando cada trabajador, podemos conseguir una mayor implicación de cada uno de ellos, conociendo la fase en la que se encuentran y las necesidades que esperan satisfacer (Ayuso Murillo, 2006).

Fraga Díez (2001) para prevenir la desmotivación en los profesionales de enfermería plantea:

- Intentar solucionar el conflicto y la ambigüedad del rol, delimitando las funciones y competencias profesionales, aumentando el control que las personas tienen sobre su propio trabajo y sobre los objetivos del equipo.
- Invertir en formación relacionada con el puesto de trabajo, fomentar iniciativas y la autoestima y facilitar la promoción interna de los profesionales.

- Crear la carrera profesional y diseñar un sistema de elección de personal basado en una selección objetiva, donde se valoren la experiencia en puestos similares y la cualificación profesional.
- Exigir una capacitación específica a los directivos y gestores enfermeros.

Para López Ibort (2011), la priorización del reconocimiento profesional, en línea con la mayoría de otros trabajos publicados sobre el tema, pone en evidencia la importancia de la motivación intrínseca en la profesión enfermera. El individuo necesita que se le reconozca lo que hace y la forma en que lo hace. Este reconocimiento debe ser, a todos los niveles, horizontales y verticales, es decir, por parte de usuarios, supervisores e incluso de los propios compañeros. Y proponen como líneas de mejora, partiendo de la base de que la tarea de liderar y motivar laboralmente es difícil y no tiene una solución sencilla, la necesidad por parte de la mayoría de los profesionales directivos de desarrollar estrategias de motivación con su personal, algunos ejemplos de estas líneas de mejora pueden ser:

- Identificar los factores motivantes de los profesionales.
- Elaborar políticas de personal. Donde no hay políticas de personal, no hay gestión de personas, sólo aplicación de normas.
- Delimitar las funciones y competencias profesionales.
- Establecer una buena red de información en la organización.
- Establecer canales de comunicación claros que permitan a cada trabajador identificarse fácilmente con los valores y la cultura de la organización.

El reconocimiento profesional, la definición de funciones, la reducción de cargas de trabajo, el reconocimiento económico, la autonomía profesional y el trabajo en equipo

entre otros son los principales elementos que llevan a las enfermeras a desarrollar con motivación su actividad laboral (López Ibort, 2011).

Hay distintas teorías de las necesidades en motivación, entre ellas están:

- **Teoría de la equidad:** el factor central para la motivación en el trabajo es la evaluación individual en cuanto a la equidad y la justicia de la recompensa recibida. Según esta teoría las personas están motivadas, cuando experimentan satisfacción con lo que reciben de acuerdo con el esfuerzo realizado. Las personas juzgan la equidad de sus recompensas comparándolas con las recompensas que otros reciben.
- **Teoría de la expectativa:** Nadler y Lawler (1972) dieron cuatro hipótesis sobre la conducta en las organizaciones, en las cuales se basa el enfoque de las expectativas. La conducta es determinada por una combinación de factores correspondientes a la persona y factores del ambiente. Las personas toman diferentes decisiones conscientes sobre su conducta en la organización. Las personas tienen diferentes necesidades, deseos y metas. Las personas optan por una conducta cualquiera con base en sus expectativas que dicha conducta conducirá a un resultado deseado.
- **Teoría del reforzamiento:** Skinner (1953), sostiene que para la motivación de los empleados no es necesario ni entender sus necesidades, como proponen las teorías del contenido de la motivación, ni tampoco entender las razones por las cuales los empleados eligen satisfacerlas, tal como proponen las teorías del proceso de la motivación. Propone que el administrador solo necesita entender la relación entre las conductas y sus consecuencias para poder crear condiciones de trabajo que alienten las conductas deseables y desalienten las

indeseables. El comportamiento se aprende mediante sus consecuencias positivas o negativas. En cuanto a los diferentes tipos de reforzamiento, encontramos:

1. Positivo – por medio de elogios a las mejoras y conductas que se desea alentar.
  2. Negativo o evitación – establecimiento de reglas que el empleado busca cumplir para evitar una reprimenda.
  3. Extinción – se elimina el reforzamiento positivo, es decir, el empleado pierde un beneficio y elogio por buen resultado o conducta
  4. Castigo – el comportamiento indeseado genera una consecuencia como acción disciplinaria, advertencia formal al empleado, multa o despido.
- Teoría de las metas: Locke (1968) establece que las personas se imponen metas con el fin de lograrlas. Para lograr la motivación de los trabajadores, éstos, deben poseer las habilidades necesarias para llegar a alcanzar sus metas.

La motivación tiene por tanto dos ramas de acción diferenciadas, pero que confluyen sobre cada trabajador:

- Motivación económica, que apoyándose en los salarios e incentivos, animan al trabajador a volcarse en su tarea y en su rendimiento personal.
- Motivación psicológica y personal, que apoyándose en la ilusión del proyecto común, en la necesidad de mejorar en la calidad de trabajo, en la confianza que se deposita en él y en sus aportaciones, en las posibilidades de promoción personal y

motivación en el buen hacer diario y la satisfacción de los pacientes y clientes para los que se realiza el trabajo.

Uno de los aspectos fundamentales de las competencias de los gestores enfermeros es trabajar la motivación de los profesionales, preguntar a los profesionales asistenciales, que esperan del trabajo, que aspectos para ellos son estimulantes y de desarrollo, de tal modo que compaginemos los objetivos de la unidad o centro de trabajo con los objetivos que el profesional tiene, la motivación es individual, y lo que motiva a una persona no coincide con lo de otra, por eso tenemos que conocer con el mayor detalle esos elementos motivadores de cada uno de nuestros colaboradores y desarrollarlos al máximo ( Ayuso Murillo, 2007).

### **2.5.3 Trabajo en equipo.**

Si hay algo que caracteriza al trabajo de los profesionales de la salud es el trabajo en equipo, es una condición imprescindible, que cuando no se produce en los equipos asistenciales genera una distorsión y una problemática tan grande, que sin duda repercute de forma directa en el propio grupo de trabajo y lo que es más grave en la disminución de la atención a los pacientes.

Por tanto es uno de los aspectos claves de cualquier enfermera/o asistencial, el trabajar en equipo, en complementarse con el resto de los compañeros, para alcanzar la calidad asistencial.

Para Torres (2007), la base sobre la que se sustenta la labor del personal de enfermería es el trabajo en equipo, actividad que difícilmente va a realizarse si existe mala relación con compañeros o supervisores.

En el estudio de Thofehr (2014) los enfermeros reconocen que todos los miembros del equipo son importantes y que cada uno aporta sus especificidades. Sin embargo, hay muchas dificultades en el trabajo diario: individualismo, alta rotación de personal, falta de autonomía, relaciones verticales de poder, falta de tiempo para las reuniones y de líderes para construir y fomentar el trabajo en equipo. Se destaca que la comunicación efectiva en el lugar de trabajo puede ser capaz de reducir conflictos y promover la formación de vínculos profesionales saludables. Por lo tanto, las actitudes de dialogo y comunicación interna son fundamentales para promover el trabajo colectivo.

Si este aspecto es relevante en los profesionales asistenciales, no cabe duda que en los gestores enfermeros es imprescindible, no se concibe un gestor enfermero que no potencie, dinamice y coordine el trabajo en equipo.

El concepto de trabajo en equipo, se está convirtiendo en una unidad fundamental dentro de la estructura de las empresas. El equipo es una unidad, formada por dos o más personas con habilidades complementarias que se comprometen en un propósito común y fijan objetivos y expectativas de desempeño.

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente. Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto, y cada uno de ellos es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.

El estudio de Buss (2010), ayudó en la comprensión de que cada equipo de enfermería debe ser visto como un grupo de trabajo singular que no se repite, teniendo una dinámica de relaciones que, en general, se consolida de forma espontánea, cargando, muchas veces, desarmonía y conflictos por un largo tiempo, haciendo que el trabajo se vuelva una

jornada de sufrimiento y disgusto. Frente a esa realidad, arriesgamos presentar estrategias para el trabajo en equipo en enfermería, considerando la dimensión de la subjetividad en el trabajo, por la corriente de la dinámica de las relaciones interpersonales, donde el énfasis se encuentra en el proceso de integración, en el proceso de comunicación, en el establecimiento de programas de educación continuada y en la competencia profesional. Así, los fundamentos teóricos de la dinámica de las interrelaciones grupales ayudan, de forma efectiva, una nueva forma de pensar para la función administrativa del enfermero, a partir de la formación y afirmación de los vínculos profesionales agregadores, para asegurar el desarrollo de actividades colectivas, donde las relaciones interpersonales puedan favorecer una praxis crítica, reflexiva y participativa.

Como directivos de centros sanitarios modernos, debemos potenciar el que las personas trabajen en equipo, ya que, la consecución de resultados satisfactorios depende de lo bien que las personas que trabajan juntas sean capaces de conjugar sus esfuerzos, conocimientos y habilidades. Sin duda si se realiza una intervención quirúrgica con total éxito, se puede ver gravemente alterado el proceso por no realizar unos cuidados adecuados, o por no tener una correcta limpieza y desinfección de las distintas áreas del hospital.

Un primer aspecto a destacar, es que no se puede suponer que se va a lograr un buen trabajo en equipo con tan sólo reunir al suficiente personal con talento para realizar una tarea común, ni siquiera aunque los objetivos sean claros.

Cuando unas personas se reúnen para formar un equipo, cada uno de ellos aporta conocimientos, habilidades, actitudes, valores y motivaciones. El modo en que estas personas se relacionan entre sí influirá decisivamente en la consecución de los resultados esperados. Así es posible que en algunos casos, los miembros se neutralicen unos a otros.

En otros casos, sus esfuerzos se sumarán total o parcialmente. Pero también, existe la posibilidad de que la interacción de los participantes del equipo, provoque la obtención de unos resultados que sobrepasen la contribución de cualquier miembro y la suma de todos ellos. Cuando sucede esto el equipo ha logrado lo que se llama sinergia. El resultado del equipo ha superado la suma de las contribuciones individuales.

La Guía de Práctica Colaborativa de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2006), plantea lo siguiente relacionado con el trabajo en equipo:

- Las organizaciones han de implantar estrategias específicas que promuevan y faciliten el trabajo en equipo (Facilitar tiempo para promover la participación, reconocimiento e incentivos).
- Las organizaciones deben garantizar una cultura que apoye el trabajo en equipo y reciba apoyo administrativo (Promoviendo una cultura que apoye la toma de decisiones participativa, desarrollando directrices claras y consistentes sobre las responsabilidades de cada rol profesional, etc.).
- Las organizaciones deben apoyar procesos y sistemas que promuevan el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados (los recursos organizativos deben ser adecuados, para asegurar que el número y tipo de profesionales promueven el trabajo en equipo, la prestación de cuidados de calidad, el desarrollo profesional y la evaluación)

El trabajo en equipo se basa en las 5 "C":

- Complementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.



- Coordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.
- Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.
- Confianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.
- Compromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

La aplicación de las 5c, se ve claramente en un ejemplo concreto, como puede ser una intervención de cirugía cardíaca, todos los profesionales que participan cirujanos, anestesiistas, perfusionista, enfermeras, auxiliares, celadores, limpieza, tienen que aplicar las 5c, para que la intervención sea un éxito.

Los comportamientos que contribuyen a la consecución de la misión del equipo, son aquellos que aportan flexibilidad y capacidad de adaptación, los que fomentan la participación de todos los miembros del equipo, los que favorecen la creatividad e innovación.

Existe una relación positiva entre el liderazgo transformacional y el modelo de supervisión de buena relación con la satisfacción laboral. Destacando la importancia de la influencia de ciertos aspectos grupales como la eficacia, la cohesión grupal y la necesidad de compartir valores para que el trabajo grupal sea más satisfactorio que el trabajo individual (Pérez Vilar, 2013).

Las grandes cosas se consiguen siempre en equipo, los proyectos son de equipo, si se realizan en el ámbito personal, acaban cuando cambia la persona, si son de equipo las personas pueden cambiar pero este proyecto continuará.

Es fundamental ser capaces de transmitir y generar un sentimiento de pertenencia en el equipo, pertenencia al proyecto, pertenencia a la organización, generar el sentimiento de lo importante de la aportación de cada miembro del equipo, al proyecto global. La suma del trabajo bien hecho de cada uno de los colaboradores, supone el buen hacer de la actividad diaria, y se traduce en una correcta prestación sanitaria, unos cuidados de calidad y la prestación de unos servicios generales integrales que se perciben por los usuarios con satisfacción y valoración positiva.

El predominio de la competencia personal Trabajo en Equipo, destaca como elemento de cohesión y ayuda en toma de decisiones, diálogo y consenso, en el estudio sobre perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras realizado por Vela Valle (2015).

#### **2.5.4 Coaching.**

El coaching es una tarea gerencial de dirección, que consiste en ayudar permanentemente a los colaboradores a perfeccionarse y desarrollar sus capacidades, por métodos participativos y aprovechando las posibilidades formativas del propio trabajo.

Es por tanto un proceso continuo, que se debe planificar y evaluar, su funcionamiento ha de seguir los siguientes pasos:

- Evaluar el potencial del colaborador en su conjunto, determinar qué actividades tiene que realizar el colaborador para conseguir sus resultados clave.

- Acordar las prioridades y analizar el desempeño, que actividad es más crítica o fundamental, para la consecución de sus resultados.
- Definir el objetivo de mejora de actuación, el colaborador necesita un objetivo de mejora, para poder evaluar su progresión, dosificar o intensificar su esfuerzo y mantener su motivación de logro. Por otra parte, el directivo necesita fijar un objetivo de mejora para poder evaluar el desempeño, tomar medidas correctora a tiempo, reconocer méritos o poner en evidencia la falta de alguno de los componentes de la madurez profesional en el colaborador.
- Establecer el plan de actuación, concretar las acciones que compondrán el proceso mismo.
- Obtener retroalimentación, el plan de acción que se ha fijado para acometer el proceso de mejora sobre un aspecto determinado con un colaborador, debe ser conocido por los colaboradores, el directivo obtendrá una valiosa retroalimentación, al comunicar sus intenciones, que permitirá retocar o complementar su plan con las aportaciones de su colaborador, y además, facilitar su compromiso con el proceso de coaching.
- Realizar el coaching sobre la actuación y en el momento, hay que tener las siguientes pautas para transmitir un coaching positivo: hacerlo cuando ocurra, hacerlo en privado, reconocer los aspectos positivos, concentrarse en la actuación, hacerlo en dos direcciones, adoptar el estilo adecuado.
- Evaluar resultados, vuelta a acordar las prioridades y analizar el desempeño.

El coach no es más que un líder, que se preocupa por planear el crecimiento personal y profesional de cada una de las personas del equipo y del suyo propio. Debe poseer una visión inspiradora, ganadora y trascendente y mediante el ejemplo, la disciplina, la

responsabilidad y el compromiso, orienta al equipo en el caminar hacia esa visión convirtiéndola en realidad, es un líder que promueve la unidad del equipo, sin preferencias individuales y consolida la relación dentro del equipo para potencializar la suma de los talentos individuales.

Las quejas de los trabajadores van asociadas a que sus jefes no les escuchan, que no delegan en ellos, que no potencien sus habilidades, por eso es muy importante concienciar a los directivos en la importancia de practicar el coaching.

Las características del coach citadas por Hendricks en 1996 son las siguientes:

- Claridad, un coach se asegura de la claridad en su comunicación, de otra forma las personas comienzan a fallar o a no hacer nada, o peor aún, comienzan a asumir lo que debe hacerse, lo que siempre cuesta tiempo y dinero.
- Apoyo, significa apoyar al equipo, aportando la ayuda que necesitan, bien sea información, materiales, consejos o simplemente comprensión.
- Construcción de confianza, debemos permitir que los miembros de nuestro equipo sepan que creemos en ellas y en lo que hacen. Hay que señalar los éxitos ocurridos, revisando con ellos las causas de tales éxitos y otorgar reconocimiento hacia la excelencia detrás de cada victoria.
- Mutualidad, se comparte una visión de las metas comunes, debemos tomar el tiempo necesario para explicar en detalle las metas, respondiendo al porque es bueno alcanzar la meta marcada, que pasos hay que dar para alcanzarla o cuando hay que hacerlo.

- Perspectiva, hay que comprender el punto de vista de los subordinados, realizar preguntas para involucrarse con las personas, que revelen la realidad de los miembros del equipo. Mientras más preguntas hagan, más comprenderá lo que sucede en el interior de los individuos. No hay que asumir que ya sabemos lo que piensan y sienten, mejor preguntárselo.
- Riesgo, es permitir que los miembros del equipo sepan que los errores no van a ser castigados con sanciones, sino que debemos aprender de ellos y mejorar de forma continua.
- Paciencia, el tiempo y la paciencia son claves para prevenir que el coach simplemente reaccione, se deben evitar respuestas viscerales, ya que pueden minar la confianza de su equipo en su habilidad para pensar y reaccionar.
- Confidencialidad, los mejores coach son aquellos que mantienen la confidencialidad de la información individual recolectada, es la base de la confianza y por ende, de su credibilidad como líder.
- Respeto, implica la actitud percibida en el supervisor o gerente, hacia los individuos que el guía. Hay que respetar en alto grado a los miembros del equipo, pero esto no debe estar en contradicción con la disposición a involucrarse, la habilidad para ejercer la paciencia, la deficiencia en compartir metas, etc., porque esto hace que se comunique poco respeto.

El mejor directivo es el que se rodea de los mejores colaboradores, se siente orgulloso de ellos, los estimula, los potencia, los forma y los promociona, por tanto realiza función de coach. Esto supone un crecimiento conjunto y una revalorización como gestor de personas.

El coaching es, por tanto, un proceso individual, confidencial y voluntario en el que un entrenador personal o coach te ofrece la posibilidad de detenerte para reflexionar al responder preguntas como: ¿Es esto lo que yo quería y tengo? ¿Qué valores son importantes para mí? ¿Qué actividades, tareas, responsabilidades o metas me ilusionaría alcanzar? ¿Qué esfuerzos estoy dispuesto a hacer y qué estoy dispuesto a sacrificar para lograrlo? ¿Qué me limita? ¿Qué voy a hacer y cuándo lo haré?

El coach no ofrece respuestas, pero sí la manera de que la persona ponga en marcha los mecanismos adecuados para encontrarlas.

A través de varias sesiones, semanales o quincenales, se genera un clima de confianza indispensable para que la persona tome conciencia del momento en que se encuentra, de su aquí y ahora, que se plantee una meta, explore sus recursos y establezca un plan de acción.

Es en el intervalo entre sesión y sesión cuando el participante realiza el trabajo personal más importante, cuando debe poner en marcha lo aprendido para que, en el siguiente encuentro, puedan evaluar juntos, el coach y él, los resultados. Seguidamente, pactarán nuevas acciones que vayan acercando a la persona a la meta o metas propuestas o, en algunos casos, a la modificación de éstas.

Todos los procesos son distintos, porque son individuales. Sin embargo, hay una serie de características comunes a todos ellos:

- En cada sesión, el protagonista es siempre la persona
- La escucha constituye en buena parte la esencia de estos programas
- Es la persona quien tiene los retos y las competencias para alcanzarlos
- Se trabaja con objetivos definidos, y en un plazo de tiempo limitado, aunque se ajusta al ritmo de cada persona.

Por otro lado, hay que cuidar el ambiente de trabajo, que debe ser riguroso y de confianza para que el entrenado piense en voz alta y, sobre todo, que pueda ir más allá del discurso formal y racional y poder contrastarlo con el de las emociones.

En el coaching no hay trucos. Se trabaja con la empatía, la escucha activa y el compromiso; y se diseñan las acciones con estrategias basadas en la inteligencia emocional, programación neurolingüística (PNL) y los recursos y habilidades del entrenado. En el coaching no hay juicios ni culpas.

Un coach no es necesariamente un psicólogo, un terapeuta, un mentor, ni un amigo. Es un profesional que apoya y apuesta por otro profesional en su evolución y potencialidad, colaborando en el cambio de algunos comportamientos o competencias para ser más eficientes en el desempeño de su trabajo. Esto puede suponer que en ocasiones tenga que explorar factores emocionales que inciden en nuestras actitudes.

El entrenamiento personal e individual hace del individuo el verdadero protagonista, de la misma forma que la sensación de logro, es el mejor estímulo en el desarrollo de competencias personales y profesionales.

El coaching es una excelente herramienta para trabajar el desarrollo de personas: facilita la exploración y ayuda a determinar qué falta para alcanzar los objetivos, aprendizajes, experiencias, recursos, etc.

Hace posible que la persona descubra los frenos y barreras que puede estar interponiendo en su desarrollo. Además, el proceso revisa creencias limitadoras, desarrolla las competencias profesionales y personales, aportando nuevas herramientas de trabajo.

Para terminar este bloque de marco teórico, vamos a plantear la importancia que tiene en el momento actual de crisis, la necesidad de cambio relacionado con los procesos de selección, para ocupar puestos de gestión y también asistenciales en las organizaciones

sanitarias, detallando la situación en la que se encuentran las enfermeras/os del Servicio Madrileño de Salud.

## **2.6. PROCESOS DE SELECCIÓN EN GESTORES ENFERMEROS.**

En la actualidad, los procesos de selección de gestores enfermeros en la Sanidad Pública Madrileña se realizan mediante convocatoria pública, estableciendo un perfil para la selección como puede ser experiencia previa en gestión sanitaria, formación específica en gestión, habilidades para gestionar grupos humanos, etc. (Anexo 1). Estas convocatorias se realizan de forma pública, para mantener los principios de publicidad, capacidad, mérito y libre concurrencia ya que la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que regula en su artículo 30 las convocatorias de selección y requisitos de participación y en su artículo 31 donde plantea los sistemas de selección, no regula la forma de seleccionar a los gestores enfermeros, siendo competencia de las Gerencias y Direcciones de Enfermería el método para cubrir dichos puestos de la forma anteriormente comentada, si bien la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad (2012), establece en su Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud que la selección de Supervisores de Área y de Unidad será establecido de forma gradual en el Servicio Madrileño de Salud de forma similar a la selección de los Jefes de Servicio y Sección médicos, que se realiza mediante un procedimiento de selección que consta de dos fases:

- Valoración de los méritos relativos al historial profesional de los aspirantes, ante estos deberá valorarse la experiencia previa en funciones asistenciales de la misma especialidad.



- Valoración de un proyecto técnico de gestión, en que se valorará especialmente el diseño de un servicio o sección de la especialidad convocada con identidad propia, así como su interrelación con el resto de servicios hospitalarios.

Pero esta fórmula para la selección de jefes médicos en la actualidad no se aplica para los gestores enfermeros en la Comunidad de Madrid.

Los gestores enfermeros para ocupar un puesto de supervisora de área o unidad se presentan a convocatorias de libre acceso por parte de las enfermeras/os presentando su solicitud, junto a un currículum y memoria o proyecto de gestión correspondiente.

Después de esta fase, normalmente se establece una entrevista personal por parte de la dirección de enfermería con cada candidato, para valorar los aspectos más relevantes del currículum y del proyecto. Aportando la entrevista, aspectos subjetivos como la motivación por el puesto, características del candidato en cuanto a habilidades de comunicación, respuesta a situaciones conflictivas, etc., siempre en un marco de entrevista no estructurada, donde lo subjetivo tiene mucha más significación que lo objetivo.

Los puestos de Director/a y Subdirector/a son puestos que no se convocan de forma pública y el procedimiento de selección, se realiza de forma directa por la Gerencia o Dirección de enfermería respectivamente, siendo puestos de libre designación y confianza.

No existen unos criterios científicos ni objetivos, para realizar la selección y se apuesta por la confianza personal, valorando al mejor candidato de forma subjetiva, es por ello que el poder determinar unos rasgos de personalidad característicos de los gestores enfermeros, que se puedan medir mediante un cuestionario específico, sería un gran avance en la gestión enfermera, al determinar los rasgos de personalidad más relevantes

que caracterizan a los gestores sanitarios, y poder por tanto buscar de forma objetiva esos rasgos y características en los distintos candidatos, en los procesos de selección para cubrir puestos de gestión enfermera, seleccionando a los que reúnan los rasgos de personalidad adecuados, algo que está muy instaurado en las empresas privadas (Gan, 2006; Puchol, 2010).

Esta situación contrasta con otras experiencias en otros países como por ejemplo Brasil, donde la selección de jefes de enfermería se realiza de modo consultivo mediante voto, tanto para que un gestor enfermero continúe en el cargo, como para nombrar a uno nuevo, mediante una metodología dinámica, democrática y participativa, vinculando principalmente la elección de los jefes de enfermería a la percepción de liderazgo que ofrecen los diferentes candidatos (Schebella, 2010).

En Portugal cuentan con la profesionalización de la gestión sanitaria, y todas las disciplinas sanitarias y gestoras, entre ellas la enfermería, tienen la posibilidad de realizar una carrera profesional en gestión sanitaria, con una duración de dos años de formación post-grado reglada y específica que les habilita para ocupar puestos de gestión sanitaria en todos los centros sanitarios del país (Dos Santos, 2003).

Hay que destacar que instituciones públicas en nuestro País y hospitales con nuevas fórmulas de gestión, como las fundaciones y las empresas públicas, si establecen procesos de selección específicos para la selección de enfermeras asistenciales y gestoras. Contando dicho proceso de selección con varias fases, entre las que se encuentran, la valoración de méritos, la realización de pruebas psicotécnicas y la entrevista semiestructurada, esto posibilita seleccionar de forma específica a profesionales según los perfiles que previamente se definen para cada puesto de trabajo (Espallargas, 2000 ; Udechukwu, 2009; Serrano 2012; Cearra, 2014).



### **3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO**

### **3.1 OBJETIVOS.**

- Establecer los rasgos de personalidad característicos de los gestores enfermeros, en comparación con las enfermeras/os asistenciales.
- Identificar los rasgos de personalidad ligados al liderazgo y la creatividad, en enfermeras gestoras y asistenciales.
- Determinar si existen variables de personalidad o de estrés/ansiedad diferenciales entre los enfermeros/as gestores y los asistenciales.
- Identificar las variables de personalidad, relevantes y específicas de los gestores enfermeros, para que sean utilizadas en los procesos de selección en gestión sanitaria de forma objetiva.

### **3.2 HIPÓTESIS:**

A la hora de plasmar las hipótesis de trabajo que se plantean en la presente tesis doctoral, cabe destacar que éstas tienen por objeto definir con claridad los objetivos que se plantean, revisando cada uno de los cuatro parámetros que se han considerado evaluar en el presente trabajo, que son los siguientes:

- Rasgos de personalidad.
- Liderazgo.
- Creatividad, entendido como el potencial creativo.
- Resistencia a situaciones de estrés y ansiedad.

Estos parámetros se seleccionan en base a que los cuestionarios utilizados en el estudio de investigación nos aportarán datos relativos a rasgos de personalidad que están asociados a dichos parámetros.

Atendiendo a esto, pueden definirse las siguientes hipótesis:

### 3.2.1 Hipótesis Nula (H0)

En este caso se plantea seguir el siguiente esquema:

**Rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales = a la media poblacional española**

La hipótesis nula quedará como sigue:

H<sub>0</sub> (1): Los rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales son iguales a los valores de la media poblacional española.

**Parámetro X en personal de enfermería Gestor = Parámetro X en personal de enfermería asistencial**

En el caso que representa este proyecto de investigación, se disponen tres H<sub>0</sub> diferentes, ya que contamos con tres parámetros diferentes que se evaluarán, de modo que las hipótesis nulas quedarán como sigue:

H<sub>0</sub> (2): Los gestores enfermeros poseen los mismos rasgos de personalidad que los enfermeros asistenciales.

H<sub>0</sub> (3): Los gestores enfermeros poseen la misma capacidad de liderazgo que los enfermeros asistenciales.

H<sub>0</sub> (4): Los gestores enfermeros poseen el mismo potencial creativo que los enfermeros asistenciales.

H<sub>0</sub> (5): Los gestores enfermeros poseen la misma capacidad de resistencia a situaciones de estrés que los enfermeros asistenciales, presentando el mismo nivel de ansiedad.

### 3.2.2 Hipótesis Alternativa (H1)

En este caso se plantea seguir el siguiente esquema:

**Rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales  $\neq$  a la media poblacional española**

La hipótesis alternativa quedará como sigue:

H<sub>1</sub> (1): Los rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales no son iguales a los valores de la media poblacional española.

**Parámetro X en personal de enfermería Gestor  $\neq$  Parámetro X en personal de enfermería asistencial**

En el caso que representa este proyecto de investigación, se disponen tres H<sub>1</sub> diferentes, ya que contamos con tres parámetros diferentes que se evaluarán, de modo que las hipótesis alternativas quedarán como sigue:

H<sub>1</sub> (2): Los gestores enfermeros poseen unos rasgos de personalidad diferentes a los enfermeros asistenciales.

H<sub>1</sub> (3): Los gestores enfermeros poseen una capacidad de liderazgo diferente que los enfermeros asistenciales.

H<sub>1</sub> (4): Los gestores enfermeros poseen diferente potencial creativo que los enfermeros asistenciales.

H<sub>1</sub> (5): Los gestores enfermeros poseen diferente capacidad de resistencia a situaciones de estrés que los enfermeros asistenciales, presentando diferente nivel de ansiedad.

## **4 MATERIAL Y MÉTODOS**



#### **4.1 Participantes.**

La población objetivo del estudio, estará conformada por los profesionales con categoría de enfermeras/os, tanto aquellos que poseen responsabilidades de gestión como asistenciales, y que realizan sus funciones en los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en la Comunidad de Madrid.

Atendiendo a lo anterior, se procede a concretar cuáles son los criterios de inclusión generales en el presente estudio:

- Que los profesionales se encuentren adscritos al SERMAS, como personal estatuario o laboral, en alguno de los hospitales indicados en la Tabla 1.
- Que la actividad de los profesionales se enmarque dentro de la atención hospitalaria.
- Que los profesionales se encuentren en activo, en el momento en que se realiza el presente estudio.

A nivel particular de cada grupo, únicamente al grupo de los profesionales de enfermería con responsabilidades de gestión, se le requiere que además de los anteriores criterios de inclusión cumplan los siguientes:

- Serán incluidos en este grupo a aquellos profesionales que estén realizando tareas y tengan reconocida la categoría profesional de: Director/a de enfermería, Subdirector/a de enfermería, Supervisor/a de Área y Supervisor/a de Unidad.

<b>Hospitales del Servicio Madrileño de Salud en la Comunidad de Madrid</b>	
Hospital Universitario Puerta de Hierro	Hospital de Getafe
Hospital Clínico	Hospital Severo Ochoa

Hospital de Alcorcón	Hospital de Fuenlabrada
Hospital Infanta Cristina	Hospital Ramón y Cajal
Hospital de La Paz, Cantoblanco y Carlos III	Hospital 12 de Octubre
Hospital de Guadarrama	Hospital Virgen de la Poveda
Hospital Gregorio Marañón	Hospital del Henares
Hospital del Tajo	Hospital de Arganda
Hospital Infanta Leonor	Hospital Virgen de la Torre
Hospital Santa Cristina	Hospital Niño Jesús
Hospital La Princesa	Hospital de Móstoles
Hospital Príncipe de Asturias	Hospital central de la Cruz Roja
Hospital de la Fuenfría	Hospital de El Escorial
Hospital Infanta Sofía	

Tabla 1. Listado de Hospital del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid donde se ha solicitado la participación voluntaria de la población a estudio, tanto de enfermeras asistenciales como gestoras. Elaboración propia.

Los datos para conocer el número total de profesionales que conforman cada uno de los grupos dentro de la población a estudiar, han sido obtenidos de la Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad y corresponden al año 2012 (Ver tabla 2).

En estos datos podemos encontrar que los profesionales de enfermería suponen un total de 16.077 profesionales, de los cuales aquellos con actividad asistencial suponen un total de 15.110 profesionales, mientras que aquellos que realizan labores de gestión, es decir aquellos que poseen una categoría como la detallada en el párrafo anterior, suponen un total de 967 profesionales y representan el 6,01% del total de profesionales de enfermería en la Comunidad de Madrid, dentro del SNS.

HOSPITAL	Personal de Enfermería			
	asistencial	gestores	Nº total	%gestores frente asistenciales

<b>Hospital Puerta hierro</b>	950	43	993	4,33%
<b>Hospital Getafe</b>	539	41	580	7,07%
<b>Hospital Clínico</b>	1.341	67	1.408	4,76%
<b>Hospital Severo Ochoa</b>	462	25	487	5,13%
<b>Hospital de Alcorcón</b>	417	22	439	5,01%
<b>Hospital de Fuenlabrada</b>	391	21	412	5,1%
<b>Hospital Infanta Cristina</b>	305	15	320	4,69%
<b>Hospital Ramón y Cajal</b>	1.310	96	1.406	6,83%
<b>Hospital La Paz, Cantoblanco y Carlos III</b>	1.876	138	2.014	6,85%
<b>Hospital 12 de Octubre</b>	1.671	99	1.770	5,59%
<b>Hospital de Guadarrama</b>	44	8	52	15,38%
<b>Hospital Virgen de la Poveda</b>	46	5	51	9,8%
<b>Hospital Gregorio Marañón</b>	1.636	119	1.755	6,78%
<b>Hospital del Henares</b>	297	18	315	5,71%
<b>Hospital del Tajo</b>	100	10	110	9,09%
<b>Hospital de Arganda</b>	195	11	206	5,34%
<b>Hospital Virgen de la Torre</b>	199	17	216	7,87%
<b>Hospital Infanta Leonor</b>	383	24	407	5,9%
<b>Hospital Santa Cristina</b>	202	20	222	9,01%
<b>Hospital Niño Jesús</b>	270	17	287	5,92%
<b>Hospital La Princesa</b>	530	33	563	5,86%
<b>Hospital de Móstoles</b>	610	31	641	4,84%
<b>Hospital Príncipe de Asturias</b>	509	34	543	6,26%
<b>Hospital central de Cruz Roja</b>	138	14	152	9,21%
<b>Hospital Fuenfría</b>	73	9	82	10,98%
<b>Hospital de El Escorial</b>	119	7	126	5,56%
<b>Hospital Infanta Sofía</b>	497	23	520	4,42%
<b>TOTAL</b>	<b>15.110</b>	<b>967</b>	<b>16.077</b>	<b>6,01%</b>

Tabla 2. Plantilla estructural en los hospitales de estudio, haciendo referencia a las enfermeras asistenciales y gestoras dependientes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y de Atención Hospitalaria. (Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad, 2012). Elaboración propia.

A todos los participantes se les presentará hoja informativa del proyecto y el consentimiento informado previamente para que conozcan de forma exhaustiva en qué consiste el estudio y en qué consiste su participación. (Anexo 2)

En cuanto a los participantes, todas las personas que participen en el estudio responderán a los cuestionarios de modo voluntario. Siendo una condición imprescindible para participar en el presente estudio, el que sea firmado por los voluntarios.

El proyecto de investigación abordado dentro del presente trabajo ha sido evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe. (Anexo 3).

## **4.2 Muestra**

### **4.2.1 Cálculo del tamaño de la muestra**

El cálculo del tamaño de la muestra se proporcionará para cada uno de los grupos que se han definido, es decir, para los profesionales de enfermería con actividad asistencial y para aquellos con actividad gestora.

La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño de la muestra, en el presente estudio, es la siguiente:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pqN}{E^2N + Z_{\alpha/2}^2 pq}$$

Donde encontramos que:

N= Tamaño de la población

n= Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha/2}$ : Valor ligado al nivel de confianza. En el caso del presente trabajo será del 95%, lo que equivaldrá a un valor de 1,96

p: Proporción que se desea estimar <sup>1</sup>

q: 1-p

E: Margen de Error. Se refiere al error que se puede tolerar en el estudio

El valor de los datos utilizados para realizar el cálculo del tamaño mínimo de la muestra para cada una de los grupos analizados, de modo que éstos aseguran la representatividad de la muestra, se pueden comprobar en la tabla 3:

	<b>Personal de Enfermería Asistencial Atención Especializada</b>	<b>Personal de Enfermería de Gestión Atención Especializada</b>
<b>N</b>	15.110	967
<b>E</b>	10%	10%
<b>pq</b>	50%	50%
<b>Z<sub>α/2</sub></b>	1,96	1,96
<b>n obtenida</b>	<b>96</b>	<b>88</b>

Tabla 3. Datos relativos al cálculo del tamaño de la muestra para cada una de las subpoblaciones sometidas a estudio en el presente trabajo. El personal de enfermería indicado realiza su labor en la Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

#### 4.2.2 Método de muestreo.

El tipo de estudio seguido en esta investigación es un estudio descriptivo transversal. El método de muestreo que se ha seguido en la realización del presente trabajo es el de un muestreo probabilístico, es decir aquel en el que se usa el azar y todos los elementos de la población tendrán la misma probabilidad de ser seleccionados en una muestra (Gordillo Moscoso, 2012).

---

<sup>1</sup>Se considera que en nuestra población nos encontraremos ante la situación más desfavorable posible en cuanto a la variabilidad existente en la población, por lo que p=q=50%

Dentro del tipo de muestreo probabilístico, se selecciona el denominado como muestreo por conglomerados, considerando a cada uno de los hospitales detallados en la tabla 2, como un conglomerado.

Dentro de cada conglomerado u hospital, identificamos dos estratos bien diferenciados que se han definido como: i) enfermeras asistenciales y ii) enfermeras gestoras.

Una vez definida esta información, se procede a enviar toda la documentación relativa al proyecto de investigación, que incluye la hoja de Consentimiento Informado del voluntario y los cuestionarios 16PF-5 y STAI, a las direcciones de Enfermería de cada Hospital. A la hora de solicitar que puedan hacer llegar esta solicitud a los profesionales de enfermería que desempeñan sus funciones en cada hospital, se solicita a las Direcciones de enfermería, que la selección de los profesionales los realicen al azar, de modo que cualquier profesional, de cada uno de los dos grupos ya definidos anteriormente, tenga las mismas probabilidades de ser seleccionados. Es decir siguiendo un muestreo aleatorio simple para seleccionar a los profesionales.

El procedimiento descrito se ha diseñado con el objeto de eliminar en la medida de lo posible la aparición de cualquier error no atribuible al azar, o sesgo. Aunque es necesario indicar que, a pesar, de estos esfuerzos, puedan aparecer sesgos de como por ejemplo: i) en la fase del proceso en el que se solicita a las propias direcciones de enfermería de los hospitales que hagan llegar la información a los profesionales que ejercen sus funciones en cada uno de los hospitales. ii). Además también puede existir sesgo por el hecho de que los participantes que han realizado los cuestionarios de forma voluntaria tengan más afinidad que el resto de profesionales por el tema de estudio y que esto pueda afectar a los resultados.

### 4.3 Metodología aplicada. Instrumentos.

Utilizaremos los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario 16PF-5: El primer cuestionario se utilizará para la confección de un perfil de personalidad del voluntario y además permitirá el estudio de la creatividad y liderazgo del mismo
- Cuestionario STAI: El segundo cuestionario se utilizará para la medida de la capacidad del voluntario de su capacidad de respuesta a la Ansiedad/estrés.

El cuestionario 16PF-5 es una prueba estructurada como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad. El 16PF-5 mide 16 factores básicos que están identificados de la siguiente manera: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3 y Q4. Con cinco factores de segundo orden o dimensiones globales (Ver tabla 4).

El cuestionario STAI tiene como objetivo evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones:

- Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
- Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

<i>Factores Primarios</i>			
<b>A</b>	<b>Afabilidad</b>	<b>L</b>	<b>Vigilancia</b>

<b>B</b>	<b>Razonamiento</b>	<b>M</b>	<b>Abstracción</b>
<b>C</b>	<b>Estabilidad</b>	<b>N</b>	<b>Privacidad</b>
<b>E</b>	<b>Dominancia</b>	<b>O</b>	<b>Aprensión</b>
<b>F</b>	<b>Animación</b>	<b>Q1</b>	<b>Apertura al cambio</b>
<b>G</b>	<b>Atención a las normas</b>	<b>Q2</b>	<b>Autosuficiencia</b>
<b>H</b>	<b>Atrevimiento</b>	<b>Q3</b>	<b>Perfeccionismo</b>
<b>I</b>	<b>Sensibilidad</b>	<b>Q4</b>	<b>Tensión</b>
<b>Factores Globales</b>			
<b>Ext</b>	<b>Extroversión</b>	<b>Ans</b>	<b>Ansiedad</b>
<b>Dur</b>	<b>Dureza</b>	<b>Ind</b>	<b>Independencia</b>
<b>AuC</b>	<b>Autocontrol</b>		

Tabla 4. Correspondencia entre los identificadores utilizados en el presente trabajo y los Factores primarios y globales usados en el cuestionario 16PF-5. Elaboración propia.

#### 4.3.1 Ficha técnica 16PF-5

- Nombre de la Prueba: Cuestionario 16 PF Quinta Edición
- Autores: R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell, 1993.
- Adaptación Española: Nicolás Seis dedos Cubero, TEA Ediciones S.A.
- Administración: Individual.
- Duración: Variable, entre 40 y 45 minutos
- Aplicación: Adolescentes y adultos
- Objetivo: Apreciación de 16 rasgos de primer orden y 5 dimensiones globales de la personalidad



- Normas: Baremos en decápitos, en adultos de ambos sexos
- El 16PF es una prueba estructurada comúnmente utilizada y favorecida, por diversos investigadores alrededor del mundo, como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad. Es el resultado de más de cuarenta años de investigación empírica por el psicólogo Raymond B. Cattell, quien redujo 4504 rasgos de personalidad a 16 rasgos básicos, mediante análisis factorial. La prueba se basa en la medida independiente de varios factores psicológicos. Ha sido debidamente validada y revisada, y al presente existen varias formas (A, B, C, D & E) que facilitan la aplicabilidad de la prueba a los diferentes intereses específicos de investigación. (Anexo 4).

#### 4.3.1.1 **Fundamentación 16PF-5**

El desarrollo del 16PF se inicia con la reducción mediante la eliminación de sinónimos realizada por Cattell. Comenzando con 4504 rasgos reales de personalidad encontrados en el lenguaje inglés (Allport & Odbert, 1936), logró disminuir la cantidad a 171 términos que abarcaban todo lo cubierto por la lista original. Prosiguió su labor con la ayuda de un grupo de estudiantes universitarios, que se dio a la tarea de evaluar a sus compañeros basándose en estos 171 términos. Los resultados fueron intercorrelacionados y sometidos a un análisis factorial, logrando una reducción a 36 dimensiones. Al realizar más investigaciones analizando factorialmente estas 36 dimensiones, Cattell logra reducir la personalidad a 16 dimensiones o factores básicos.

Estas 16 dimensiones básicas de la personalidad fueron empíricamente estudiadas, tanto con grupos normales como con grupos clínicos, por espacio de diez años. Basándose en estas dimensiones, Cattell desarrolla la primera versión del 16PF en el año 1949. La

prueba medía la personalidad humana, por medio de 16 factores que eran funcionalmente independientes y poseían un significado psicológico específico, al derivarse directamente de una teoría general de personalidad, la Teoría de Sistemas Basados en la Estructura de Cattell.

La normalización de la prueba se condujo de una manera reflexiva; se tomaron en consideración varios aspectos de importancia. Existen normas separadas para hombres, normas separadas para mujeres y normas combinadas (apropiadas tanto para hombres como para mujeres) para cada uno de los siguientes tres grupos de estadounidenses: 1) adultos; 2) estudiantes universitarios; 3) estudiantes de cuarto año de escuela superior. Este colectivo provee para la disponibilidad de nueve normas diferentes.

La cantidad de normas disponibles aumenta, a un total de veintisiete, al considerar que existen normas separadas para cada una de las diferentes formas del 16PF. Las normalizaciones para las diversas formas de la prueba se llevaron a cabo con más de 15.000 sujetos; que componían una muestra representativa de áreas geográficas, edad, ingresos, densidad poblacional y raza, de acuerdo a datos del censo estadounidense.

La disponibilidad de veintisiete normas distintas, no constituye el único atractivo de la prueba. El 16PF provee además unos valores específicos para la corrección de edad en las escalas que puedan verse significativamente afectadas por esta variable. La prueba ha sido traducida a más de cuarenta idiomas; y existen adaptaciones de la misma para cinco diferentes culturas de habla anglo-sajona, con el propósito de facilitar y fomentar estudios transculturales.

#### 4.3.1.2 Validez y fiabilidad del test 16PF-5

La determinación del grado de validez de una prueba particular, requiere cierta acumulación de evidencia, para sustentar las inferencias que puedan hacerse en base a las puntuaciones obtenidas con dicha prueba. El tipo de evidencia utilizada dependerá de la clase de prueba y de las implicaciones y aplicaciones que se le pretendan adjudicar a ésta. En el caso del 16PF es necesario considerar dos clases de evidencias: validez de constructo y validez de criterio. La validez de constructo, identifica el grado en que las puntuaciones de la prueba miden correctamente los rasgos de personalidad que está supuesta a medir. La validez de criterio, mide el grado en que las puntuaciones de la prueba se relacionan con situaciones externas, como la ejecución en la escuela o en el empleo.

La validez de constructo del 16PF, se refiere específicamente a cuán fiel le es la prueba al modelo original de factores. Cattell y Krug (1986) proveen una extensa revisión de estudios enfocados hacia la verificación o validación de la estructura de la prueba. Diversos estudios, realizados con miles de personas de diferentes culturas y diversos parámetros demográficos, indican que la estructura factorial básica de la prueba está correcta. Otras pruebas empíricas del 16PF demuestran que la cantidad y la naturaleza de las dimensiones básicas de la personalidad que la prueba mide, son consistentes con las del modelo original. Estas investigaciones indican que el 16PF está midiendo correctamente lo que pretende medir; estableciendo de esta manera la validez de constructo de la prueba.

La validez de criterio se hace evidente, al percatarnos de que la prueba ha sido aplicada a una gran variedad de estudios. Los resultados de dichos estudios se encuentran en miles de publicaciones en la literatura profesional. El carácter tan extenso de esta literatura y la publicación constante de nuevos artículos dificultan el que exista un resumen de estos

resultados. No obstante, en el manual del 16PF se resumen muchos de los estudios hechos durante los primeros veinte años en que la prueba estuvo en uso. La bibliografía investigativa del 16PF (1976) es otra referencia importante que incluye un índice de las investigaciones hechas entre 1970 y 1975. Como parte de este trabajo hemos incluido una revisión de literatura de investigaciones hechas utilizando el 16PF que incluye artículos más recientes y de diversos temas; ésta puede proveer evidencia adicional en cuanto a la validez de constructo de la prueba.

Los Estándares para pruebas psicológicas y educativas (1985), describen confiabilidad como un índice que describe el grado en que las puntuaciones o resultados de una prueba están libres de error. Para que una prueba tenga un alto grado de confiabilidad, es necesario que los resultados sean constantes a través del tiempo. Por esta razón, el método de examen y re-examen resulta muy apropiado para medir confiabilidad.

Utilizando el método de examen y re-examen, se le administra el 16PF a una misma muestra en dos ocasiones distintas; las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes ocasiones son los estimados de confiabilidad. El intervalo de tiempo entre ambas administraciones puede ser corto (desde inmediatamente hasta dos semanas después) o largo (desde varias semanas hasta varios años después). El promedio de confiabilidad de intervalo corto para las Formas A y B es de 0.80; el de intervalo largo es de 0.78. La Forma A en particular tiene confiabilidad de 0.80 en intervalo corto y de 0.52 en el largo.

#### **4.3.1.3 Valores del 16PF-5**

El 16PF-5 mide 16 factores básicos que están identificados de la siguiente manera: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3, & Q4; y cinco factores de segundo orden o

dimensiones globales. Estos factores están ordenados de acuerdo a su repercusión sobre la conducta en general, siendo el Factor A el de mayor influencia.

Las puntuaciones directas del 16PF se transforman en una escala típica de 10 puntos denominados “decápitos”, es una escala de medida que ha mostrado en la práctica un grado bastante bueno, no utópico, en la discriminación de los resultados. Los decápitos se distribuyen sobre una escala de diez puntos equidistantes en unidades típicas (supuesta la distribución normal), con una media en el decapito 5,50 y una desviación típica de 2 decápitos. Por tanto, los decápitos centrales 5 y 6 se extienden, respectivamente, a media desviación típica a ambos lados de la media, y comprenden el grupo central de la población, mientras que los extremos superior del decapito 10 e inferior del decapito 1 se encuentran a dos y media desviaciones típicas a ambos lados de la media. Así pues, se puede considerar que los decápitos 5 y 6 son valores medios, 4 y 7 muestran una pequeña desviación (en una y otra dirección, respectivamente), 2-3 y 8-9 indican una gran desviación y 1 y 10 son valores extremos; todas estas posiciones deben entenderse como relativas a la población específica sobre la cual se ha realizado la normalización o tipificación (Russell, 2013).

La interpretación de los factores se basa en cuán alta (8, 9 ó 10) o baja (1, 2 ó 3) es la puntuación obtenida para cada uno de éstos. Por esta razón es que se habla de que una persona sea, por ejemplo, A+ o A-; y así sucesivamente con los demás factores. No obstante, no todas las personas son uno o el otro, sino que caen en algún punto del continuo entre estos dos polos (+ & -). Hay que tener en cuenta que cuando el factor aparece como +, se espera que el valor sea superior a la media poblacional, y si aparece como - , se espera que el valor sea inferior a la media poblacional, para estar asociado a las habilidades sociales

A continuación ofrecemos una descripción de cada uno de estos factores para facilitar la comprensión de lo que se está explorando con la prueba y de la calidad del perfil que puede obtenerse con su administración.

Las escalas primarias que componen el 16PF-5 o Factores básicos son los siguientes: Afabilidad (A), Vigilancia (L), Razonamiento (B), Abstracción (M), Estabilidad (C), Privacidad (N), Dominancia (E), Aprensión (O), Animación (F), Apertura cambio (Q1), Atención normas (G), Autosuficiencia (Q2), Atrevimiento (H), Perfeccionismo (Q3), Sensibilidad (I), Tensión (Q4).

El Factor A (afabilidad) mide el carácter gregario del individuo; el grado en que la persona busca establecer contacto con otras personas porque encuentra satisfactorio y gratificante el relacionarse con éstas. Las personas que obtienen puntuaciones altas (A+) tienen una mayor disposición hacia el afecto, tienden a ser más cariñosos, expresivos, dispuestos a cooperar, generosos, activos, y no temen a las críticas que puedan hacerse de su persona. Los A+ prefieren los proyectos grupales en vez de la competencia a nivel individual, y disfrutan de empleos que enfatizan la interacción social como las ventas, el trabajo social o la enseñanza. Los A- tienden a ser más reservados, formales, impersonales y escépticos. Prefieren trabajar solos y son rígidos y precisos al hacer sus cosas; pueden ser, en ocasiones, altamente críticos y rudos.

El Factor B (razonamiento) mide inteligencia en base al predominio del pensamiento abstracto o del pensamiento concreto; considerando el predominio del abstracto como característico de una persona de inteligencia mayor y el concreto como indicador de una inteligencia menor. Una persona con puntuaciones altas (B+) demuestra tener un pensamiento abstracto y se le percibe como muy inteligente. Puede captar, analizar y comprender rápidamente y con facilidad las ideas o conceptos que se le presenten; y

tienden a ser muy alertas. Los que obtienen puntuaciones bajas (B-) tienden a interpretar la mayoría de las cosas de manera literal y concreta. Tienen dificultades para comprender conceptos y para el aprendizaje en general. Se les describe como lentos al reaccionar y de baja inteligencia.

El Factor C (estabilidad) está relacionado a la estabilidad emocional de la persona y a la manera en que se adapta al ambiente que le rodea; determina específicamente la fortaleza de ego. Puntuaciones altas (C+) son características de personas realistas y estables emocionalmente. Se les considera maduros, con una alta fortaleza de ego; y se les adjudica una capacidad para mantener sólida la moral de un grupo. Los que obtienen puntuaciones bajas (C-) son por lo general personas que se frustran rápidamente bajo condiciones no-satisfactorias, tienden a evadir la realidad y tienen una fortaleza de ego muy baja. Estas personas se ven afectadas fácilmente por los sentimientos, son neuróticos, la mayor parte del tiempo se encuentran insatisfechos; y tienden a padecer de fobias, dificultades al dormir y problemas de tipo psicossomático.

El Factor E (dominancia) mide el grado de control que tiende a poseer la persona en sus relaciones con otros seres humanos; se determina en términos de si es dominante o es sumiso. Puntuaciones altas (E+) indican que la persona es muy dominante. A este tipo de persona le resulta muy agradable y atractivo el estar en posiciones de poder para controlar y criticar a otros. Son agresivos, competitivos, tercos, asertivos y muy seguros de sí mismos. Tienden a ser muy autoritarios con otros y no se someten a la autoridad. Las personas que obtienen puntuaciones bajas (E-) tienden a ser sumisos, humildes y dóciles. Se dejan llevar fácilmente por otros, son conformistas, pasivos y considerados. Debido a que les interesa evitar los conflictos en sus relaciones interpersonales, se esfuerzan en complacer y en ganarse la aprobación de los demás.

El Factor F (animación) está relacionado al nivel de entusiasmo evidente en contextos sociales. Las personas con puntuaciones altas (F+) tienden a ser altamente entusiastas, espontáneas, expresivas y alegres. Estos individuos son muy francos, impulsivos y mercuriales. Con frecuencia salen electos como líderes. Puntuaciones bajas (F-) son características de personas más sobrias, prudentes, serias y taciturnas. Estas personas son introspectivas, restringidas y, por lo general, pesimistas.

El Factor G (atención a las normas) mide la internalización de los valores morales; estructuralmente se explora el super-ego según descrito por Freud. Altas puntuaciones en este factor (G+) son representativas de personas altamente moralistas, conformistas, responsables y concienzudas que tienden a actuar siempre de acuerdo a las reglas. Los que obtienen puntuaciones bajas (G-) son personas que no se comportan de acuerdo a las reglas, ni se someten por completo a las normas de la sociedad o de su cultura. Su necesidad de logro se percibe como baja o ninguna, pero esto no implica que no sean productivos. El que la persona salga bajo (G-) en este factor no indica que ésta no experimente la presencia de su super-ego como una fuerza o agencia interna de control; sino que responde a una serie de valores distintos a los que establece la sociedad.

El Factor H (atrevimiento) mide la reactividad del sistema nervioso en base a la tendencia en la persona de un dominio parasimpático o simpático. En las personas que obtienen puntuaciones altas en este factor (H+) resulta dominante el sistema parasimpático. Estas personas son capaces de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen o presagien peligros externos, les encanta correr riesgos y disfrutan del éxtasis que les produce el ser aventureros. Puntuaciones bajas en este factor (H-) son características de personas bajo el dominio de su sistema simpático. Estas personas tienden a reaccionar de manera exagerada a cualquier percepción de posible amenaza.



Los H- se limitan a lo seguro, predecible y estable para evitar situaciones o estímulos que puedan alterar su delicada homeostasis interna.

El Factor I (sensibilidad) se utiliza para medir el predominio, ya sea de los sentimientos o del pensamiento racional, en la persona en su toma de decisiones al conducirse en su diario vivir. Los que obtienen puntuaciones altas (I+) funcionan bajo el dominio de sus sentimientos. Estas personas tienden a ser muy emotivas y de una sensibilidad extrema. Se les puede describir como distraídos, soñadores, intuitivos, impacientes, temperamentales y, por lo general, no son muy realistas. Los (I-) se rigen por su pensamiento racional, siendo muy prácticos y realistas. Estos individuos son independientes, responsables, escépticos y, en ocasiones, pueden resultar cínicos y rudos.

El Factor L (vigilancia): explora la identidad social del individuo; específicamente mide en qué grado la persona se siente identificado o unido a la raza humana en general. Los que puntúan alto (L+) poseen unas fronteras personales tan marcadas que se desconectan del resto de la humanidad. Estas personas tienden a desconfiar de los demás, y se ha encontrado que su comportamiento tiende a ser paranoico. Por estas razones, las relaciones interpersonales de los L+ son generalmente problemáticas, deteriorándose por el exceso de celos, sospechas y el escepticismo de estos individuos. Las personas que obtienen bajas puntuaciones (L-) se caracterizan primordialmente por sentirse uno con los demás. Estas personas no se perciben como un mundo aparte, sino como parte de un mundo compuesto por toda la humanidad. Los L- son personas que confían en los demás, se adaptan fácilmente, se preocupan por sus compañeros, son abiertos, tolerantes y muy poco competitivos.

El Factor M (abstracción) se basa en que los humanos pueden percibir de dos modos. La primera manera de percibir se nutre del contacto directo entre los cinco sentidos y el

ambiente. La otra forma se compone mayormente de un diseño interno de conexión subliminal de pensamientos y especulaciones que van organizando la información. Las personas con altas puntuaciones (M+) se caracterizan por una intensa vida interna. Estas personas van por el mundo sumergidas en sus pensamientos, distraídas e inatentas a lo que sucede a su alrededor. Son seres con una gran imaginación, muy creativos, poco convencionales e interesados sólo en la esencia de las cosas. Los que salen bajos (M-) responden al mundo externo en vez de al interno. Estas personas son muy realistas y prácticas; valoran lo concreto y lo obvio. En términos de creatividad, los M- poseen niveles muy bajos o inexistentes. En casos de emergencia, tienden a mantener la calma y son capaces de resolver la situación.

El Factor N (privacidad) está relacionado a las máscaras sociales; describe en qué grado las personas se ocultan, mostrando sólo aquellos rasgos que generen las respuestas que desean obtener de los demás. Las personas que obtienen puntuaciones altas (N+) tienden a ser calculadoras, frías, refinadas, diplomáticas y muy conscientes socialmente. Los N+ se pueden describir como utilitaristas; usan sus destrezas sociales para relacionarse con personas a las que les puedan sacar provecho para realizar sus planes. Los que puntúan bajo (N-) son personas genuinas, abiertas, directas y sinceras que no se esfuerzan por impresionar a otros. Estos individuos son muy espontáneos y auténticos; si quieren algo, lo piden sin incurrir en planes elaborados de interacciones humanas.

El Factor O (aprensión) explora la auto-estima de las personas en base a tendencias a experimentar culpa o inseguridades. Este factor no pretende categorizar a las personas entre altas y bajas en auto-estima ya que el nivel al momento de la prueba puede ser uno de carácter transitorio, influenciado por eventos recientes. Altas puntuaciones (O+) son obtenidas por personas cuya vida interna se rige por el sufrimiento. Estas personas tienen

expectativas personales muy altas, se preocupan demasiado, experimentan muchos sentimientos de culpa, son inseguros y no se sienten aceptados en situaciones grupales. Los que puntúan bajo (O-) tienen una visión muy positiva de su persona, son seguros de sí mismos y no están propensos a experimentar culpa. Estas personas se sienten tan satisfechas con lo que son que, en ocasiones, tienden a ser insensibles hacia los sentimientos y necesidades de los demás, pues creen merecerlo todo.

El Factor Q1 (apertura al cambio) explora la orientación psicológica hacia el cambio. Las personas que la prueba define como Q1+ están abiertas y dispuestas al cambio. Los Q1+ se sienten menos atados a su pasado que el resto de las personas, tienden a ser muy liberales y rechazan lo tradicional y convencional. Estos individuos son, por lo general, intelectuales y escépticos que se preocupan por estar bien informados y están menos inclinados a moralizar y más propensos a experimentar en la vida. Al otro lado del continuo se encuentran los Q1-, muy conservadores y tradicionales. Estas personas aceptan lo establecido sin cuestionarlo, no les interesa el pensamiento intelectual o analítico y demuestran una marcada resistencia al cambio.

El Factor Q2 (autosuficiencia) mide el grado de dependencia de la persona. Los que obtienen puntuaciones altas en este factor (Q2+) son individuos autosuficientes que acostumbran tomar decisiones sin preocuparse por las opiniones ajenas, prefieren estar solos la mayor parte del tiempo y hacen sus cosas sin pedir ayuda a los demás. Los que sí demuestran un alto grado de dependencia son los que obtienen puntuaciones bajas en este factor. Los Q2- demuestran una preferencia por estar en grupo la mayor parte del tiempo y toman sus decisiones en base a lo que piensan otros y lo que establece la sociedad, en vez de utilizar su propio juicio. Estas personas necesitan sentir que pertenecen a un grupo donde son aceptados y queridos.

El Factor Q3 (perfeccionismo) explora los esfuerzos del individuo por mantener una congruencia entre su yo ideal y su yo real; moldeándose de acuerdo a patrones establecidos y aprobados por la sociedad. Las personas que obtienen puntuaciones altas (Q3+) se esfuerzan por igualar su conducta a la imagen ideal y socialmente aceptable que se han creado. Estas personas tienden a controlar sus emociones, son muy auto-conscientes, compulsivos y perfeccionistas. Por otro lado, los Q3- no se esfuerzan por controlarse y disciplinarse para lograr igualarse a los ideales de conducta, y no le dan importancia alguna a las reglas que establece la sociedad. Estas personas llevan una vida más relajada y menos estresante que la de los Q3+, pero tienden a ser menos exitosos y reconocidos.

El Factor Q4 (tensión) mide las sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo; comúnmente conocida como tensión nerviosa. Las personas que puntúan alto (Q4+) experimentan niveles extremos de tensión nerviosa. Estos individuos padecen de una incomodidad subjetiva constante, son impacientes y se distinguen por su incapacidad para mantenerse inactivos. Se les describe además como frustrados, pues su conducta se interpreta como un exceso de impulsos que se expresan inadecuadamente. Al otro extremo del continuo se encuentran los Q4-, quienes se caracterizan primordialmente por la ausencia de tensión nerviosa. Los Q4- llevan una existencia tranquila y relajada, regida por la calma, la paciencia y un alto grado de satisfacción que podría conducir a la vagancia y al conformismo.

### **Factores de segundo orden o Dimensiones globales:**

Extraversión (Ext). Concepto introducido por Jung como una dimensión clave para la comprensión de la personalidad humana. La escala de extraversión resulta de la combinación de los resultados en afabilidad (A), animación (F), atrevimiento (H),

privacidad (N) y autosuficiencia (Q2). Esto significa que una persona afable va a suscitar en los demás refuerzos sociales (afecto, atención, aprobación), lo que va a inclinar al sujeto a ser menos tímido, más entusiasta y con menor necesidad de privacidad. Y viceversa. Una puntuación muy baja es expresión de retraimiento patológico, y puntuaciones altas reflejan una identidad organizada en torno a las relaciones interpersonales.

Ansiedad (Ans). La escala de ansiedad es el resultado de la combinación de estabilidad emocional (C), vigilancia (L), aprensión (O) y tensión (Q4). Una puntuación alta en ansiedad indicaría abatimiento y agobio debido a múltiples problemas. Es importante, tanto si la puntuación es alta o baja, considerar los resultados de las escalas de validez, especialmente, de manipulación de la imagen.

Dureza (Dur). La escala de dureza se obtiene de la ponderación de afabilidad (A), sensibilidad (I), abstracción (M) y apertura al cambio (Q1). Esta escala tiene significación en el ámbito laboral más que en el clínico. Altas puntuaciones describen una persona reservada, poco sensible, práctica y resistente al cambio. Si bien una elevación en esta escala no implica patología, puede derivar en problemas de ajuste. Los bajos puntajes se asocian a sensibilidad, flexibilidad, amabilidad, y escaso sentido práctico.

Independencia (Ind). Esta escala surge de la combinación de dominancia (E), vigilancia (L) y apertura al cambio (Q1). Puntuaciones bajas describen a una persona sumisa, tímida, influenciable. Y puntuaciones altas indican independencia, habilidades de persuasión, competitividad y conducta voluntariosa. También, las puntuaciones altas pueden indicar agresividad.

Autocontrol (AuC). Esta dimensión se obtiene de la combinación de animación (F), atención a las normas (G), abstracción (M) y compulsividad (Q3). Bajos puntuaciones

son indicador de impulsividad y de dificultad para aplazar la satisfacción de necesidades. Puntuaciones altas son una medida de la capacidad del sujeto para contener sus impulsos, aplazar necesidades y actuar de un modo más aceptable personal y socialmente.

**Descripción de la escala de validez o estilo de respuesta:**

Escala MI: Manipulación de la Imagen. Esta escala mide deseabilidad social. Puntuaciones altas indican que el sujeto ha intentado dar una imagen lo más favorable de sí, ha negado rasgos socialmente no deseables, y se ha arrogado rasgos socialmente deseables. Puntajes bajos pueden indicar un esfuerzo deliberado por dar una mala imagen.

Escala IN: Infrecuencia. Esta escala tiene como propósito detectar la oposición al responder el cuestionario, donde el sujeto deliberadamente elige la opción B (indecisión) a pesar de que en las instrucciones se insiste en no utilizar esa alternativa. También, la elección de la alternativa B de modo consistente puede reflejar problemas de comprensión de lectura, lo que por lo tanto invalida el cuestionario. Y por último, una elevación en esta escala puede indicar que el examinado se negó a dar información sobre sí mismo.

Escala AQ: Aquiescencia. Esta escala se compone de casi todos los reactivos del tipo verdadero – falso. Esta escala busca identificar aquellos estilos de respuesta en que el examinado contesta verdadero, independiente del contenido verbal o de lo que formula el reactivo.

#### **4.3.2 Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).**

##### **4.3.2.1 Ficha técnica.**

- Nombre: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
- Nombre original: State-Trait Anxiety Inventory.
- Autores: Spielberger C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970)

- Adaptación Española: Spielberger C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1982)
- Tipo de instrumento: cuestionario.
- Objetivos: evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés.
- Población: población general (adultos y adolescentes).
- Número de ítems: 40
- Descripción: la mitad de los ítems pertenecen a la sub-escala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la sub-escala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.

#### 4.3.2.2 **Calidad, validez y desarrollo STAI.**

- Criterios de calidad: Fiabilidad: Consistencia interna: 0,90-0,93 (sub-escala Estado) 0,84-0,87 (sub-escala Rasgo). Fiabilidad test-retest: 0,73-0,86 (sub-escala Rasgo).
- Validez: Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Catell (0,73-0,85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0,60.
- Tiempo de administración: 15 minutos.
- Normas de aplicación: el paciente o sujeto de estudio contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho.
- Corrección e interpretación: La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Existen baremos en puntuaciones (percentiles) para adultos y adolescentes.

- Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento y evaluación post-tratamiento.
- Desarrollo: el cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación, que miden dos conceptos independiente de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos, tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.
- La ansiedad Estado (A/E) esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.
- La ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que se difieren los sujetos, en la tendencia a percibir situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). Como un concepto psicológico la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson (1983) llama “motivos” (esas disposiciones para permanecer latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell (1963) alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar tendencias de respuesta vinculada al objeto).
- Descripción de las escalas: La construcción del STAI comenzó en 1964, con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medias objetivas de



autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Durante el curso de los estudios los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad y especialmente en lo que se refiere a la ansiedad rasgo; en consecuencia, se introdujeron modificaciones en el proceso de la construcción del STAI.

En principio, se dio por supuesto que los elementos que presentasen las relaciones con otros instrumentos de medida de la ansiedad, serían útiles en un cuestionario diseñado para medir el estado y rasgo de la ansiedad. Como la mayoría de las escalas de ansiedad existentes median el rasgo, se redactaron de nuevo muchos elementos, de modo que midieran tanto el estado como el rasgo; y el resultado fue un STAI único (Forma A) que, con diferentes instrucciones de aplicación, podía medir ambas variables. Sin embargo, se observó que las características psicolingüísticas de algunos elementos de esa Forma A (sobre todo las palabras claves), presentaban significados que interferían cuando se las utilizaba como medidas de ambas variables. Más aun, muchos de los mejores elementos de ambas habían sido excluidos porque, incluso alterando las instrucciones de aplicación, no se soslayaban las fuertes connotaciones estado o rasgo de las palabras claves utilizadas. Por ejemplo, “me canso rápidamente”, que parecía tener la connotación de un rasgo relativamente estable de la personalidad, presentó elevadas correlaciones con otros elementos de A/R y no mostraba los cambios esperados como medida de A/E en condiciones experimentales de tensión o relajación. Sin embargo, “me siento alterado” resultó un buen elemento de A/E y deficiente en A/R.

La sub-escala A/E puede ser utilizada para medir los niveles actuales de intensidad de la ansiedad, inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión o “estrés” o como un índice del nivel del impulso. Se ha observado que las puntuaciones A/E aumentan, como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación.

Por otra parte, la variable A/R puede ser utilizada en la investigación, para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al “estrés” psicológico, con distintos niveles de intensidad de la A/E. Finalmente, la escala E (A/E) consta de 20 frases, con la que el sujeto puede escribir como se siente en un momento particular, mientras que la escala R (A/R), también con 20 frases, puede mostrar como se siente el sujeto generalmente. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación de las instrucciones del examinador. (Anexo 5).

Las diferentes opciones de respuesta, tienen un valor en la plantilla de autocorrección, la suma de las respuestas que da el sujeto de estudio dan una puntuación directa tanto en A/E como en A/R, que posteriormente se utiliza para conseguir la puntuación transformada según las tablas del Manual del STAI y poder interpretar los resultados.

En la tipificación española del STAI, se obtienen puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decápitos. La puntuación centil, indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por la prueba. Las puntuaciones decápitos, constituyen una escala típica de diez puntos (media: 5,50. desviación: 2) que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la

aplicación de la plantilla a las respuestas del sujeto, y determinadas las características de género y edad, se busca en la tabla del manual de la prueba la puntuación centil y decápito correspondiente. Un decápito mayor o igual a seis, indica un sujeto ansioso en la escala A/E o un sujeto con la ansiedad como rasgo de su personalidad en la escala A/R.

#### **4.4 Procedimientos**

##### **4.4.1 Recogida de cuestionarios**

Como se ha indicado en el punto anterior, se procederá a realizar una toma de contacto a través de las Direcciones de Enfermería de los hospitales que aparecen en la tabla 1. Una vez que los profesionales, que se muestren interesados en la participación como voluntario en el presente estudio, contacten con el grupo de investigación, se procede a enviar la información relativa al proyecto de investigación, que incluye la hoja de Consentimiento Informado del voluntario y los cuestionarios 16PF-5 y STAI. Se organizan reuniones en los hospitales donde se explican los detalles del proyecto, una vez que los voluntarios han firmado el consentimiento informado aceptando participar en el estudio, se procede a explicar cómo cumplimentar los cuestionarios 16PF-5 y STAI.

En la realización de este estudio, se dio la situación de que algún profesional interesado en participar no pudo asistir físicamente en el momento en que se realizaron las reuniones. En estos casos se optó por el envío de la información relativa al proyecto de investigación, que incluye la hoja de Consentimiento Informado del voluntario y los cuestionarios 16Pf-5 y STAI, mediante correo ordinario o correo electrónico. Solicitando al voluntario que enviase la Hoja de Consentimiento Informado, firmada aceptando su participación en el estudio, antes de cumplimentar los cuestionarios.

#### **4.4.2 Medición de potencial creativo y liderazgo**

En el presente estudio, tanto la medición del potencial creativo como del potencial de liderazgo, que presentan las enfermeras con actividad asistencial y de gestión, se evalúan a través del uso del cuestionario 16PF5 (Catell et al., 1993), y más concretamente de la interpretación de los factores recogidos en éste, denominados como factores primarios y globales (ver Tabla 4).

##### **4.4.2.1 Medición de liderazgo**

En cuanto al potencial de liderazgo, en el presente trabajo se seleccionan los siguientes factores que lo definen y que han sido descritos previamente por Cattell y Stice (1954) y posteriormente por Russell (2013). Atendiendo a lo expuesto por estos autores, puede plantearse que el potencial de liderazgo se caracteriza por los siguientes factores: Centrado en soluciones (M-), Animación (F+), Atrevimiento (H+), Dominancia (E+), Estabilidad (C+), Extraversión (Ext+), Perfeccionismo (Q3+), Razonamiento (B+), Utilitario y objetivo (I-), Orientación al grupo (Q2-) y baja Tensión (Q4-).

##### **4.4.2.2 Medición de potencial creativo**

Con respecto a la creatividad, ésta se ha definido de varios modos (Dubey, 2011), normalmente implica aspectos de expresión y pensamiento original e imaginativo, es decir representa la capacidad o potencial de ser creativo. En el caso concreto de este trabajo se ha tomado como definición de potencial creativo, la aportada por Kemp en 1981 y por Russel en 2013, es decir: sensibilidad (I+), abstracción (M+), apertura al cambio (Q1+), autosuficiencia (Q2+), extraversión (Ext +), Independencia (Ind+), dominancia (E+), atrevimiento (H+) y Perfeccionamiento (Q3+).

#### **4.5 Criterios de selección:**

Las variables con las que se trabajará en este estudio, serán:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ N° años ocupando puesto de gestión o puesto asistencial actual.
- ✓ N° años trabajando como profesional de enfermería.
- ✓ Categoría como gestor enfermero.
- ✓ Unidad de trabajo asistencial.
- ✓ Especialidad EIR.
- ✓ Afabilidad
- ✓ Razonamiento
- ✓ Estabilidad
- ✓ Dominancia
- ✓ Animación
- ✓ Atención a normas
- ✓ Atrevimiento
- ✓ Sensibilidad
- ✓ Vigilancia
- ✓ Abstracción
- ✓ Privacidad
- ✓ Aprensión
- ✓ Apertura al cambio
- ✓ Autosuficiencia
- ✓ Perfeccionismo
- ✓ Tensión
- ✓ Manipulación de la imagen
- ✓ Infrecuencia
- ✓ Aquiescencia
- ✓ Extraversión

- ✓ Ansiedad
- ✓ Dureza
- ✓ Independencia
- ✓ Autocontrol
- ✓ Ansiedad como estado (A/E)
- ✓ Ansiedad como rasgo(A/R)

#### **4.6 Método y análisis estadístico.**

Una vez recogidos todos los datos, se realizarán distintos análisis estadísticos, para los cuales se utilizará el programa SPSS 19 para Windows y SAS 9.1.

A la hora de analizar los datos se realizarán los siguientes análisis y pruebas:

- Análisis de frecuencia,
- análisis de medias,
- las pruebas de la T de Student,
- el test de Levene, aplicándose si falla las pruebas de normalidad de los grupos muestrales.

Las diferencias entre grupos experimentales, se consideraran significativas con un valor  $p < 0.05$ .



## **5 RESULTADOS**



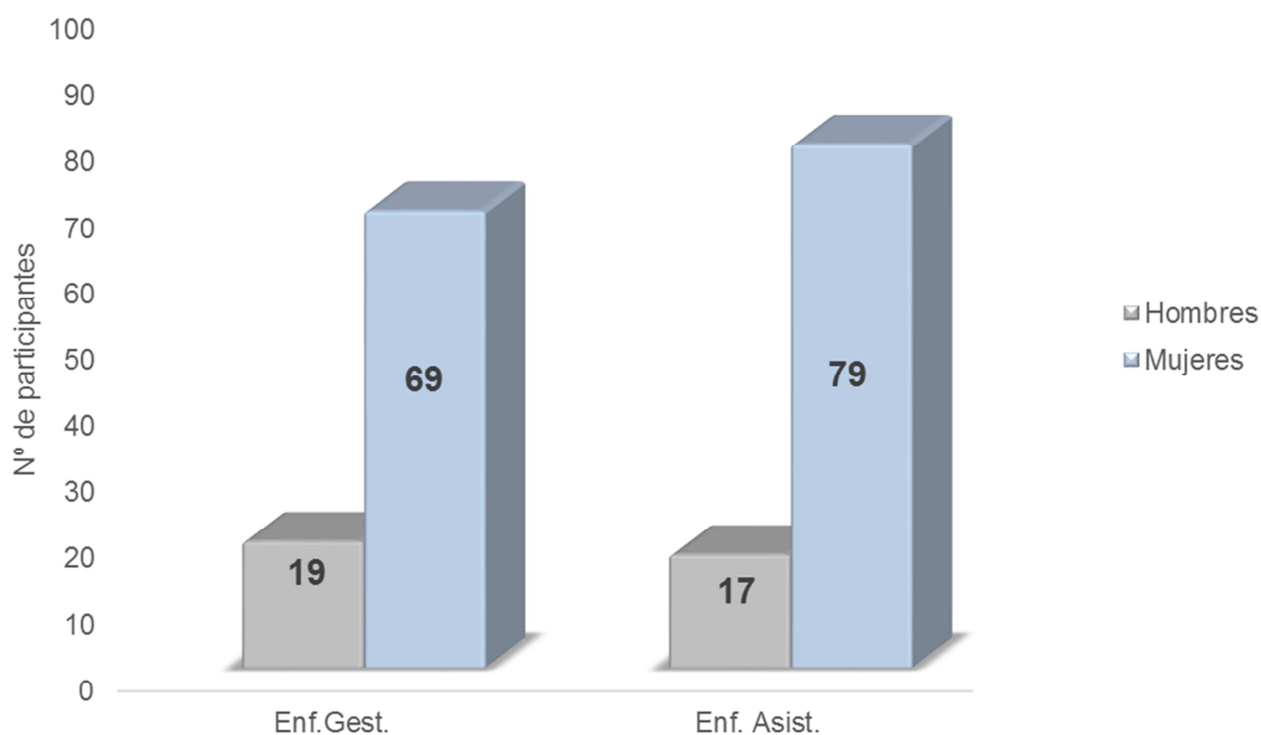
## **5.1 Datos Demográficos**

El número total de participantes fue de 184, de los cuales 96 individuos constituyeron el grupo para el personal de enfermería que realiza labores asistenciales y de 88 individuos para aquellos que realizan labores de gestión. Donde un total de 36 son hombres (19,57% del total) y 148 son mujeres (80,43% del total). La edad de los participantes oscilaba desde los 22 años hasta los 64 años de edad, siendo la media de edad de 43,38 años, siendo de 44,24 años para mujeres y de 39,86 años para hombres.

Asimismo cabe destacar que los participantes que contestaron a los cuestionarios, pertenecían a los siguientes hospitales: Hospital Universitario Puerta de Hierro, Hospital de Getafe, Hospital Infanta Sofía, Hospital Universitario del Sureste, Hospital Infanta Cristina, Hospital de Guadarrama, Hospital Severo Ochoa, Hospital 12 de Octubre, Hospital Fundación de Alcorcón, Hospital Gregorio Marañón, Hospital del Tajo, Hospital Central de la Cruz Roja, Hospital de La Fuenfría, Hospital Clínico San Carlos, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Ramón y Cajal, Hospital Infanta Leonor y Hospital Universitario de Fuenlabrada. Es decir 18 hospitales de los 27 posibles, lo que representa un 66,66%.

En cuanto a los dos grupos diferenciados de participantes, sometidos a estudio, se encuentra que entre los profesionales de enfermería que realizan su labor de gestión, encontramos que 19 son hombres (21,59% del total de gestión) y 69 son mujeres (78,41% del total de gestión). La edad de los participantes oscilaba entre 32 años y 64 años, sin embargo la edad media fue de 48,21 años, siendo de 49,87 años para mujeres y de 42,21 años para hombres. Entre los profesionales de enfermería que realizan labores asistenciales, encontramos que 79 eran mujeres (82,29% del total de asistenciales) y 17

hombres (17,71% del total de asistenciales). La edad de los participantes oscilaba entre los 32 y 64 años, sin embargo la edad media fue de 38,96 años, siendo de 39,33 años para mujeres y de 37,23 años para hombres (Ver figura 9).



**Figura 9.** Representación del número total de participantes en el estudio en función del sexo y su pertenencia a cada grupo experimental. Donde *Enf. Gest.*: corresponde al grupo de población de enfermeros gestores. *Enf. Asist.*: corresponde a los profesionales del grupo de enfermeros asistenciales. Elaboración propia.

## 5.2 Perfil de Personalidad

Se procedió a comparar los valores obtenidos, para cada uno de los factores que se obtienen a través del cuestionario 16PF5, contra el valor de la media poblacional española, para ambos sexos (Ver tabla 5 y Figura 10 y 11):

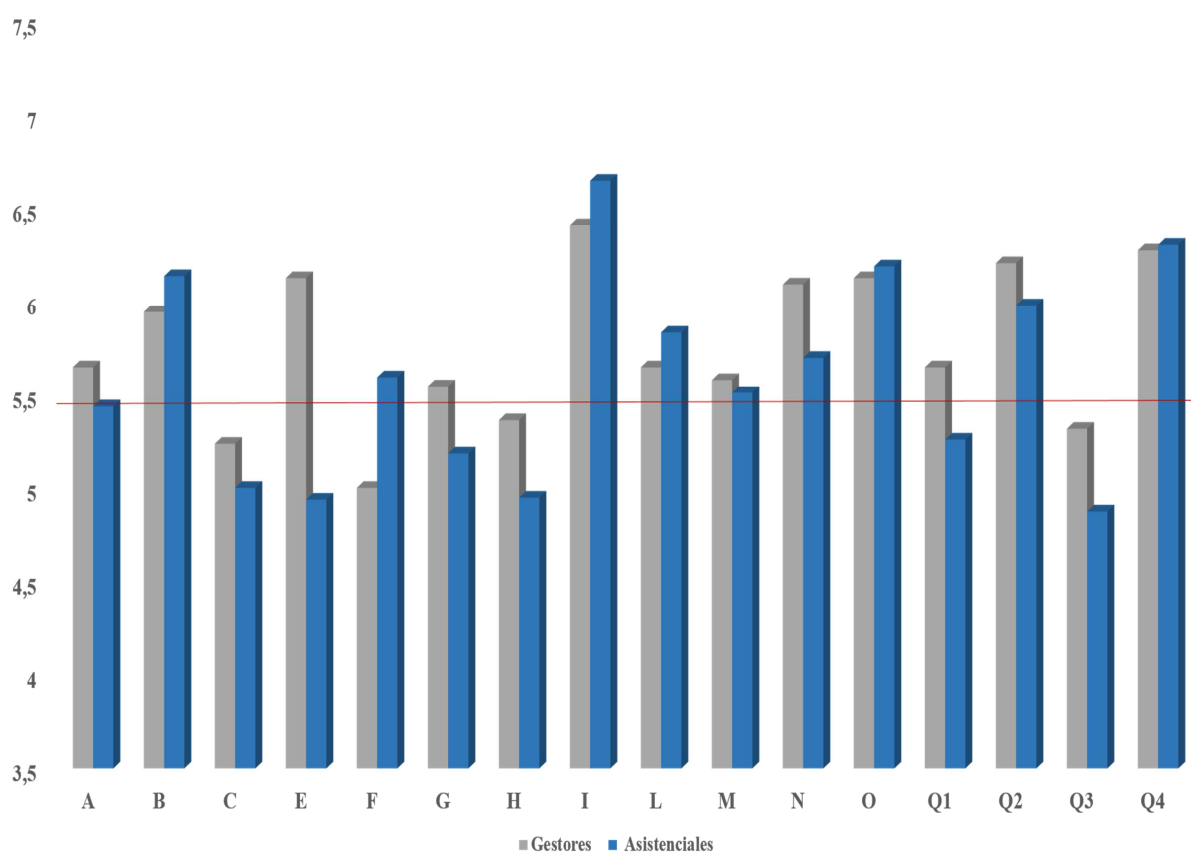
<b>FACTORES PRIMARIOS</b>																
	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
<b>Enf. Gest.</b>																
<b>Min.</b>	2	3	3	3	1	2	1	1	2	3	1	3	2	4	2	3
<b>Max.</b>	9	9	8	9	8	9	8	10	10	9	10	10	9	10	8	10
<b>Media</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	5,2	<b>6,1</b>	5	5,5	5,4	<b>6,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,6</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>6,2</b>	5,3	<b>6,3</b>
<b>Desviación</b>	1,5	1,3	1,2	1,6	1,6	1,5	1,7	1,8	1,5	1,4	1,8	1,6	1,4	1,5	1,5	1,3
<b>Enf. Asist.</b>																
<b>Min.</b>	2	4	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	4	1	3
<b>Max.</b>	9	10	8	10	10	9	8	10	10	9	10	10	9	10	8	10
<b>Media</b>	5,4	<b>6,1</b>	5	4,9	5,5	5,2	4,9	<b>6,6</b>	<b>5,8</b>	5,5	<b>5,7</b>	<b>6,2</b>	5,2	<b>6</b>	4,8	<b>6,3</b>
<b>Desviación</b>	1,7	1,5	1,1	1,8	1,9	1,5	1,8	1,6	1,6	1,4	2	1,6	1,6	1,5	1,7	1,4

<b>FACTORES GLOBALES</b>					
	Ext	Dur	Ans	Ind	AutC
<b>Enf. Gest.</b>					
<b>Min.</b>	1	1	1	1	1
<b>Max.</b>	9	10	10	10	10
<b>Media</b>	5,3	5,1	<b>6,3</b>	<b>5,9</b>	<b>6</b>
<b>Desviación</b>	2,9	1,1	1,9	1,9	1,8
<b>Enf. Asist.</b>					
<b>Min.</b>	1	1	1	1	1
<b>Max.</b>	10	10	10	10	9
<b>Media</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>6,5</b>	5	5,2
<b>Desviación</b>	2,1	1,9	1,7	1,8	1,9

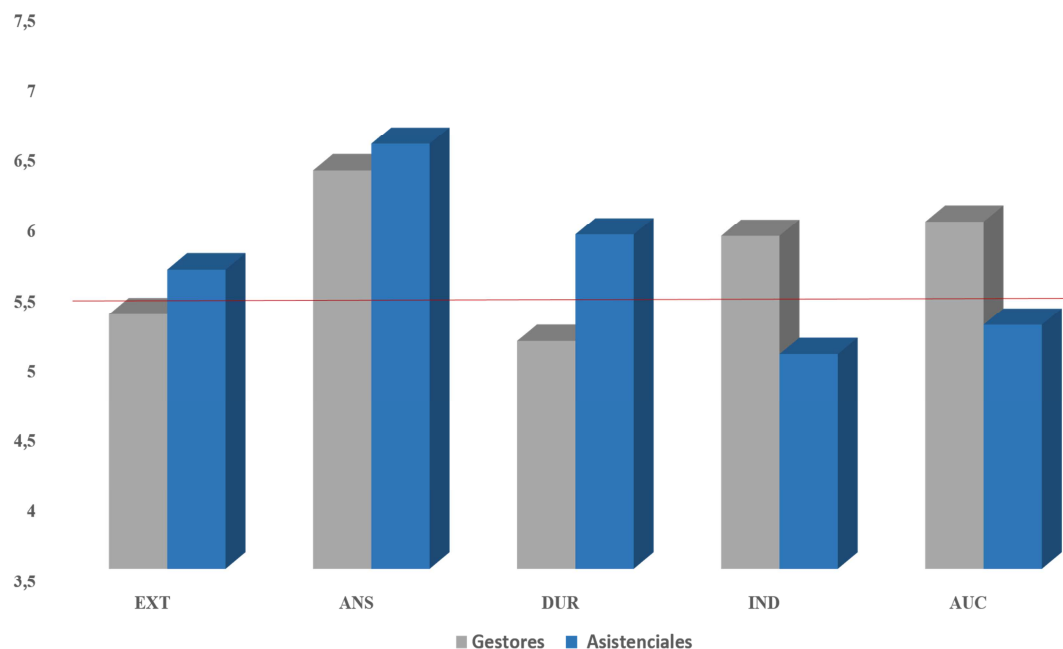
**Tabla 5.** Valores medios correspondientes a los factores primarios y globales del personal de enfermería gestor (n=88) y con actividad asistencial (n=96), en comparación con la media poblacional española para ambos sexos (5,5 puntos). Donde Enf. Gest.: corresponde al grupo de población de profesionales de enfermería gestores. Enf. Asist.: corresponde a los profesionales del grupo de enfermería asistencial. Elaboración propia.

Como puede observarse en la tabla 5, el personal de enfermería con actividad de gestión presenta los siguientes factores primarios, por encima de la media poblacional española: *Afabilidad, Razonamiento, Dominancia, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional: *Ansiedad, Independencia y Autocontrol*.

En cuanto al personal de enfermería con actividad asistencial, encontramos que poseen los siguientes factores por encima de la media poblacional: *Razonamiento, Sensibilidad, Vigilancia, Privacidad, Aprensión, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional: *Extraversión, Ansiedad y Dureza*.



**Figura 10.** Representación de los valores medios correspondientes a los factores primarios del personal de enfermería gestor (gris) y con actividad asistencial (azul), en comparación con la media poblacional española para ambos sexos (línea roja). Elaboración propia.



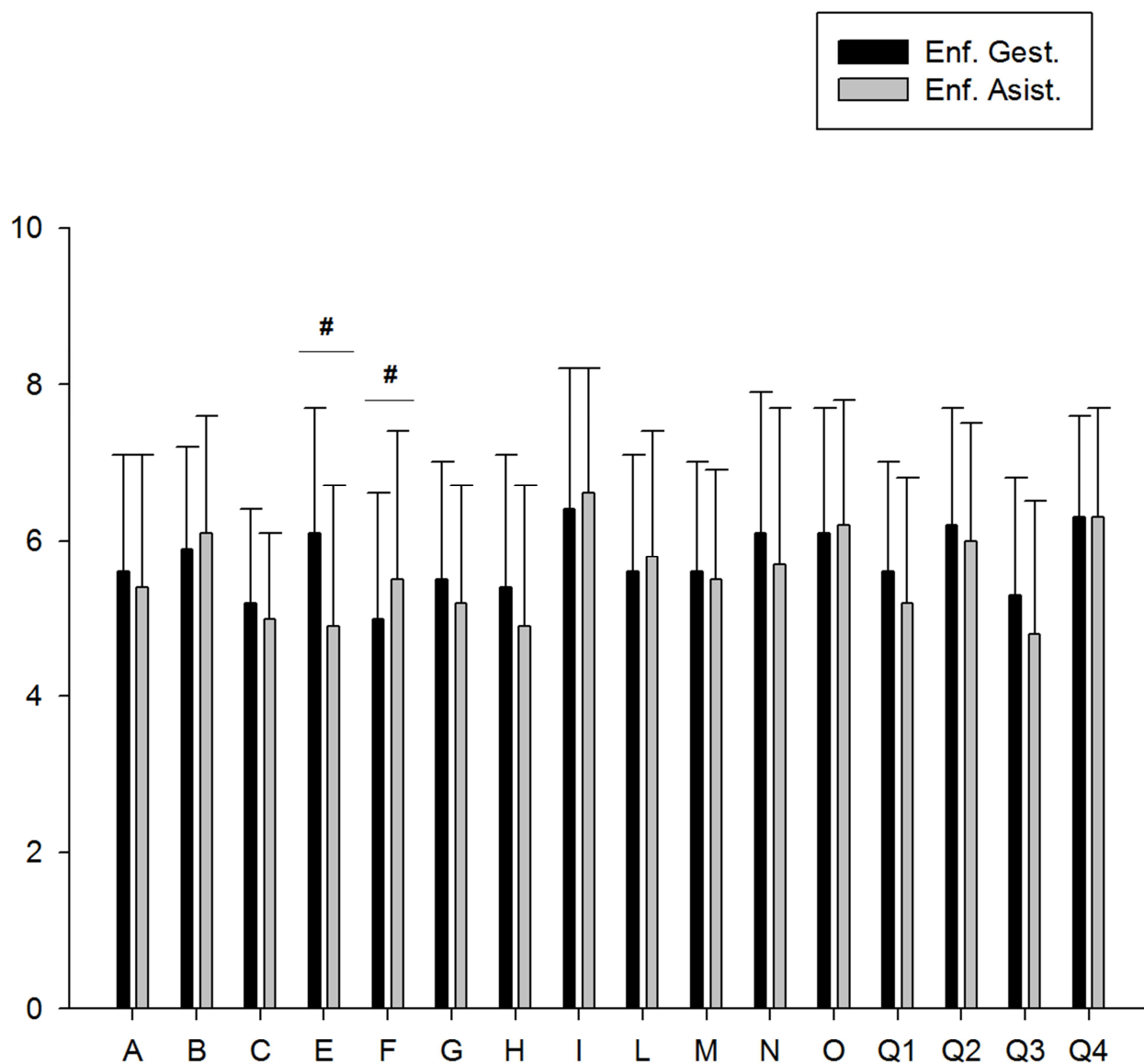
**Figura 11.** Representación de los valores medios correspondientes a los factores globales del personal de enfermería gestor (gris) y con actividad asistencial (azul), en comparación con la media poblacional española para ambos sexos (línea roja). Elaboración propia.

### 5.3 Comparación entre Enfermeros Gestores y Asistenciales

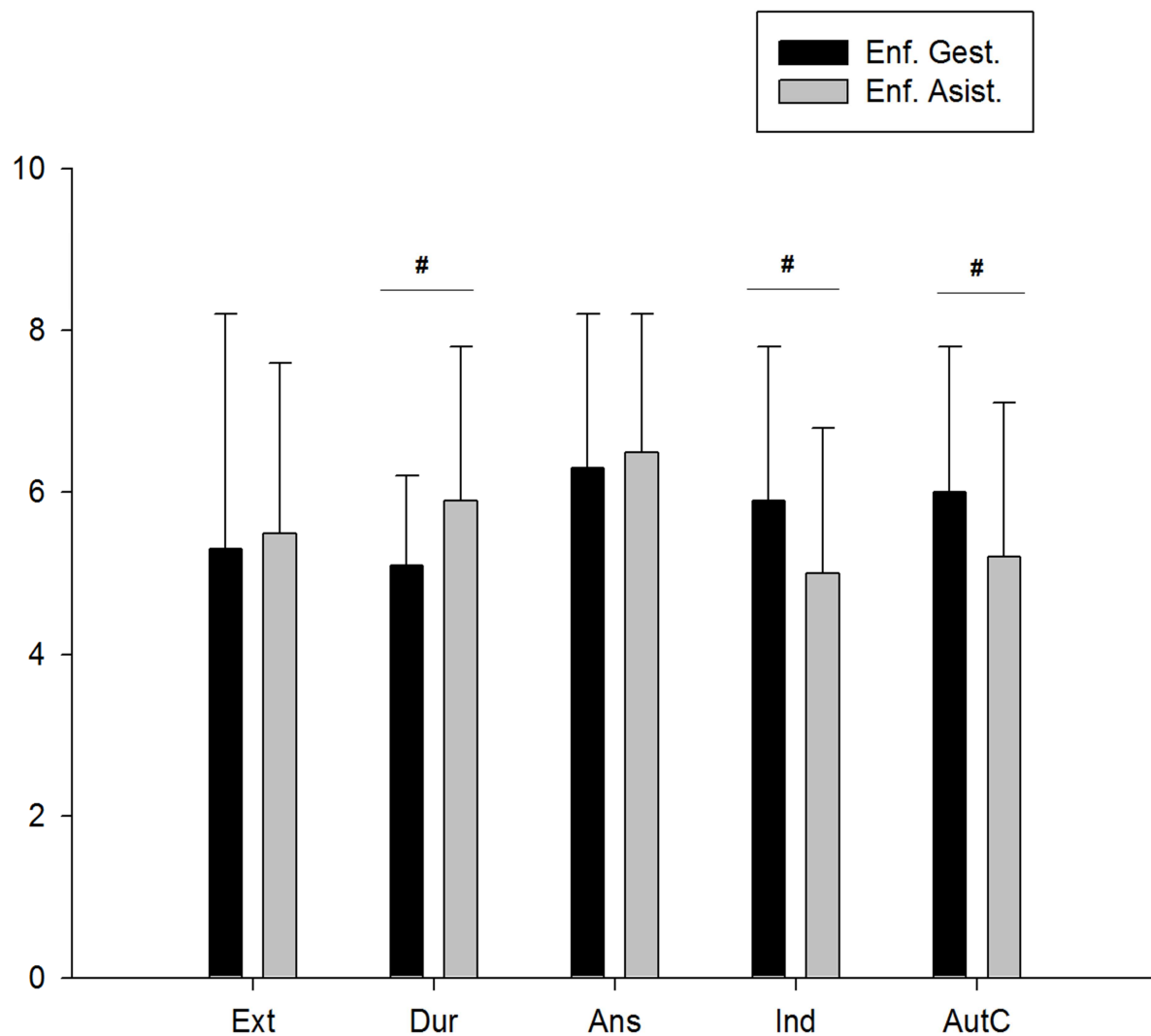
Se procede a realizar una comparación estadística, usando los factores tanto primarios como globales recogidos por el cuestionario 16PF5, encontrando que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales de enfermería con actividad gestora y asistencial en los factores primarios solo en *Dominancia* y *Animación*, con un mayor puntuación a favor de los profesionales de enfermería con actividad gestora (Ver Figura 12). Mientras que para los factores globales, se observan diferencias

estadísticamente significativas a favor de los profesionales de enfermería gestores en:

*Dureza, Independencia y Autocontrol* (Ver Figura 13)



**Figura 12.** Representación gráfica donde se comparan los factores primarios entre profesionales de enfermería con actividad gestora y asistencial. Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en Dominancia y Animación. Donde #, indica un  $p < 0,05$ . Elaboración propia.



**Figura 13.** Representación gráfica donde se comparan los factores globales entre profesionales de enfermería con actividad gestora y asistencial. Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en Dureza, Independencia y Autocontrol. Donde #, indica un  $p < 0,05$ . Elaboración propia.

### 5.3.1 Capacidad de Liderazgo

Tanto los profesionales de enfermería con actividad gestora como asistencial, se encuentran por encima de la media poblacional española en los siguientes factores: *Razonamiento, Sensibilidad, Autosuficiencia y Tensión*. Por otro lado, ambos grupos poseen los siguientes factores por debajo de la media poblacional española: *Estabilidad, Animación, Atrevimiento, Perfeccionismo* (Ver tabla 6).

	<b>Prof. Enfermería Gestores</b>	<b>Prof. Enfermería Asistenciales</b>
<b>Razonamiento (+)</b>	+	+
<b>Estabilidad (+)</b>	-	-
<b>Dominancia (+)</b>	+	-
<b>Animación (+)</b>	=	-
<b>Atrevimiento (+)</b>	-	-
<b>Sensibilidad (-)</b>	+	+
<b>Abstracción (-)</b>	+	=
<b>Autosuficiencia (-)</b>	+	+
<b>Perfeccionismo (+)</b>	-	-
<b>Tensión (-)</b>	+	+
<b>Extraversión (+)</b>	-	+

**Tabla 6.** Detalle de factores primarios y globales que definen la capacidad de liderazgo. Donde Prof.: indica profesionales. +: indica que el valor medio del factor está por encima



del valor medio de la población española. -: indica que el valor medio del factor no supera el valor medio de la población española. Elaboración propia.

En cuanto a la *Abstracción* y la *Dominancia*, son factores que en el caso de los profesionales de enfermería con actividad gestora, poseen valores por encima de la media poblacional, mientras que en los profesionales con actividad asistencial, se encuentran por debajo de la media poblacional. Siendo la *Extraversión* el factor que está por encima de la media poblacional solo en las enfermeras asistenciales. (Ver tabla 6).

En cuanto a la comparación entre ambas poblaciones para los factores definidos anteriormente, se observa que sólo existen diferencias estadísticamente significativas en *Dominancia* y *Animación*, a favor de los profesionales de enfermería con actividad gestora frente a los asistenciales.

### 5.3.2 **Potencial Creativo.**

Tanto los profesionales de enfermería con actividad gestora como asistencial, se encuentran por encima de la media poblacional española en los siguientes factores: *Sensibilidad* y *Autosuficiencia*.

Por otro lado, ambos grupos poseen los siguientes factores por debajo de la media poblacional española: *Atrevimiento* y *Perfeccionismo*. (Ver tabla 7).

En cuanto a la *Abstracción*, *Apertura al cambio*, *Dominancia* e *Independencia*, son factores que en el caso de los profesionales de enfermería con actividad gestora, poseen valores por encima de la media poblacional, mientras que en los profesionales con actividad asistencial, se encuentran por debajo de la media poblacional y la *Extraversión* se encuentra por encima de la media poblacional solo en enfermeras asistenciales. (Ver tabla 7).

A la hora de comparar ambas poblaciones, para los factores definidos anteriormente, se observa que sólo existen diferencias estadísticamente significativas en *Dominancia e Independencia*, a favor de los profesionales de enfermería con actividad gestora frente a los asistenciales.

	<b>Prof. Enfermería Gestores</b>	<b>Prof. Enfermería Asistenciales</b>
<b>Dominancia (+)</b>	+	-
<b>Atrevimiento (+)</b>	-	-
<b>Sensibilidad (+)</b>	+	+
<b>Abstracción (+)</b>	+	-
<b>Apertura cambio (+)</b>	+	-
<b>Autosuficiencia (+)</b>	+	+
<b>Perfeccionismo (+)</b>	-	-
<b>Extraversión (+)</b>	-	+
<b>Independencia (+)</b>	+	-

**Tabla 7.** Detalle de factores primarios y globales que definen el potencial creativo. Donde Prof.: indica profesionales. +: indica que el valor medio del factor está por encima del valor medio de la población española. -: indica que el valor medio del factor no supera el valor medio de la población española. Elaboración propia.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
<b>A</b>	Var iguales	0,944	0,333	-0,874	182	0,383	-0,2102	-0,6849	0,2645
	no			-0,878	181,878	0,381	-0,2102	-0,6826	0,2621
<b>B</b>	Var iguales	1,492	0,224	0,937	182	0,35	0,1922	-0,2127	0,5972
	no			0,942	181,761	0,348	0,1922	-0,2105	0,595
<b>C</b>	Var iguales	0,473	0,493	-1,397	182	0,164	-0,2386	-0,5758	0,0985
	no			-1,399	181,559	0,164	-0,2386	-0,5752	0,098
<b>E</b>	Var iguales	0,037	0,848	-4,657	182	<b>0</b>	-1,1875	-1,6906	-0,6844
	no			-4,683	181,718	<b>0</b>	-1,1875	-1,6878	-0,6872
<b>F</b>	Var iguales	0,786	0,376	2,283	182	<b>0,024</b>	0,5938	0,0806	1,1069
	no			2,295	181,78	<b>0,023</b>	0,5938	0,0833	1,1042
<b>G</b>	Var iguales	0,392	0,532	-1,581	182	0,116	-0,358	-0,8047	0,0888
	no			-1,579	179,789	0,116	-0,358	-0,8052	0,0893
<b>H</b>	Var iguales	0,387	0,535	-1,574	182	0,117	-0,4157	-0,9369	0,1055
	no			-1,579	181,947	0,116	-0,4157	-0,9353	0,1039
<b>I</b>	Var iguales	0,927	0,337	0,92	182	0,359	0,2367	-0,2709	0,7444
	no			0,916	175,137	0,361	0,2367	-0,2735	0,747
<b>L</b>	Var iguales	0,257	0,613	0,797	182	0,427	0,1856	-0,274	0,6452
	no			0,799	181,821	0,425	0,1856	-0,2729	0,6441
<b>M</b>	Var iguales	0,42	0,518	-0,326	182	0,745	-0,0691	-0,4874	0,3491

	no			-0,326	180,935	0,745	-0,0691	-0,4872	0,3489
<b>N</b>	Var iguales	1,861	0,174	-1,399	182	0,164	-0,393	-0,9473	0,1613
	no			-1,407	181,689	0,161	-0,393	-0,9442	0,1582
<b>O</b>	Var iguales	0,091	0,763	0,262	182	0,793	0,0625	-0,4076	0,5326
	no			0,262	179,197	0,794	0,0625	-0,4084	0,5334
<b>Q1</b>	Var iguales	0,16	0,69	-1,706	182	0,09	-0,3873	-0,8352	0,0606
	no			-1,714	181,962	0,088	-0,3873	-0,8332	0,0586
<b>Q2</b>	Var iguales	0,009	0,925	-1,01	182	0,314	-0,2254	-0,6658	0,215
	no			-1,008	179,302	0,315	-0,2254	-0,6665	0,2157
<b>Q3</b>	Var iguales	1,372	0,243	-1,866	182	0,064	-0,4432	-0,9119	0,0256
	no			-1,876	181,668	0,062	-0,4432	-0,9093	0,0229
<b>Q4</b>	Var iguales	0,094	0,759	0,14	182	0,889	0,0294	-0,3845	0,4432
	no			0,14	181,489	0,889	0,0294	-0,3839	0,4426

**Tabla 8.** Prueba de muestras independientes para los factores primarios del 16PF-5. Comparando el grupo de profesionales de enfermería con actividad gestora frente a los que poseen actividad asistencial. (p. valor <.05). Elaboración propia.

<b>Prueba de muestras independientes</b>	
<b>Prueba de Levene para la igualdad de varianzas</b>	<b>Prueba T para la igualdad de medias</b>

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
<b>EX</b> <b>T</b>	var iguales	0,364	0,547	1,043	182	0,298	0,3172	-0,283	0,9175
	no			1,048	181,846	0,296	0,3172	-0,28	0,9144
<b>AN</b> <b>S</b>	var iguales	0,239	0,626	0,702	182	0,483	0,1903	-0,3444	0,725
	no			0,699	175,509	0,485	0,1903	-0,347	0,7276
<b>DU</b> <b>R</b>	var iguales	0,123	0,727	2,888	182	<b>0,004</b>	0,7604	0,2409	1,28
	no			2,896	181,925	<b>0,004</b>	0,7604	0,2424	1,2784
<b>IN</b> <b>D</b>	var iguales	3,238	0,074	-3,067	182	<b>0,002</b>	-0,8438	-1,3866	-0,3009
	no			-3,053	175,54	<b>0,003</b>	-0,8438	-1,3892	-0,2983
<b>AU</b> <b>C</b>	var iguales	1,65	0,201	-2,66	181	<b>0,009</b>	-0,7352	-1,2804	-0,1899
	no			-2,664	180,606	<b>0,008</b>	-0,7352	-1,2798	-0,1905

**Tabla 9.** Prueba de muestras independientes para los factores globales del 16PF-5. Comparando el grupo de profesionales de enfermería con actividad gestora frente a los que poseen actividad asistencial. (p.valor<.05). Elaboración propia.

Según la igualdad de varianzas y los resultados de medias realizados por el test de Levene y test de Student, podemos identificar las diferencias significativas entre ambos grupos enfermeros asistenciales y gestores con p valor inferior a 0.05, en los factores primarios en *dominancia y animación* (Ver Tabla 8).

Así mismo encontramos diferencias significativas entre enfermeros gestores y asistenciales con un p. valor inferior al 0.05 en los factores *globales en dureza, en independencia y autocontrol* (Ver Tabla 9)

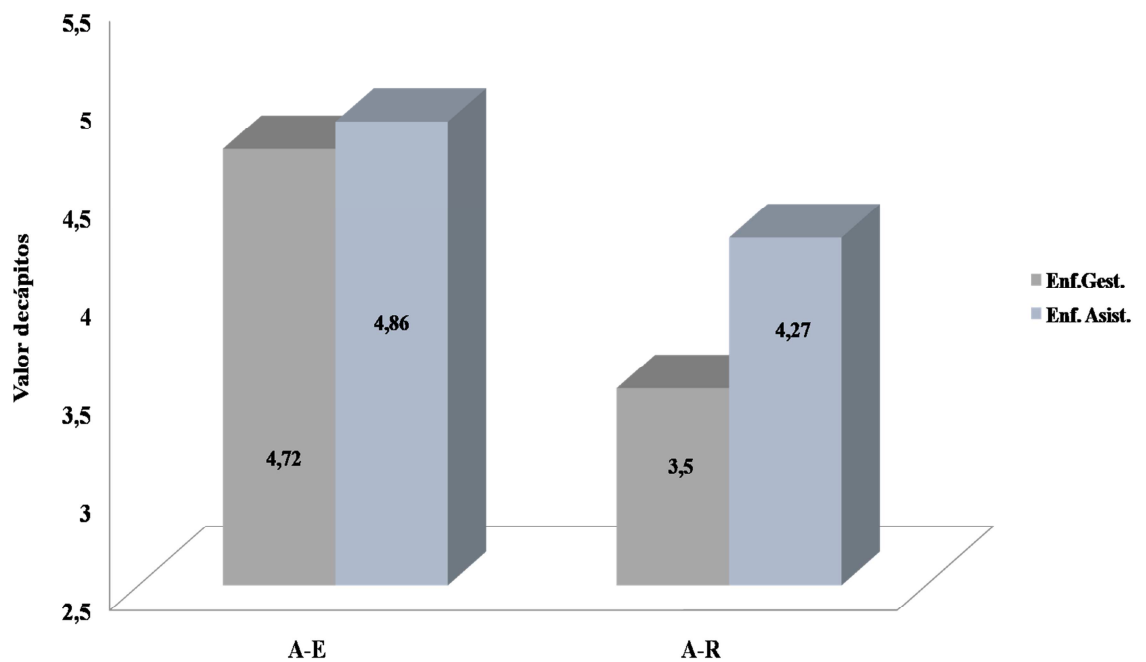
### 5.3.3 Capacidad de respuesta al estrés

Los datos muestran que los profesionales de enfermería con actividad asistencial, poseen una Ansiedad Estado ( $4,86\pm 1,66$ ) y Ansiedad-Rasgo ( $4,27\pm 2,81$ ), mientras que para los profesionales de enfermería con actividad de gestión, los valores obtenidos son Ansiedad Estado ( $4,73\pm 1,62$ ) y Ansiedad-Rasgo ( $3,5\pm 1,61$ ). (ver tabla 10)

En primer lugar se planteó realizar una comparación de los resultados obtenidos por ambos grupos al realizar el cuestionario STAI, valor en decápitos, ( $n=184$ ) contra el valor medio de la población general española para ambos sexos, observando que tanto la Ansiedad Estado, como la Ansiedad Rasgo están por debajo de la media poblacional (5,5). Estos resultados pueden verse en la figura 14.

Población	niveles	n	M	Sd	Valor Máx.	Valor Mín.
Enf. Gest.	A-E	88	4,72	1,62	8	1
	A-R	8	3,5	1,61	9	1
Enf. Asist.	A-E	96	4,86	1,66	10	2
	A-R	96	4,27	2,81	26	1

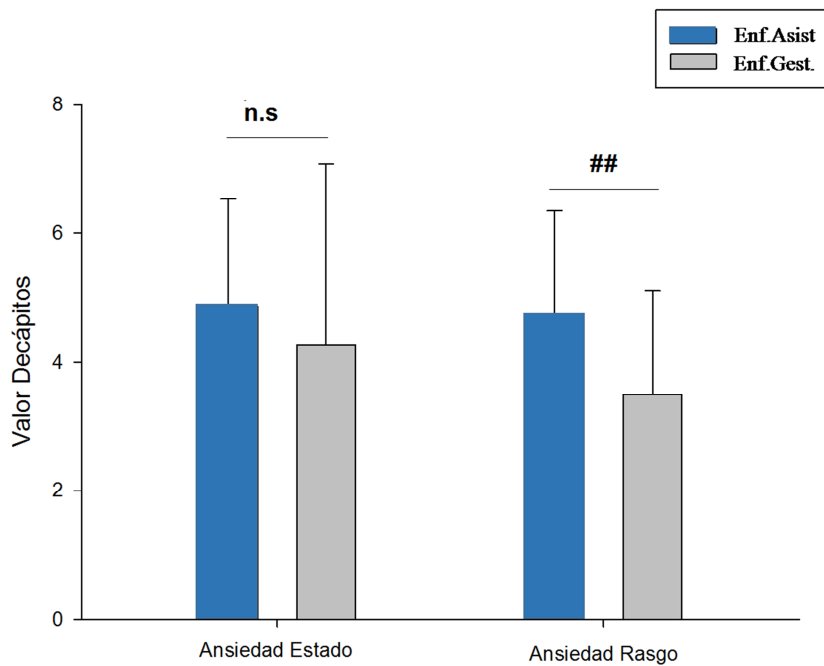
**Tabla 10.** Datos descriptivos de la población analizada en el presente estudio. Dónde: Enf. Asist.: Corresponde a los profesionales de enfermería con actividad asistencial. Enf. Gest.: Corresponde a los profesionales de enfermería con actividad gestora. A-E: Ansiedad Estado. A-R: Ansiedad Rasgo. M: Valor medio. Sd: Desviación Estándar. Elaboración propia.



**Figura14.** Comparación de los valores obtenidos al realizar el cuestionario STAI para la población de personal de enfermería asistencial y de gestión. Donde *Enf. Gest.*: corresponde al grupo de población de profesionales de enfermería gestores. *Enf. Asist.*: corresponde a los profesionales del grupo de enfermería asistencial. Elaboración propia.

#### 5.3.4 Comparación entre los profesionales de enfermería asistencial y gestores

Una vez vistos los valores existentes para A-R y A-E, tanto para los profesionales de enfermería con actividad asistencial como de gestión, se procedió a realizar una comparación estadística entre los profesionales de enfermería con actividad asistencial y de gestión. A la hora de comparar el rasgo de la A-E, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p= 0,86$ ). Sin embargo a la hora de comparar el rasgo de A-R entre ambas poblaciones se encuentra que si existen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,018$ ) siendo menor en los enfermeros gestores (ver figura 15).



**Figura 15.** Comparación entre la A-E y A-R obtenida para los profesionales de enfermería con actividad asistencial y de gestión. No se observan diferencias estadísticamente significativas para la A-E, mientras que para la A-R, se encuentra una diferencia significativa ( $p=0,018$ ). Donde: n.s.: no significativo. # indica significación  $p<0,05$ . Donde *Enf.Gest.*: corresponde al grupo de población de profesionales de enfermería gestores. *Enf.Asist.*: corresponde a los profesionales del grupo de enfermería asistencial. Elaboración propia.

#### 5.3.4.1 Profesionales de enfermería gestores

A la hora de analizar con mayor grado de detalle, la población conformada por los profesionales de enfermería con actividad de gestión, se procede a valorar la A-E y la A-R atendiendo a las siguientes variables de la población estudiada: i) se valorará el sexo (mujeres u hombres), la edad, indicando si los profesionales tienen 45 o más años, o menos de 45 años, y para finalizar se procede a evaluar la experiencia en gestión que posee este personal, evaluando a aquellos que poseen al menos 10 o más años de



experiencia o menos de 10 años. Se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas a la hora de comparar, la A-E o la A-R obtenida.

	Variable	niveles	n	M	Sd	Valor P
<b>Sexo</b>	A-E	Mujer	69	4,78	1,7	0,42
		Hombre	19	4,53	1,31	
	A-R	Mujer	69	3,49	1,66	0,97
		Hombre	19	3,53	1,47	
<b>Edad del personal</b>	A-E	≥45 años	59	4,93	1,49	0,36
		<45 años	29	4,63	1,69	
	A-R	≥45 años	59	3,62	1,21	0,29
		<45 años	29	3,44	1,78	
<b>Experiencia en puestos de gestión</b>	A-E	≥10 años	45	4,73	1,79	0,93
		<10 años	43	4,72	1,45	
	A-R	≥10 años	45	3,67	1,77	0,49
		<10 años	43	3,33	1,43	

**Tabla 11.** Resultados del análisis de las variables: sexo, edad del personal y experiencia en puestos de gestión, del personal de enfermería que realiza labores de gestión. Donde A-R: Es Ansiedad-Rasgo. A-E: Ansiedad Estado. M: Valor Medio. Sd: Desviación Estándar. n: número de participantes que se incluyen en cada grupo. Elaboración propia.

## **6 DISCUSIÓN**

## **6.1. Rasgos de Personalidad general.**

Comenzamos por analizar las características generales de la muestra de estudio, respecto al género, la muestra analizada presenta un 81% de mujeres enfermeras y un 19% de enfermeros varones, lo que se aproxima bastante a la realidad de las enfermeras colegiadas en la Comunidad de Madrid según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) que es del 84% y del 16% de enfermeros, por tanto consideramos la muestra obtenida como representativa de las enfermeras/os que trabajan en el Servicio Madrileño de Salud.

Aparece un mayor número de hombres, en el grupo de enfermeros gestores (22%), que en el grupo de enfermeros asistenciales (18%), y esto también refleja la realidad del colectivo, donde suele haber más número de hombres dedicados a la gestión, que en el área asistencial, ya que parece existir una mayor afinidad y predilección en los enfermeros por los puestos de responsabilidad y gestión. En cuanto a la media de edad, la edad de los enfermeros/as gestores (48 años) supera una década a los enfermeros/as asistenciales (38 años), que tendría su explicación debido a que el acceso a los puestos de gestión, se suele realizar cuando existen previamente una trayectoria en los puestos asistenciales.

De los resultados del estudio destaca que el personal de enfermería con actividad de gestión, presenta los siguientes factores primarios, por encima de la media poblacional española: *Afabilidad, Razonamiento, Dominancia, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional: *Ansiedad, Independencia y Autocontrol*.

Las características generales de los enfermeros gestores, según la muestra del estudio del SERMAS, basándonos en los rasgos de personalidad obtenidos en el estudio, describirían a profesionales: que buscan establecer contactos con otras personas ya que encuentran gratificante relacionarse con ellas, con puntuación alta en inteligencia, con un elevado control en las relaciones humanas, personas sensibles que se apoyan en la empatía, que se sienten unidos al resto de profesionales, más orientados a los procesos mentales e ideas que a aspectos prácticos, que adoptan una postura privada de no apertura, se preocupan y tienen ganas de mejorar cosas, que prefiere tomar decisiones por su cuenta, con una energía incansable que se puede manifestar de forma ansiosa, activo y enérgico en sus pensamientos y acciones, con capacidad para inhibir sus impulsos.

En el presente estudio, en cuanto al personal de enfermería con actividad asistencial, encontramos que poseen los siguientes factores por encima de la media poblacional: *Razonamiento, Sensibilidad, Vigilancia, Privacidad, Aprensión, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional: *Extraversión, Ansiedad y Dureza*.

De los resultados obtenidos, por tanto podemos describir a la enfermera asistencial con los siguientes rasgos de personalidad: profesional inteligente, sensible que se apoya en la empatía, que no se siente bien comprendida, mantiene una postura de no apertura y se cierra en lo privado, que se preocupa de las cosas, que prefiere tomar decisiones por su cuenta, con una energía incansable e intranquila cuando tiene que esperar, orientado hacia las personas buscando relacionarse con los demás, que se manifiesta ansiosa y es resistente al cambio.

Es interesante resaltar que coinciden los rasgos de personalidad de mayor puntuación tanto en las enfermeras gestoras como asistenciales y corresponden con: *sensibilidad, tensión y ansiedad*.

Así pues de la muestra de estudio podemos decir que destaca que son profesionales sensibles, que se apoyan en la empatía y en la sensibilidad a la hora de hacer sus consideraciones, que suelen mostrar una energía incansable, intranquilos cuando tienen que esperar y que se muestran ansiosos.

En cuanto a ansiedad, podemos decir que no correlacionan los resultados obtenidos con el cuestionario 16PF-5, con los hallados mediante la aplicación del STAI, y como rasgo de personalidad con el 16PF-5, aparecen puntuaciones por encima de la media presentando por tanto rasgo ansioso, y sin embargo con el STAI la ansiedad tanto estado como rasgo se sitúa por debajo de la media poblacional.

De los resultados obtenidos, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre enfermeros gestores y asistenciales, a favor de los gestores en los siguientes rasgos de personalidad: *dominancia, animación, dureza, independencia y autocontrol*. Lo que caracteriza a los enfermeros gestores, frente a los asistenciales en una personalidad: con tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre los demás, es dominante, entusiasta y dado a estimular las situaciones sociales, persona práctica, sería atenta a las normas y al perfeccionismo, con habilidades de persuasión y competitividad, que le interesan las cosas nuevas y expresar curiosidad intelectual.

Las puntuaciones obtenidas por debajo de la media, en los enfermeros gestores están presentes en los siguientes rasgos de personalidad: *estabilidad, animación, atrevimiento, perfeccionismo y extraversión*. Por tanto describirían un profesional reactivo y

emocionalmente cambiante, serio, reprimido y cuidadoso; tímido, temeroso y cohibido, que es flexible y tolerante con el desorden, introvertido, reservado y calculador.

Y las enfermeras asistenciales, puntúan por debajo de la media en los siguientes rasgos de personalidad: *afabilidad, estabilidad, dominancia, atención a normas, atrevimiento, apertura al cambio, perfeccionismo, independencia y auto-control*. Por tanto describiría un profesional reservado, reactivo y emocionalmente cambiante, cooperativo que evita conflictos, inconformista, tímido, tradicional y apegado a lo familiar, flexible y tolerante con el desorden, deferente, confiado y desinhibido.

Relacionado con la primera hipótesis, podemos decir que se confirma la Hipótesis H1 (1): los rasgos de personalidad de los profesionales enfermeros, gestores y asistenciales son diferentes a los valores de la media poblacional española. También se confirma la Hipótesis H1 (2): los gestores enfermeros poseen diferentes rasgos de personalidad, que los enfermeros asistenciales.

Consideramos fundamental por la relevancia que tiene en el ejercicio profesional de las enfermeras tanto gestoras como asistenciales el potenciar y desarrollar mediante formación y aplicación práctica en la actividad profesional, los rasgos de personalidad que están asociados con la empatía y las habilidades sociales.

Russell en 2013, plantea que una puntuación alta en empatía, se caracteriza por alta extraversión y baja ansiedad. Se relaciona con las escalas que definen a un extravertido: afabilidad (A+), animación (F+), atrevimiento (H+), poca privacidad (N-) y orientación al grupo (Q2-), lo cual sugiere que la persona es afable, cooperativa y que goza de la compañía de los demás. Esa persona también se predice con estabilidad (C+), baja vigilancia (L-) y baja tensión (Q4-), componentes de una ansiedad baja. Por otro lado las

habilidades sociales están muy relacionadas con la dimensión global Extraversión (Ext), así como con las escalas primarias que la componen: afabilidad (A+), Animación (F+) y Atrevimiento (H+). En general tener una buena habilidad social, parece implicar orientación hacia los demás y deseos de iniciar los contactos.

Revisando la literatura científica, no hemos encontrado estudios que analicen los rasgos de personalidad de las enfermeras/os asistenciales y gestoras, para poder comparar los resultados obtenidos con otros de enfermeras, por tanto consideramos importante continuar en esta línea y planteamos la necesidad de realizar estudios similares, para lograr identificar los rasgos comunes, con la intención de identificar rasgos de personalidad deficitarios y susceptible de mejora y también poderlos aportar a procesos de selección específicos en el personal de enfermería.

## **6.2. Liderazgo.**

Para Hernández Santana (2014), el liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional de la enfermera, pues le capacita para comunicarse de forma efectiva, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos e iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo, lo que demuestra la estrecha relación entre liderazgo y enfermería. Para esta autora se vislumbra la tendencia hacia un liderazgo participativo, con enfoque en la comunicación, como forma de alcanzar mejores resultados en salud y superar desafíos. Las instituciones que poseen un liderazgo sólido, contribuyen al aumento de la creación de vínculos, menos conflictos y mayor compromiso de las personas en el proceso de trabajo.

En el estudio de Soto Fuentes (2014), en las enfermeras gestoras destaca en liderazgo el dominio personal, efectividad interpersonal, gestión financiera y de recursos humanos.

Concluyendo que las habilidades de gestión y liderazgo se deben basar en conocimientos sólidos y en la experiencia. Asimismo, la concepción de gestión y liderazgo, ocupa un lugar complementario al rol de cuidado que tiene la enfermera/o. El liderazgo transformacional y relacional, son necesarios para mejorar la satisfacción de las/os enfermeras/os.

De los resultados obtenidos relacionados con el liderazgo, destacamos que en enfermeras asistenciales obtenemos 2 rasgos o factores, por encima de la media poblacional que son razonamiento y extraversión. Y 9 rasgos que están por debajo de la media de la población que son estabilidad, animación, dominancia, atrevimiento, ser utilitario y objetivo, estar centrado en soluciones, la orientación al grupo, el perfeccionismo y la baja tensión. Analizando los resultados obtenidos en las enfermeras gestoras, relacionado con el liderazgo aparecen 2 rasgos o factores por encima de la media poblacional, que son el razonamiento y la dominancia. Y 9 rasgos o factores que están por debajo de la media poblacional, que son estabilidad, animación, atrevimiento, ser utilitario y objetivo, estar centrado en las soluciones, la orientación al grupo, el perfeccionismo, la baja tensión y la extraversión.

De los resultados obtenidos, podemos destacar que las puntuaciones halladas en los rasgos o factores relacionados con el liderazgo, tanto en las enfermeras asistenciales como en las gestoras, están por debajo de la media poblacional. No hemos encontrado rasgos de personalidad asociados al Liderazgo, ni en enfermeras gestoras ni en asistenciales. Relacionando directamente los resultados obtenidos en el presente trabajo, con los rasgos que justifican una personalidad con liderazgo, descritos previamente por Cattell y Stice (1954) y posteriormente por Russell (2013). Atendiendo a lo expuesto por estos autores, no se obtiene los siguientes factores: Abstracción (M-), Animación (F+),



Atrevimiento (H+), Dominancia (E+), Estabilidad (C+), Perfeccionismo (Q3+), Razonamiento (B+) y Sensibilidad (I-).

Relacionado con las hipótesis planteadas por tanto se confirma la hipótesis H0 (3), los gestores enfermeros, poseen la misma capacidad de liderazgo, que los enfermeros asistenciales, siendo la correlación negativa con liderazgo, es decir no encontramos rasgos de personalidad asociados a liderazgo en nuestra población de estudio.

Esto puede estar relacionado, con los sistemas de selección utilizados en la actualidad, para puestos de gestión enfermera en el SERMAS, que no utiliza procedimientos ni instrumentos objetivos, para la selección de los puestos que ha sido motivo de estudio, directores de enfermería, subdirectores de enfermería, supervisores de área o de unidad, utilizando sistemas de selección que se basan en la intuición o en otro tipo de interés, diferentes al de buscar perfiles de liderazgo en los puestos gestores con instrumentos validados.

Otra posible explicación, podría estar relacionada con un déficit de formación y posibilidad de desarrollo del liderazgo, por parte tanto de las enfermeras asistenciales como gestoras en el SERMAS.

Day (2001) y Peiró (2008), han proporcionado una revisión útil sobre el desarrollo del liderazgo y, entre las prácticas específicas revisadas plantean la retroalimentación de 360°, el entrenamiento ejecutivo, el desempeño del rol de mentor (mentoring) y la creación de redes de contactos (networking), consideramos muy relevante incorporar estas prácticas a las organizaciones sanitarias.

Potenciar los conocimientos y el aprendizaje a través de una continua formación de los trabajadores, e incrementar el compromiso para mejorar el desempeño y la retención, es

una tarea prioritaria de las organizaciones sanitarias y de los gestores responsables. (Pérez García, 2012).

Por tanto al igual que Pérez García, creemos necesario reforzar el perfil de liderazgo, tanto en enfermeras gestoras como asistenciales, potenciando la formación específica y planteando estrategias, que den la relevancia que realmente tiene el liderazgo en la profesión enfermera. Consideramos fundamental el emplear instrumentos validados que permitan la selección de profesionales gestores identificando el liderazgo de forma objetiva.

### **6.3. Potencial creativo.**

Para Vela Valle (2015), en relación a las competencias estratégicas en los gestores enfermeros, al igual que en los estudios de Barquero González (2009) y González Gálvez (2013), la competencia más destacada corresponde con "Innovación y mejora continua", dejando en un segundo plano, las competencias vinculadas con la relación con el paciente o el cumplimiento de la ética profesional. Este hecho, puede significar que en este estudio los profesionales de enfermería están más interesados en crear, proponer e implantar ideas, enfoques y modos de hacer las cosas, que en profundizar en otros valores propios de la profesión.

Lo habitual es la falta de recursos, la aparición de disfunciones asistenciales, el enfrentarse a mejoras de la calidad asistencial y de cuidados, todo ello obliga sin duda a que los gestores enfermeros desarrollen la imaginación y la creatividad, para ser capaces de solucionar los problemas, y hacer de forma diferente las cosas habituales para adaptarse al momento y a las necesidades de atención de los pacientes atendidos y sus familiares.

Si surge un problema de falta de recursos humanos, de falta de materiales, de no funcionamiento o no coordinación, dentro del servicio o entre servicios, todos estos problemas y disfunciones recaen sobre los gestores enfermeros y las enfermeras asistenciales, y obligan a utilizar la lógica, el sentido común y buscar alternativas disponibles para dar una solución a dichas dificultades.

Con respecto a la creatividad, ésta se ha definido de varios modos (Dubey, 2011), normalmente implica aspectos de expresión y pensamiento original e imaginativo, es decir representa la capacidad o potencial de ser creativo. En el caso concreto de este trabajo se ha tomado como definición de potencial creativo, la aportada por Kemp en 1981 y por Russel en 2013, es decir: sensibilidad (I+), abstracción (M+), apertura al cambio (Q1+), autosuficiencia (Q2+), extraversión (Ext +), Independencia (Ind+), dominancia (E+), atrevimiento (H+) y Perfeccionamiento (Q3+).

De los resultados obtenidos relacionados con la creatividad, destacamos que en las enfermeras asistenciales, aparecen 5 factores o rasgos de personalidad por debajo de la media poblacional, que son dominancia, atrevimiento, apertura al cambio, perfeccionamiento e independencia. Y 4 factores o rasgos de personalidad, por encima de la media que son sensibilidad, abstracción, autosuficiencia y extraversión. En el grupo de enfermeras gestoras, relacionado con la creatividad aparecen 3 rasgos o factores por debajo de la media poblacional, que son atrevimiento, perfeccionamiento y extraversión. Y aparecen 6 rasgos o factores, por encima de la media poblacional, que son dominancia, sensibilidad, abstracción, apertura al cambio, autosuficiencia e independencia.

Relacionado con las hipótesis planteadas podemos decir que se confirma la Hipótesis H1(4): las gestoras enfermeras poseen diferente potencial creativo que las enfermeras asistenciales, ya que existe una mayor creatividad en el grupo de enfermeras gestoras,

frente a las enfermeras asistenciales, siendo superior la creatividad en las enfermeras gestoras, e inferior en las enfermeras asistenciales frente a la población general. Por tanto, si confirmamos que nuestra muestra de estudio presenta la competencia de creatividad asociada a la innovación y mejora continua, competencia estratégica en los gestores enfermeros (Vela Valle, 2015; Barquero González, 2009; González Gálvez, 2013).

#### **6.4. Resistencia al estrés y ansiedad.**

Destacamos que el nivel de ansiedad, en la muestra objeto de estudio de este trabajo, tanto en las enfermeras gestoras como asistenciales, es menor que la media de la población general. Lo que confirma que el perfil de los profesionales enfermeros, está relacionado con una mayor tolerancia al estrés y un nivel de ansiedad, tanto estado como rasgo menor que la media de la población general. Este perfil profesional de menor ansiedad, posibilita el desarrollar la actividad asistencial de cuidados, y la de gestión con plena competencia y poder hacer frente, a las diferentes situaciones de presión laboral y estrés en el trabajo con resistencia y plena capacidad profesional. Estos resultados, son similares a los obtenidos por Herrero Sanz (2012) en profesionales que trabajaban en una unidad neonatal.

Según Mingote (2003), las variables sociodemográficas inciden en los niveles de estrés. Con referencia al estado civil, expone que solteros y separados/divorciados tienen más riesgo de padecer estrés, y si es mujer mayor de 45 años y con bajo nivel socioeconómico y con sobrecarga de trabajo, el riesgo se acentúa. Con respecto al género, el no reconocimiento profesional se da más en mujeres, lo que favorece el estrés laboral. Respecto a la edad, el estrés se da más en los jóvenes, pero a mayor edad y con trabajos más complicados aumenta el estrés en los más mayores. En el estudio de Herrero Sanz

(2012), encontraron una muestra de mujeres significativamente más ansiosa que los varones.

En nuestro estudio, no hemos encontrado más ansiedad en el grupo de mujeres que en el de hombres, ya que no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos, por tanto nuestros resultados difieren de lo encontrado en las investigaciones de Mingote (2003) y Herrero (2012) en cuanto a sexo.

En los resultados obtenidos en nuestro estudio, tampoco hemos encontrado diferencias significativas, en los niveles de ansiedad de los profesionales en función de la edad y el tiempo trabajado, coincidiendo con los resultados obtenidos en el estudio de Herrero Sanz (2012). Es decir que el llevar más años o menos de desempeño profesional, no modifica el nivel de ansiedad, al igual que el tener más edad o menor edad, manteniéndose estable tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo, lo que podría estar relacionado con un perfil profesional, inherente a los profesionales de enfermería de mayor tolerancia al estrés y menor nivel de ansiedad.

Al comparar los dos grupos de estudio de enfermeras asistenciales y enfermeras gestoras, destacamos que las enfermeras gestoras, presentan una ansiedad estado algo menor pero muy similar a las enfermeras asistenciales, pero en la ansiedad rasgo, hay diferencias estadísticamente significativas, siendo menor la ansiedad rasgo en las enfermeras gestoras, lo que estaría relacionado con el perfil de puesto y el tipo de trabajo realizado en gestión y la necesidad de mayor tolerancia al estrés, al ser un trabajo que exige toma de decisiones continuas, resolución de disfunciones organizativas y conflictos relacionados con la gestión de personas, liderazgo y negociación, y asunción de responsabilidades ligadas a ser el jefe de la unidad, servicio o departamento, siendo estas situaciones habituales en el desarrollo de la profesión enfermera en gestión. El ser responsable de una

Dirección o una unidad de enfermería, supone asumir una gran carga y peso, tener muy claro el rol a realizar, asumir las dificultades que sin duda aparecen casi a diario y plantear soluciones, todo esto conlleva que un rasgo de personalidad a destacar en los gestores enfermeros, es ser tolerante al estrés, ser rápido en la respuesta, sobreponerse a las dificultades y resolverlas, no perder el control, ni los nervios, actuar con mucha serenidad, incluso en momentos de altísima tensión organizativa, lo que correlaciona con el presentar una baja puntuación en ansiedad estado y rasgo.

Relacionado con las hipótesis podemos decir que se confirma la Hipótesis H1 (5): los gestores enfermeros poseen diferente capacidad de resistencia a situaciones de estrés, que los enfermeros asistenciales, presentando diferentes niveles de ansiedad. Siendo la ansiedad rasgo en los gestores enfermeros menor con significación estadística ( $p < 0.05$ ).

Nuestros resultados por tanto, confirmarían los resultados de otros estudios como el de Pucheu en 2010, de que los líderes necesitan gestionar convenientemente el estrés y tener un nivel de ansiedad menor, siendo esto necesario para alcanzar un buen clima laboral y óptimos niveles de bienestar en los trabajadores, previniendo así la aparición del síndrome de *burnout*.

Para Gómez Cárcaba (2008), la mayoría de los factores estresantes prevalentes en los profesionales de enfermería, tienen que ver con los factores extrínsecos, relacionados con las condiciones de trabajo; modificar positivamente estos factores, tanto los de tipo organizacional como los ambientales, mejorarían la satisfacción laboral. Algunas acciones puede llevar a cabo la supervisora para mejorar estas condiciones: minimizar la burocracia, planificar adecuadamente con el objeto de reducir los imprevistos, identificar problemas y solucionarlos, pero la mayoría de ellas escapan a sus posibilidades de intervención (salario, políticas de empresa, entorno físico). Sin embargo son los factores

intrínsecos, relacionados con el desarrollo profesional y personal, los que determinan la satisfacción laboral, y en nuestra opinión, es a este nivel donde el papel de la supervisora adquiere especial relevancia, porque el apoyo social por parte de la supervisora, juega un papel tanto preventivo como mediador, allí donde los aspectos organizacionales no pueden ser modificados. Cuando el estrés aumenta, el personal siente que el soporte de los compañeros disminuye y que la contribución al trabajo de los mismos no es igual a la propia.

La aparición del SQT, sería el resultado de un cúmulo de factores o variables asociadas al desempeño de la profesión de enfermería, teniendo presente que no es necesario la existencia de todas ellas para su aparición, si no que con la presencia de algunos de estos factores mencionados, es suficiente para que se dé el desarrollo del SQT en el profesional, siendo los más comunes, los factores de las condiciones de la organización y las condiciones de la tarea; por tal motivo se hace necesario siendo muy importante, dar a conocer a las organizaciones cómo afecta este Síndrome a los trabajadores, a los receptores del cuidado y a sus propias organizaciones; buscando orientar acciones y políticas que contribuyan en la eliminación, disminución o prevención del SQT en el personal de enfermería, teniendo en cuenta no solo las opiniones de los expertos sino también de los trabajadores, contribuyendo así al bienestar, a la calidad de vida de estos profesionales, a la calidad del servicio que se presta a la población en general y a la naturaleza misma del trabajo. (Velásquez Reyes, 2013).

El apoyo que prestan los supervisores a los profesionales, se presenta como una de las principales herramientas para controlar el estrés, destacando la alta valoración que hacen del trato del supervisor (estilo amigable), hasta tal punto que llegan incluso a decir que

éste es más importante que el hecho de que den respuesta a sus demandas. (Morano Báez, 2009).

Teniendo en cuenta, la importancia que se da hoy en día al trabajo en equipo y las dinámicas que se establecen en su desarrollo, como elemento clave de la calidad asistencial, conocer la situación de los profesionales de un equipo en concreto, respecto al grado de ansiedad, podría ayudar a establecer las mejores estrategias para mejorar las situaciones personales, las relaciones de equipo y facilitar la comunicación entre los profesionales, lo que en definitiva ayudará a mejorar la atención al paciente y el bienestar de los profesionales

( Herrero Sanz, 2012).

#### **6.5. Procesos de selección.**

De los resultados obtenidos, no hemos encontrado rasgos de personalidad característicos en los gestores enfermeros, respecto a las enfermeras asistenciales relacionados con el liderazgo, y si hemos encontrado diferencias relacionadas con la creatividad.

Proponemos que en los procesos de selección para puestos de gestión de enfermería, se utilicen instrumentos que permitan identificar características de personalidad, relacionadas con el liderazgo y la creatividad, y por tanto proponemos el uso de cuestionarios en los procesos de selección, que mediante objetividad identifiquen los rasgos de *extraversión, dominancia, atrevimiento y perfeccionismo*, que son comunes tanto para el liderazgo como para la creatividad, y que los profesionales que los posean, tengan más posibilidades de ocupar puestos de gestión que aquellos que no los tengan.

Es necesario avanzar en la profesionalización de la gestión sanitaria y por ello proponemos utilizar cuestionarios de personalidad en los procesos de selección,



incorporando las fases de selección utilizadas en las empresas privadas, con el objetivo de conseguir a los mejores profesionales, para los distintos puestos en función de perfiles específicos, abandonando prácticas de selección ya obsoletas como las que se utilizan habitualmente en las organizaciones sanitarias ((Fernández Araóz, 2008; Olleros, 2008; SEDISA, 2013; Forés, 2014).

#### **6.6. Limitaciones del estudio.**

Que los profesionales que voluntariamente han participado en el estudio, tengan una mayor afinidad por los temas de investigación elegidos, puede condicionar el tipo de muestra analizado.

#### **6.7. Futuras líneas de investigación.**

Consideramos clave el potenciar el liderazgo y la creatividad en enfermería, siendo necesario realizar más estudios, que profundicen en los rasgos de personalidad de enfermeras asistenciales y gestoras, para poder plantear áreas de mejora en aquellos factores, que estén por debajo de la media poblacional ligados a estas habilidades fundamentales para conseguir el crecimiento y desarrollo profesional.

Una propuesta de futuro, es ampliar esta investigación con los mismos objetivos e hipótesis, abarcando todas las comunidades autónomas, y que la investigación se extienda a todo el territorio nacional, con el propósito de dar consistencia a los resultados y establecer propuestas de mejora, en el colectivo de enfermería en todo el Sistema Nacional de Salud.

Otra línea clave de investigación, sería identificar un cuestionario de personalidad específico, que permita identificar los rasgos de personalidad que caracterizan a los

gestores de enfermería y se pueda realizar la selección de gestores, conforme a un instrumento objetivo.

## **7 CONCLUSIONES**

A modo de conclusiones destacamos:

- El personal de enfermería con actividad de gestión, presenta los siguientes factores de personalidad primarios, por encima de la media poblacional española p (>5,5): *Afabilidad, Razonamiento, Dominancia, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional p (>5,5): *Ansiedad, Independencia y Autocontrol*.
- Los rasgos de personalidad con mayor puntuación encontrados en la muestra de estudio, coinciden en las enfermeras gestoras y asistenciales y corresponden a *sensibilidad, tensión y ansiedad*.
- En cuanto al personal de enfermería con actividad asistencial, encontramos que poseen los siguientes factores de personalidad primarios, por encima de la media poblacional: *Razonamiento, Sensibilidad, Vigilancia, Privacidad, Aprensión, Autosuficiencia y Tensión*. Con respecto a los factores globales, se observan por encima de la media poblacional: *Extraversión, Ansiedad y Dureza*.
- Los rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales son diferentes a los valores de la media poblacional española.
- Los gestores enfermeros poseen diferentes rasgos de personalidad que los enfermeros asistenciales.
- Es necesario potenciar y mejorar los rasgos de personalidad ligados a las habilidades sociales y la empatía en las enfermeras/os.
- En la muestra de estudio, de las medias y las varianzas no aparecen rasgos o factores de personalidad ligados al liderazgo, ni en enfermeras asistenciales ni en el grupo de gestores. Pero sí aparecen rasgos disímiles entre los enfermeros gestores y los

asistenciales, con p valor inferior a 0,05, en los factores primarios en *dominancia* y *animación*. y en los factores globales p. valor inferior al 0,05 en *dureza*, en *independencia* y *autocontrol*.

- De los resultados obtenidos relacionados con el liderazgo, destacamos que en enfermeras asistenciales obtenemos 2 rasgos o factores por encima de la media poblacional p ( $>5,5$ ) que son: *razonamiento* y *extraversión*. Y 9 rasgos que están por debajo de la media de la población p ( $< 5,5$ ) que son: *estabilidad*, *animación*, *dominancia*, *atrevimiento*, *ser utilitario* y *objetivo*, *estar centrado en soluciones*, *la orientación al grupo*, *el perfeccionismo* y *la baja tensión*. En enfermeras gestoras, encontramos igualmente solo 2 rasgos por encima de la media poblacional p ( $>5,5$ ) que son: *razonamiento* y *dominancia*. Y los otros 9 están por debajo de la media poblacional p ( $< 5,5$ ).
- Los gestores enfermeros, poseen la misma capacidad de liderazgo, que los enfermos asistenciales, siendo en nuestro caso negativa la correlación entre liderazgo y profesional de enfermería, no encontrando rasgos asociados a liderazgo en ninguno de los dos grupos de la muestra de estudio.
- De los resultados obtenidos relacionados con la creatividad, destacamos que en las enfermeras asistenciales, hay 5 rasgos de personalidad por debajo de la media poblacional p ( $< 5,5$ ) que son: *dominancia*, *atrevimiento*, *apertura al cambio*, *perfeccionamiento* e *independencia*. Y 4 rasgos de personalidad están por encima de la media (p  $>5,5$ ) que son: *sensibilidad*, *abstracción*, *autosuficiencia* y *extraversión*. En el grupo de enfermeras gestoras, relacionado con la creatividad, aparecen 3 factores por debajo de la media poblacional p ( $< 5,5$ ) que son: *atrevimiento*, *perfeccionamiento* y *extraversión*. Y 6 factores por encima de la media poblacional p

(>5,5) que son: *dominancia, sensibilidad, abstracción, apertura al cambio, autosuficiencia e independencia.*

- Los gestores enfermeros poseen diferente potencial creativo que los enfermeros asistenciales. Siendo superior en el grupo de enfermeras gestoras.
- Que la ansiedad estado y rasgo, en las enfermeras/os del Servicio Madrileño de Salud es inferior a la media poblacional. Los datos muestran que los profesionales de enfermería en su conjunto, poseen una Ansiedad Estado de  $(4,79 \pm 1,64)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(3,9 \pm 2,34)$ , estando ambas puntuaciones por debajo de la media de la población general española (5,5 puntos).
- En relación a los profesionales de enfermería con actividad asistencial, se observa que poseen una Ansiedad Estado de  $(4,86 \pm 1,66)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(4,27 \pm 2,81)$ , mientras que para los profesionales de enfermería con actividad de gestión, los valores obtenidos son Ansiedad Estado de  $(4,73 \pm 1,62)$  y Ansiedad-Rasgo de  $(3,5 \pm 1,61)$ .
- La ansiedad rasgo de las enfermeras gestoras, es menor que la de las enfermeras asistenciales, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Al comparar el rasgo de A-R entre ambas poblaciones, se encuentra que si existen diferencias estadísticamente significativas ( $p= 0,018$ ), siendo menor en los enfermeros gestores.
- Los gestores enfermeros, poseen diferente capacidad de resistencia al estrés que los enfermeros asistenciales, presentando menor ansiedad rasgo.
- El perfil profesional de las enfermeras, está relacionado con una mayor tolerancia al estrés y niveles de ansiedad, más bajos que la media de la población española.
- Consideramos fundamental, qué en los procesos de selección para puestos de gestión de enfermería, se utilicen instrumentos que permitan identificar características de personalidad, relacionadas con el liderazgo y la creatividad.

Proponemos el uso de cuestionarios en los procesos de selección en enfermería, que mediante objetividad, identifiquen los rasgos de personalidad de: *extraversión, dominancia, atrevimiento y perfeccionismo* que son comunes tanto para el liderazgo como para la creatividad.

Tabla 12. Resumen de la relación entre las hipótesis planteadas en la presente tesis y los resultados obtenidos. Elaboración propia.

Hipótesis planteada	Relación Resultados con Hipótesis	Conclusiones y áreas de mejora
Relación entre los rasgos de personalidad de los profesionales de enfermería, gestores y asistenciales, y lo de la media poblacional española	Los resultados obtenidos coinciden con la H1 (1): Los rasgos de personalidad de los profesionales enfermeros, gestores y asistenciales, son diferentes a los valores de la media poblacional española.	<p>Las enfermeras gestoras presentan 14 rasgos de personalidad por encima de la población española.</p> <p>Las enfermeras asistenciales presentan 10 rasgos de personalidad por encima de la población española.</p> <p>Los rasgos de personalidad con mayor puntuación encontrados en la muestra de estudio, coinciden en las enfermeras gestoras y asistenciales y corresponden a sensibilidad, tensión y ansiedad.</p> <p>Es necesario potenciar y mejorar, los rasgos de personalidad ligados a las habilidades sociales y la empatía en las enfermeras/os. Estas habilidades se pueden adquirir mediante formación y aplicación práctica en el ejercicio profesional.</p>

<p>Relación entre los rasgos de personalidad de los gestores enfermeros y de los enfermeros asistenciales</p>	<p>Los resultados obtenidos coinciden con la H1 (2): Los gestores enfermeros poseen diferentes rasgos de personalidad que los enfermeros asistenciales</p>	<p>De los 21 factores de personalidad analizados, coinciden las puntuaciones por encima o por debajo de la población española en 11 factores, comparando las enfermeras gestoras y las asistenciales, y en 10 las puntuaciones son opuestas, por tanto consideramos que ambos grupos poseen rasgos de personalidad diferentes.</p>
<p>Relación de la capacidad de liderazgo de las enfermeras gestoras y las asistenciales.</p>	<p>Los resultados obtenidos coinciden con la H0 (3): Los gestores enfermeros poseen la misma capacidad de liderazgo que los enfermeros asistenciales</p>	<p>De los resultados obtenidos relacionados con el liderazgo destacamos que en enfermeras asistenciales, obtenemos 2 rasgos o factores por encima de la media poblacional <math>p (&gt;5,5)</math> que son: razonamiento y extraversión. Y 9 rasgos que están por debajo de la media de la población <math>p (&lt; 5,5)</math> que son: estabilidad, animación, dominancia, atrevimiento, ser utilitario y objetivo, estar centrado en soluciones, la orientación al grupo, el perfeccionismo y la baja tensión. En enfermeras gestoras, encontramos igualmente solo 2 rasgos por encima de la media poblacional <math>p (&gt;5,5)</math> que son: razonamiento y dominancia. Y los otros 9 están por debajo de la media poblacional <math>p (&lt; 5,5)</math>.</p> <p>Aparecen rasgos disímiles entre los enfermeros gestores y los asistenciales, con <math>p</math> valor inferior a 0,05, en los factores primarios en dominancia y animación. En los factores globales aparece <math>p</math>. valor inferior al 0,05, en dureza, en</p>



		<p>independencia y autocontrol.</p> <p>En la muestra de estudio, de las medias y las varianzas no aparecen rasgos o factores de personalidad, ligados al liderazgo ni en enfermeras asistenciales ni en el grupo de gestores. Por tanto podemos decir que no se encuentran rasgos de personalidad asociados a liderazgo, siendo muy escasas las capacidades de liderazgo en ambos grupos.</p> <p>Consideramos fundamental, el potenciar la formación y las habilidades ligadas al liderazgo en las enfermeras gestoras y asistenciales en el SERMAS.</p>
<p>Relación entre el Potencial creativo en los gestores enfermeros y los enfermeros asistenciales</p>	<p>Los resultados obtenidos coinciden con la H1 (4): los gestores enfermeros poseen diferente potencial creativo que las enfermeras asistenciales.</p>	<p>De los resultados obtenidos relacionados con la creatividad, destacamos que en las enfermeras asistenciales hay 5 rasgos de personalidad por debajo de la media poblacional <math>p (&lt; 5,5)</math> que son: <i>dominancia, atrevimiento, apertura al cambio, perfeccionamiento e independencia</i>. Y 4 rasgos de personalidad están por encima de la media (<math>p &gt; 5,5</math>) que son: <i>sensibilidad, abstracción, autosuficiencia y extraversión</i>. En el grupo de enfermeras gestoras, relacionado con la creatividad aparecen 3 factores por debajo de la media poblacional <math>p (&lt; 5,5)</math> que son: <i>atrevimiento, perfeccionamiento y extraversión</i>. Y 6 factores por encima de la media poblacional <math>p (&gt; 5,5)</math> que son:</p>

		<p><i>dominancia, sensibilidad, abstracción, apertura al cambio, autosuficiencia e independencia.</i></p> <p>Aparece una mayor relación de factores de personalidad ligados a creatividad, en el grupo de enfermeras gestoras que cuenta con 6 factores, frente a las enfermeras asistenciales que presenta solo 4 de 10.</p> <p>Consideramos fundamental, el potenciar la creatividad en las enfermeras, siendo más necesario en el grupo asistencial y mejorar los factores deficitarios en ambos grupos mediante formación específica y aplicación en la práctica profesional.</p>
<p>Relación entre la capacidad de resistencia al estrés que poseen los gestores enfermeros y los enfermeros asistenciales</p>	<p>Los resultados obtenidos coinciden con la H1 (5): Los gestores enfermeros poseen diferente capacidad de resistencia a situaciones de estrés, que los enfermeros asistenciales presentando diferentes niveles de ansiedad.</p>	<p>La ansiedad rasgo de las enfermeras gestoras es menor que la de las enfermeras asistenciales, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Se realiza una comparación estadística entre los profesionales de enfermería con actividad asistencial y de gestión. A la hora de comparar el rasgo de la A-E, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (<math>p=0,86</math>). Sin embargo a la hora de comparar el rasgo de A-R entre ambas poblaciones, se encuentra que si existen diferencias estadísticamente significativas (<math>p=0,018</math>), siendo menor en los enfermeros gestores.</p>

## **8 BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguirre Raya, D. (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ. Med.* 19 (3): 25-34.
2. Albi Lloret, A., Suñer Soler, R., Privat Marcé, L., Bertrán Noguer, C., Vila Coma, MI., Barceló Vidal, C. y cols. (2003). Análisis de la actividad enfermera con el Project Research Nursing (PRN). *Metas de enfermería.* 6 (58): 50-53.
3. Alexander, M.F. & Runciman, P.J. (2003). Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermería para la enfermería generalista. CIE. Ginebra. Suiza.
4. Amabile, T. (2000). *Creatividad e Innovación.* Barcelona: Deusto.
5. Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital); 24(4). Consultado el 25-1-2016.
6. Arrogante, O. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clin.* 24 (5): 283-89.
7. Arrogante, O & Pérez García, A.M. (2013). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales de enfermería no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enferm Intensiva.* 24 (4): 143-54.
8. Artiaga Rúiz, A. (1997). La enfermera ante el síndrome de Burnout: Estudio comparativo Atención Primaria-Atención Especializada. Tesis Inédita. Catálogo de tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad.
9. Astudillo, W. & Mendinueta, C. (2005). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?. *ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos.* 11: 132-138.
10. Atalaya Pisco, M.C. (1999). Satisfacción laboral y productividad. *Revista de Psicología.* Año III; 5: 46.
11. Atkinson, J.W. (1983). Motivational determinants of risk-taking behavior. En J. Atkinson (ed.): *Personality, Motivation, and Action: Selected Papers* (pp. 101-119). Nueva York: Praeger.
12. Ayuso, J.L. (1988). *Trastorno de la angustia.* Martínez Roca. Barcelona.

13. Ayuso Murillo, D., Colomer Sánchez, A., Herrera-Peco, I. & López Peláez, A. (2015). Herramientas prácticas del gestor enfermero para combatir el burnout. *Tesela [Rev Tesela]* 2015; 18. Consultado el 24 de Enero 2016.
14. Ayuso Murillo, D., Tejedor Muñoz, L. & Serrano Gil, A. (2015). *Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad Asistencial y Aspectos Ético-Jurídicos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
15. Ayuso Murillo, D. & De Andrés Gimeno, B. (2015). *La gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Seguridad del paciente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
16. Ayuso Murillo, D. (2007). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
17. Ayuso Murillo, D. (2007). *La gestión de cuidados, líneas de trabajo y retos a afrontar*. *Tesela [Rev Tesela]*; 1. Consultado el 13 de agosto 2015.
18. Ayuso Murillo, D & Grande Sellera, R.F. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
19. Bacon, T. (2008). *Balanced Leaders. Balance affects effectiveness*. *Leadership Excellence*, 11.
20. Bados, A., Gómez-Benito, J. & Balaguera, G. (2010). *The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: does It really measure anxiety?* *Journal of Personality Assessment*, 92, 560-567
21. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
22. Barron, F. & Harrington, D.M. (1981). *Creativity, intelligence and personality*. *Annual Review of Psychology*, 32, 439-476.
23. Barquero González, A., León López, R., Pascual Orts, LM., Blasco Santamaría, RM<sup>a</sup>. (2009). *El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramienta de gestión y evaluación*. *Nursing*. 27(9), 62-66.
24. Bass, B.M., Avolio, B.J., Jung, D.I. (2003) *Predicting unit performance by assessing transformational and transaccional leadership*. *Journal of Applied Psychology*. 88(2), 207-218.

25. Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press. New York.
26. Bass, B.M. (1981). *Stogdill's Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
27. Bennis, W. (1997). En García S, Dolan S. *Dirección por valores*. Madrid: Mc Graw Hill.
28. Bennis, W. (1989). *On Becoming a Leader*. London, England: Hutchinson.
29. Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M. & Ramírez Pérez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 12: 1-14.
30. Blanchard, K. & Zigarmi, M. (1986). *Ejecutivo al minuto. Cómo aumentar la eficacia por medio del liderazgo situacional*. Madrid: Ediciones Grijalbo.
31. Boyle, G.J., Matthews, G. & Saklofske, D.H. (2008). *The SAGE Handbook of Personality. Theory and Assessment*. London: SAGE Publications.
32. Brunet, I. & Belzunegui, A. (2013). *Sociología de las organizaciones*. Badajoz: Universitas Editorial.
33. Bulbena, A. (1985). *Psicopatología de la afectividad*. En: Vallejo, J., Bulbena, A., González, A., Grau, A., Poch, J & Serrallonga, J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Salvat. Barcelona.
34. Buss Thofehn, M., Leopardi, M.T., Coelho Amestoy, S., Oliveira Arrieira, I.C. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. *Enferm. Glob.* 20: 1-20.
35. Bustamante, E. (2013). El clima de comunicación, la motivación y la satisfacción laboral en un proceso de atención primaria en Colombia. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 3, 1, 35-49.
36. Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M. J., Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-A España (2010). Validación del "Cuestionario de ansiedad social para adultos" (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 18, 5-34.

37. Cabanes Durán, C., Esteve Ortega, M., CreusVirgili, M., Esteve Reig, J., García Mantas, A. & Juando Prats, C. (2009) Liderazgo clínico. Rev Tesela [internet]; 6. Consultado el 10 de agosto 2015.
38. Campbell, D.T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioral dispositions. In: Kock, S. (ed). *Psychology: A Study of Sciences. Investigations of man as socius. Their Place in Psychology and the Social Sciences*, vol.6, New York: McGraw-Hill, 94-172.
39. Campos, A. & González, M. (1994). Imagen, inteligencia y creatividad. *Psicothema*, 6 (3), 387-393.
40. Cano Vidal, A. (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*. 17(1):75-97.
41. Carmona López, G., López Fernández, L.A., Mendoza García, O.J. & Oleaga de Usategui, I. (2015). Impacto de la crisis económica en la salud y en el sistema sanitario de España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
42. Carrobes, J. A. & Díez-Chamizo, V. (1987). Evaluación de las conductas ansiosas. En R. Fernández- Ballesteros y J. A. Carboles (Eds.). *Evaluación conductual* (3a ed.) Madrid: Pirámide.
43. Cartwright, L (1978). Occupational stress in women Physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (eds). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley
44. Cattell, R.B, Cattell, A.K.S. & Cattell, H.E.P. (1993). 16PF5 Questionnaire. Windsor: English Edition NFER Nelson Publishing Co. Ltd.
45. Cattell, R.B. (1989). Cuestionario factorial de personalidad 16PF. Madrid: TEA.
46. Cattell, R.B. & Krug, S.E. (1986). The number of factors in the 16 PF: Overview of the evidence withspecial emphasis on methodological problems. *Educational and Psychological Measurement*,46, 509 – 526.
47. Catell, R.B. (1972). *Manual for the 16 PF (Sixteen Personality Factors)*. Illinois: Institute for Personality and Ability Testing).
48. Catell, R.B. & Scheier, L.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York, NY; Ronald Press.
49. Cattell, R. B., & Drevdahl, J. E. (1955). A comparison of the personality profile (16 PF) of eminent researchers with that of eminent teachers and administrators,

- and the general population. *British Journal of Educational Psychology*, 46, 248–261.
50. Cattell, R.B. & Stice, G.F. (1954). Four formulae for selecting leaders on the basis of personality. *Human Relations*, 7 (4), 493-507.
  51. Cearra Mendialdua, J. Orizaola Iniesta, P.M. & Jiménez López, M. (2014). Utilización de la lógica borrosa en la selección de personas e ideas para la participación en programas públicos de ayuda a la creación de empresas. *Cuadernos de Gestión*. 14 (2). 73-98.
  52. Chalifour, J. (1994). *La Relación de Ayuda en cuidados de enfermería: una perspectiva holística y humanista*. Barcelona. SG Editores.
  53. Chen, L. (2004). Examining the effect of organization culture and leadership behaviors on organizational commitment, job satisfaction, and job performance at small middle-size firms of Taiwan. *The Journal of American academy business*. Cambridge.
  54. Choi, J.N. & Kim, M.U. (1999). The Organizational Application of Groupthink and its Limitations in Organization. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 84, 2, 297-306.
  55. Chopra, D. (2012). *El alma del liderazgo*. Madrid: Editorial Aguilar.
  56. Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico* (2ª ed.) Buenos Aires: Polemos.
  57. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, Mª.C. & Carballal Balsa, Mª.C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. España: Elsevier.
  58. Clampitt, P.G. & Downs, C.W. (1987). *Communication Satisfaction: A Review of the Literature*. Monografía inédita. University of Kansas. Kansas.
  59. Conn, S.R., & Rieke, M.L. (1994). *The 16PF Fifth Edition technical manual*.
  60. Conger, J.A. (1998). The necessary art of persuasion. *Harvard Business Review*. 76; 3, 84-95.
  61. Contreras Torres, F.V. & Castro Ríos, G.A. (2013). Liderazgo, poder y movilización organizacional. *Estudios Gerenciales*. 29: 72-76.
  62. Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Fernández, A. & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*. 12 (2): 13-26.



63. Contreras, F. (2008). Liderazgo: perspectiva de desarrollo e investigación. *International Journal of Psychological Research*. Vol 1. N° 2, 64-72.
64. Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad; el flow y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
65. Cuadra Peralta, A.A., Veloso Besio, C.B. (2010) Grado de supervisión como variable moderadora entre el liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional. *Ingeniare. Revista Chilena de Ingeniería*, 18 (1): 15-25.
66. Cutcliffe, J., Mckenna, H. & Hyrkäs, K. (2011). *Modelos de enfermería: aplicación y práctica*. México: Manual Moderno.
67. Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., Aiken, L.H..(2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*. 5 (9): e008331 DOI: [10.1136/bmjopen-2015-008331](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331)
68. Danet, A., March, J.C. & García Romera, I. (2014). Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30(3), 546-558.
69. Day, D.V. (2001). Leadership development: A review in context. *Leadership Quarterly*. 11 (4): 581-613.
70. De Bono, E. (1997). *Seis sombreros para pensar*. Barcelona: Granica.
71. De Lima Trindate, L., Coelho Amestoy, S., Adyles Muniz, L., Biol Chi, T., Pires de Pires, D.E. & Shubert Backer, V.M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería Global*. 10 (22): 25-28.
72. De Melo Batista, K. & Ferraz Bianchi, E.R. (2013). La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. *Enferm. Glob*. 29.
73. De Pedro Gómez, J., Morales Asensio, J.M., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G. & Pericàs Beltrán, J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm*. 12(7), 65-73.
74. Del Río, O., Perezagua M., & Vidal, B. (2003). El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en*

- cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (29), 24-29.
75. Dirección de Enfermería Hospital Universitario de Getafe (2015). Convocatoria de puesto de supervisor/a de unidad. Madrid.
  76. Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad. (2012). Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud.
  77. Dos Santos Curado, A., Camacho Cardoso, M<sup>a</sup>.B. & Mendes Gaspar, M<sup>a</sup>.F. (2003). Los estudios de enfermería en Portugal. *Enfermería Global*. 3: 1-4.
  78. Drucker, P. F. (1990). *Managing the Nonprofit Organization. Principles and Practices*. New York, NY, USA: Harper Collins Publishers.
  79. Dubey, N., Chouksey, R. G. y Abhilash, T. (2011). A comparative study of creativity in entrepreneurship amongst technical and management students. *International Conference on Management, Economics and Social Sciences*, 625-629.
  80. Dunham, J.& Klafehn, K.A. (1990). Transformational leadership and the Nurse executive. *J Nurs Adm*. 20 (4), 28-34.
  81. Espallargas, M<sup>a</sup>.P, Royuela, C. & Ayuso, D. (2000). Organización y gestión de los servicios de enfermería en la Fundación Hospital Alcorcón. *Gestión Hospitalaria*.11(1): 29-37.
  82. Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Springfield, IL: Thomas.
  83. Faura Vendrell, T. Novel Martí, G. & Palomés Galeote, J. (1985). Aspectos relacionales de los cuidados de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*; 89: 28-31.
  84. Fernández Araóz, C. (2008). *Rodéate de los mejores*. Madrid: Editorial LID.
  85. Fernández Mérida, MC. (1998). Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. *Enfermería Clínica*; 8(1): 24-28.
  86. Ferrus, L. (2000). Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: estudio descriptivo. *Enfermería clínica*. 10 (5): 192-199.
  87. Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: MacGraw-Hill.
  88. Fiedler, F. E. & Chemers M. M. (1985). *Liderazgo y Administración Efectiva*. México: Trillas.

89. Fontanals Ribas, A., Colell Brunet, R. & Rius Tormo, P. (1994). Relación de ayuda en los cuidados enfermeros”. *Revista Rol de Enfermería*; 190:67-71.
90. Foong, J. (2001). Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*. 9 (4): 191-204.
91. Forés, S. (2014). Solo puede quedar uno: diario de un proceso de selección. Barcelona: Editorial Plataforma.
92. Forés, A. & Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial.
93. Fraga Díez, I. (2001). Desmotivación y enfermería. Diagnóstico del problema. *Metas*. 38, 38- 41.
94. Freudenberger, H. (1974). Saff burn-out. *Journal of social issues*. (30), 159-166.
95. Frutos Martín, M., Cotado Luis, M<sup>a</sup>. P., de la Torre Calle, L., Cao Torija, M<sup>a</sup> .J., Castro Alija, M<sup>a</sup>. J. & San José Arribas, C.A. (2015). Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada. *Tesela [Rev Tesela]*; 17. Consultado el 13 de agosto de 2015.
96. Gan Busto, F. (2006). Selección de personal. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
97. García García, I. (2006). La formación del clima psicológico y su relación con los estilos de liderazgo. (Tesis Inédita). Universidad de Granada.
98. García Rubiano, M. (2011). Liderazgo transformacional y la facilitación de la aceptación al cambio organizacional. *Pensamiento Psicológico*. 9 (16): 41-54.
99. Garrido, A. & Álvaro, J. L. (2005). Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas. *Interamerican Journal of Psychology*. 39 (1): 18-16.
100. Gil, F. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales en los servicios de salud. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
101. Gil Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997). Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis S.A.
102. Gilbert, N., López Peláez, A. & Segado Sánchez-Cabezudo, S. (2015). What contributions can social work make in the 21st century? Perspectives from the USA and Spain. *ARBOR*. 771: 191-199.

103. Gimeno Navarro, M.A. (2012). El modelo emergente de la organización saludable: factores para su construcción y desarrollo evolutivo. (Tesis Inédita). Universidad Jaume I Castellón.
104. Glass, D.C. Mcnight, J.D. & Valdimarsdottir, H. (1993) Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of consulting and clinical Psychology*.
105. Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*. 78; 2, 78-90.
106. Gómez Cárcaba, M<sup>a</sup>.O., Renedo Mediavilla, F. & Mateo Herrero, M<sup>a</sup> L. (2008). Prevención del síndrome de Burnout del personal de enfermería: Un reto para la supervisora. *Tesela [Rev Tesela]*; 4. Consultado el 13 de agosto de 2015.
107. González Gálvez, P. & Rey Martín, C. (2013). Nuestras direcciones de enfermería, ¿están preparadas para el momento actual? *Rev Tesela [internet]*; 14. Consultado el 11 de agosto de 2015.
108. Gordillo Moscoso, A.A. (2012). Manual de investigación clínica. Manual Moderno. México.
109. Grau, E. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. (Tesis Inédita). Universidad de Valencia.
110. Gracia, D. (2008). Fundamentos de bioética. Editorial Triacastela. Madrid.
111. Grazziano, E.S. & Ferraz Bianchi, E.R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enferm. Glob*. 18.
112. Guastello, S.J., Bzdawka, A., Guastello, D.D. & Rieke, M.L. (1991). Cognitive measure of creative behavior: CAB-5 and consequences. *Journal of Creative Behavior*, 26, 260-267.
113. Guerrero Nuñez, S. & Cid Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 15 (1): 129-140.
114. Guibert Reyes, W., Grau Abalo, J. & Prendes Labrada, M<sup>a</sup>.C. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la comunicación en salud en atención primaria?. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr*. 15 (2):176-183.
115. Guilford, J. (1967). Creativity: yesterday today and tomorrow. *Journal of Creative Behavior*, 1, 3-14.

116. Guilford, J. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444-454.
117. Guillén-Riquelme, A. & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial del ítem en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-515.
118. Guzley, R.M. (1992). Organizational Climate and Communication Climate: Predictors of Commitment to the Organization. *Management Communication Quarterly*. Vol. 5, 4, 379-402.
119. Hackman, M.Z., Johnson, C.E. (2003). *Leadership: A communication perspective*. Wavelan Press.
120. Hendricks, E. (1996). Rol y Características de un Coach. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.geocitres.com/hendricks/1998/ge/coach.html>. Consultado el 30 de julio de 2015.
121. Hernández Garre, J.M. (2011). *Fundamentos teóricos de enfermería: teorías y modelos*. Murcia: Editorial Diego Marin.
122. Hernández, G.L. & Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de psicología*, 22, 121-136.
123. Hernández Santana, A., Quevedo Elvira, D., Hernández Santana, N.M., Hernández Santana, J.M. & Moreno Rodríguez, C. (2014). Influencia del liderazgo en equipos de enfermería: Confianza. *Tesela [Rev Tesela]*; 16. Consultado el 13 de agosto de 2015.
124. Hernández Vargas, C.I., Llorens Gumbau, S. & Rodríguez Sánchez, A.M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*. 30 (1): 247-258.
125. Herrero Sanz, H., Caserío Carbonero, S., Morante Santana, M.A., Montero Martín, M.A., De la Cruz Bértolo, J. & Pallás Alonso, C.R. (2012). Estudio de los niveles de ansiedad en los profesionales de una unidad neonatal. *An Pediatr*. 77(1), 22-27.
126. Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1999) , *Leadership and the One Minute Manager*, William Morrow.
127. Hersey, P & Blanchard, K. (1984). *Management of organizational behavior. Utilizing human resources*. Prentice-Hall. USA.

128. Herzberg, F. (1968): Una vez más: ¿cómo motivar a los empleados? Harvard-Deusto Business Review, 1980, 7-18.
129. Higa, E.F.R. & Trevizan, M.A. (2005). The style of leadership idealized by nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 13(1): 59-64.
130. Hinton, B.L. (1970). Personality variables and creative potential. Journal of Creative Behavior, 3, 210-217.
131. Hinton, B.L. (1968). A model for the study of creative problem solving. Journal of Creative Behavior, 2, 133-142.
132. Hishinuma, E. S., Miyamoto, R. H., Nishimura, S. T. & Nahulu, L. B. (2000). Differences in State-Trait Anxiety Inventory scores for ethnically diverse adolescents in Hawaii. Cultural Diversity and Ethnic Minority, 6, 73-83.
133. House, R. J. & Mitchel, T. R. (1974). Path goal theory of leadership. Journal of Contemporary Business.81-98.
134. Huidobro Salas, M. T. (2002). Una definición de la creatividad a través del estudio de 24 autores seleccionados. (pp.55, 97-98). (Tesis Inédita). Universidad Complutense. Madrid.
135. Instituto Nacional de Estadística (2015) ·"Profesionales sanitario colegiados 2014. Enfermeros". <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (Fecha de consulta: 17 de noviembre de 2015).
136. International Council of Nursing (CIE) (2000). Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de Salud [Internet]. Ginebra: CIE; Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/A08\\_Gestion\\_servicios\\_enfermeria\\_atencion\\_salud-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Gestion_servicios_enfermeria_atencion_salud-Sp.pdf) (Fecha de consulta: 18 de febrero de 2016).
137. Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. J Adv Nurs. 60 (1): 1-9.
138. Joy, S., & Hicks, S. (2004). The need to be different: Primary trait structure and impact on projective drawings. Creativity Research Journal, 16, 331-339.

139. Judge, T.A. & Piccolo, R. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*. 89 (5): 755-768.
140. Judge, T.A., Piccolo, R. & Ilies, R. (2004). The forgotten ones: the validity of consideration and initiating structure in leadership research. *Journal of Applied Psychology*. 89 (1): 36-51.
141. Jurcova, M. (2000) 'Socialna kompetentnost tvorivych adolescentov – jej kognitivne a osobnostni zdroje [Social competence of creative adolescents – its cognitive and personality sources]', *Ceskoslovenske Psychologie*, 44(6): 481–92.
142. Kemp, A. (1981). The personality structure of the musician. *Psychology of Music*.
143. Khatena, J & Torrance, E.P. (1976). *Khatena Torrance Creative Perception Inventory*. Bensenville, IL: Scholastic Testing Service.
144. Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
145. Koontz, H & Weihrich, H. (1999). *Administración, una perspectiva global*. México: Mc Graw Hill.
146. Khatena, J. y Torrance, E. P. (1976). *Manual for Khatena-Torrance Creative Inventory*. Chicago, IL: Stoelting.
147. Kosinska, M. (2003) The position of a leader nurse. *Journal of Nursing Management*. Vol. 11, 69-72.
148. Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos: El concepto de afrontamiento*. Barcelona, España. Ediciones Martínez Roca.
149. Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
150. Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa y M. Aszkenazi (Eds.). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
151. Ley 55/2003, de 16 de diciembre (2003), del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

152. Lillo Fernández de Cuevas, J.M<sup>a</sup>. & Rodríguez Blas, M<sup>a</sup>.C. (2013). Estadística de Gasto Sanitario público. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
153. Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33, 335-343.
154. Locke, E.A. (1968): Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
155. López Ibort, N., González de la Cuesta, D., Barrado Narvión, M<sup>a</sup>. J. & Bara Machín, G. (2011). ¿Qué motiva a la enfermería española?. *Tesela [Rev Tesela]*; 9. Consultado el 15 de agosto de 2015.
156. López Montesinos, M<sup>a</sup>.L. (2009). Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicador subjetivo de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos. (Tesis Inédita). Universidad de Murcia.
157. López Peláez, A. (2012). Profesión, ciencia y ciudadanía: retos para el trabajo social y los servicios sociales en el siglo XXI. *AZARBE. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 1: 61- 71.
158. Luis Rodrigo, M.T. (2005). De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Barcelona: Editorial Masson.
159. Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2006). The Five-factor Model of Personality and Smoking : A Meta - analysis. *Journal of Drug Education*, 36, 47-58.
160. Manzano García, G. & Ramos Campos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Vol. 16(2), 197-213.
161. March Cerdá, J.C., Danet, A. & García Romera, I. (2015).Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index Enferm*. 24 (1-2): 15-28.
162. March Cerdá, J.C.& Prieto Rodríguez, M<sup>a</sup>.A.(2006). La comunicación interna en las organizaciones sanitarias. Su aplicación a la gestión de enfermería y de servicios generales. En: Ayuso Murillo, D & Grande Sella, RF. *La gestión en*



- enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
163. Marques Cristina, R., Silva Paes, M.J. & Maia Motta, F.O. (2008). Comunicación efectiva con familiares de cuidados en pacientes críticos: opinión de los profesionales de salud. *Enfermería Herediana*. 1 (2): 65-70.
  164. Marriner Tomey, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Science. Mosby.
  165. Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Science. Mosby.
  166. Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*. 29 (3): 275-281.
  167. Martínez López, J.A. (2012). Antonio López Peláez. Teoría del trabajo social con grupos. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. 3 :105-110.
  168. Maslow, A.H.(1943).A theory of human motivation. *Psychological Review*.
  169. Masi, R.J. & Cook, R.A. (2000). Effects of transformational leadership on subordinate motivation, empowering and organizational productivity. *International Journal of Organizational Analysis*. 8 (1):16-47.
  170. Matabanchoy Tulcán, S.M. (2012). Salud en el trabajo. *Rev Univ.salud*. 15 (1): 87-102.
  171. McAllister, M. (1998). Competency standards: Clarifying the issues. *Contemporary Nurse*. 7:131-137.
  172. McCann, C.M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C. et al. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*. 3 (1): 60-81.
  173. McGee, E.M. (2006). The healing circle: resiliency in nurses. *Issues Ment Health Nurs*. 27 (1): 43-57.
  174. McGregor Burns, J. (2003). *Transforming Leadership*. Grove Press. New York.
  175. Medina Aguerrebere, P. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de comunicación y Salud*. Vol 2, nº1, 19-28.

176. Medina Aguerrebe, P. (2010). El impacto de la comunicación interpersonal en la motivación del personal hospitalario. *Rev. Univ. Salud*. 12 (1): 110-119.
177. Mejía, M. L. (2000). Fundamentos teóricos sobre el concepto de liderazgo. Serie documentos. Borradores de investigación. Bogotá, Colombia: Centro editorial Universidad del Rosario.
178. Michaelson, G.A. (2010). Sun Tzu - The Art of War for Managers: 50 Strategic Rules Updated for Today's Business. Paperback.
179. Miguel Tobal, J. J. & Cano Vindel, A. (1994). Manual del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad - ISRA- (3ª ed.). Madrid: TEA.
180. Mingote Adán, J.C; Pérez García, S. (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos.
181. Montalbán, F.M., Durán, M.A. & Bravo, M. (2000). Autorreferencialidad y síndrome de burnout. *Apuntes de psicología*, 18, 77-95.
182. Montesinos, A. (1988). Dependencia de enfermos y cargas de trabajo de enfermería. *Rev. Rol*. 116: 43-45.
183. Moraleda Aldea, S. (2012). Desarrollo de personas en la organización. En: Ayuso Murillo, D & Grande Sella RF. La apertura de un hospital. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
184. Morano Báez, R. & Albar Marín, M.J. (2009). Competencias de los supervisores de enfermería hospitalaria para el manejo del estrés en sus unidades. *Tesela [Rev Tesela]* ; 5. Consultado el 14 de agosto de 2015.
185. Morgeson, F. P., Campion, M. A., Dipboye, R. L., Hollenbeck, J. R., Murphy, K., & Schmitt, N. (2007). Reconsidering the use of personality tests in personnel selection contexts. *Personnel Psychology* 60(3), 683–729. Nicholson, N. M., Fenton-O'Creevy,
186. Muñiz, J. & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
187. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Sakkas, P. & Vlahos, L. (2009). The psychometric properties of the Greek version of the State-Trait Anxiety Inventory in cancer patients receiving palliative care. *Psychology and Health*, 24, 1215-1228.

188. Nader, M., Peña Bernate, S.P. & Sánchez Santa-Bárbara, E. (2014). Predicción de la satisfacción y el bienestar en el trabajo: hacia un modelo de organización saludable en Colombia. *Estudios Gerenciales*. 30: 31-39.
189. Nadler, D.A. & Lawler E.E. (1972). *Motivation: a diagnostic approach*. OR&C. Organizational Research and Consultation.
190. Naranjo Bermúdez, I.C. & Ricarte García, G.P. (2006). La comunicación con los pacientes. *Invest. educ. enferm*. 24 (1): 94-98.
191. Nicholson, N. M., Fenton-O'Creevy, M., Soane, E. & Willman, P. (2005). Personality and Domain-Specific Risk Taking. *Journal of Risk Research*, 8(2), 157-176.
192. Novoa, M.M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C.E., Palma, M., Montealegre, M.P., Bayona, M. & Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ. Psicol. Bogotá. (Colombia)*, 4, 63-75.
193. Ochoa, E.F.L & De la Puente, M<sup>a</sup>.L. (1990). Trastornos por ansiedad. En: Fuentenebro, F. & Vázquez, C. *Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría*. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
194. Oliveira Furukawa, P. & Kowal Olm Cunha, I.C. (2011). Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19 (1):106-114.
195. Olleros Izard, M. (2008). *Aprender a seleccionar personal eficazmente*. México: Ediciones Gestión 2000.
196. Ones, D.S., Dilchert, S., Viswesvaran, C.& Judge, T.A. (2007). Support of personality assessment in organizational settings. *Personnel Psychology*. 60 (4), 995-1027.
197. Ortega, C. & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
198. Palomo Vadillo, M<sup>a</sup>.T. (2013). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. Editorial ESIC. Madrid.
199. Patel, K. (1977). Personality factors predicting creativity profiles. *Psychologia*, 20, 74-82.

200. Pazetto Balsanelli, A. & Kowal Olm Cunha, I.C. (2015). Liderazgo en enfermeras en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23 (1): 106-113.
201. Pedraja, L. & Rodríguez, E. (2004). Efectos del estilo de liderazgo sobre la eficacia de las organizaciones públicas. *Revista de la Facultad de Ingeniería. Universidad de Tarapacá*. Vol. 12 (2), 63-73.
202. Peiró, J.M. & Rodriguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*. 29 (1): 68-82.
203. Peiró, J. M., González-Romá, V. & Ramos, J. (1991). Psychological climate and employees' work experiences. 2<sup>nd</sup> European Congress of Psychology, 8-12 July, Budapest, Hungary.
204. Pérez García, R., Del Fresno García, M., López Peláez, A. 2014. Opening the Black Box of Sanitary Professions: Evaluation of Professional Career in Spain's National Health System. *Reala*. 1: 10-18.
205. Pérez García, R. 2012. Estado del bienestar, salud y carrera profesional: la carrera profesional como herramienta para mejorar las prestaciones y servicios en entorno de crisis. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales* 4: 157-182;
206. Pérez Vilar, P.S. & Azzollini, S. (2013). Liderazgo, equipos y grupos de trabajo, su relación con la satisfacción laboral. *Revista de Psicología*. 30 (1): 152-169.
207. Peya Gascons, M. (2008). Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing*. 26(2), 62-65.
208. Pincus, J.D. (1986). Communication Satisfaction, Job Satisfaction, and Job Performance. *Human Communication Research*. Vol. 12, 3, 395-419.
209. Pons Verdú, F.J. & Ramos López, J. (2012). Influencia de los estilos de liderazgo y las prácticas de gestión de recursos humanos sobre el clima organizacional de innovación. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*. 28(2): 81-98.
210. Pucheu, A. (2010) ¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta al burnout de enfermeras clínicas. Evidencia de dos hospitales chilenos. *CiencTrab.*; 12(38), 403-409.

211. Puchol, L. (2010). El libro de cabecera del entrevistador. Todo lo que nos hubiera gustado saber cuando empezamos a hacer selección de personal. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
212. Ramírez Elizondo, N., Pavaric Klijn, T. & Valenzuela Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería*. 22 (3): 152-155.
213. Ramón García, R., Segura Sánchez, M<sup>a</sup>.P., Palanca Cruz, M<sup>a</sup>.P. & Román López, P. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Rev Esp Comun Salud*. 3(1): 49-61.
214. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2006). Guía de práctica colaborativa. Ontario.
215. Ríos Rísquez, M<sup>a</sup>.I. (2009). Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial; estudio exploratorio en personal de enfermería. (Tesis inédita). Universidad de Murcia.
216. Rodrigues Freitas, A., Carnesecca, E.C., Paiva, C.E. & Ribeiro Paiva, B.S. (2014). Impacto de un programa de actividad física sobre la ansiedad, la depresión, el estrés ocupacional y el síndrome del agotamiento en el trabajo de los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22 (2): 332-336.
217. Rodríguez Gonzalo, A., Muñoz Lobo, M.J., Marzo Martínez, A. & Sánchez Vicario, F. (2009). Liderazgo en grupo de trabajo enfermero. Percepciones. *Enferm Clin*. Vol. 19 (4), 206-209.
218. Roy, D.D. (1996) 'Personality model of fine artists', *Creativity Research Journal*, 9(4): 391-4.
219. Roy, D.D. (1995) 'Differences in personality factors of experienced teachers, physicians, bank managers, and fine artists', *Psychological Studies*. 40: 51-6.
220. Russell, M.T. & Karol, D.L. (2013). 16PF-5 Cuestionario factorial de personalidad. Manual. Tea Ediciones. Madrid.
221. Sánchez González, M.A. (2012). Bioética en Ciencias de la Salud. Editorial Masson. Barcelona.

222. Sánchez Martínez, F.I., Abellán Perpiñan, J.M<sup>a</sup>. & Oliva Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 28 (S1): 75-80.
223. Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (Eds.). Manual de psicopatología. Volumen 2. Madrid: Mc Graw Hill.
224. Santos, R. (2013). Levantarse y luchar. Barcelona. Random House Mondadori. S.A.
225. Schebella Souto de Moura, G.M., Müller de Magalhaes, A.M., Dall'agnoll, C.M., Cavalcanti Juchem, B. & Dos Santos Marona, D. (2010). Liderazgo en enfermería: análisis del proceso de elección de jefes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18 (6): 1099-1106.
226. Segado Sánchez-Cabezudo, S. & López Peláez, A. (2014). Social work with middle-class Spanish families: The challenge of the work-family conflict. Int J Soc Welfare. 23:100-111.
227. Serrano Orellana, B.J.& Portalanza, A. (2014) Influencia del liderazgo sobre el clima organizacional. Suma Neg. 5 (11), 117-125.
228. Serrano, A. & Tejedor, L. (2013). Gestión de recursos humanos en enfermería: un análisis interdisciplinar. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
229. Serrano Segura, J. & Barba Aragón, M.I. (2012). La gestión de recursos humanos en las corporaciones locales. Cuadernos de Gestión. 12 (2): 149-168.
230. Sherman, R.D., Bishop, M., Essenberger, T. & Karden, R. (2007). Development of a leadership competency model. JONA. 37(2): 85-94.
231. Shell L. R. (2002). Management of Professionals, 2da Ed. Cincinnati (USA): Marcel Dekker, Inc., Chap. 9, Leading Professional.
232. Skinner, B.F. (1953). Science and human behavior. Nueva York: Free Press. Traducción al español en Barcelona: Fontanella, 1970.
233. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). (2013). La profesionalización de los directivos de la salud. En: directivos. publicacionmedica.com /.../ SEDISA\_superdefinitivo\_profesion... (Consultado el 23 de agosto de 2015).´

234. Solana, R.F. (1993). *Administración de Organizaciones*. Ediciones Interoceánicas S.A. Buenos Aires.
235. Soto Fuentes, P., Reynaldos Grandón, K., Martínez Santana, D. & Jerez Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*.14(1): 79-99.
236. Sousa Gomes, S.F., Magalhaes, M.M., Custodio dos Santos, C., Da Mata, E.T. & Carolino, A. (2013). Riesgos psicosociales en el trabajo: estrés y estrategias de coping en enfermeros de oncología. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21 (6): 215-224.
237. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
238. Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*. Vol. 71. New York: Academic Press.
239. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist. Press.
240. Stina, S., Göran, E. & Göran T. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*. 14 :348-355.
241. Stogdill, R. (1948). Personal Factors Associated with Leadership: A survey of the Literature. *The Journal of Psychology*. January, 25, 35-71.
242. Stoner, J., Freeman, R., Edward y Gilbert J.R. & Daniel, R. (1996). *Administration*. México: Editorial Pearson.
243. Sutton, F.A. & Arbon, P.A. (1994). Australian nursing-moving Forward? Competencies and the nursing profession. *Nurse Education Today*. 14(5): 388-393.
244. Suzuki, T., Tsukamoto, K. & Abe, K. (2000). Characteristics factor structures of the Japanese version of the State-Trait Anxiety Inventory: coexistence of positive-negative and state-trait factor structures. *Journal of Personality Assessment*.74, 447-458.
245. Thofehrn, M.B., López Montesinos, M<sup>a</sup>.J., Amestoy, S. C., Porto, A. R., Bettin, A. C., Fernandes, H. N. et al. (2014) Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. *Enferm. glob*. 13(36): 223-237.

246. Tilquin, C., Roussel, B., Ferus, L & Laisney, G. (1992). La charge temporelle de soins - Le choix du système PRN: la mesure du temps des soins Requis-Requis. Montreal. La Lettre d'Informations hospitalières. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration.
247. Toledo Fernández, A.M. & Torres Pérez, E.M. (2005). Comunicación social en salud. Rev. Cuba. Med. Ger. Integr. 21 (5-6): 1-5.
248. Tomás Sábado, J. & Fernández Donaire, L. (2002). Estrés laboral en las profesionales de enfermería hospitalarias. Metas. 45, 6-12.
249. Torres Barrera, S., Chávez González, C., Lizárraga Zambrano, E. & Guerra Herrera, M.A. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 15 (3); 147-153.
250. Udechukwu, I. & Manyak, T. (2009). Job applicants perceptions of resumes versus employment application forms in the recruitment process in a public organization. Public. Personnel Management. 38 (4): 79-96.
251. Ulrich, D., Smallwood, N. & Sweetman, K. (2009). El código del Nuevo líder.  
<https://books.google.es/books?id=rWJxAwAAQBAJ&pg=PT15&lpg=PT15&dq=caracteristicas+de+los+liders+eficaces+libros&source=bl&ots=bBvDXw1wVr&sig=IAgK3Fg-apWNQyFHC0gjI3vdyRE&hl=es&sa=X&ved=0CCYQ6AEwA2oVChMlvrHiIytxwIVSFsaCh2BUA1Z#v=onepage&q=caracteristicas%20de%20los%20liders%20eficaces%20libros&f=false>. (Consultado el 18 de agosto 2015).
252. Vacas Guerrero, M. (2009) La dimensión ética del liderazgo en la dirección de los cuidados. Tesela [Rev Tesela]; 5. Consultado el 14 de agosto de 2015.
253. Vaillant, GE (1992) Ego mecanismo of defense. Aguide for clinicians and rechears. Washington, American Psychology Press.
254. Valenzuela Suazo, S. (2009). Fundamentos teóricos de enfermería. Una carta de navegación para la práctica. Ciencia y Enfermería. 15 (2): 7.
255. Vallejo Ruiloba, J. (1998). Introducción a la psicopatología y psiquiatría (4ª ed.). Barcelona: Masson.



256. Vautier, S. & Pohl, S. (2009). Do balanced scales assess bipolar constructs? The case of the STAI scales. *Psychological Assessment*, 21, 187-193.
257. Vela Valle, L.& Hijós Larraz, L.A. (2015). Estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras. *Tesela [Rev Tesela]*; 17. 15(3):77-89. Consultado el 10 de agosto de 2015.
258. Velásquez Reyes, M.S., Ramírez Pérez, J. & Muñoz Sánchez, A. I. (2013). Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y Condiciones de Trabajo en profesionales de enfermería. *Tesela [Rev Tesela]*; 13. Consultado el 9 de agosto de 2015.
259. Vera Poseck, B. (2004). Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de Psicología Positiva*.1: 50-64.
260. Vieco Gómez, G.F. & Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicol. Caribe*. 31 (2): 354-385.
261. Vigneau, F. & Cormier, S. (2008). The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory: an alternative view. *Journal of Personality Assessment*, 90, 280-285.
262. Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En: Mayor, J. & Labrador, F.J. *Manual de modificación de conducta*. Alhambra. Madrid.
263. Vilariño Paz, M.S., Casal Osorio, M.P., Nuñez Magdalena, M.A., Fernández Doallo, M.R., Pena Meilán, M.C. & Roperó Mengíbar, C. (1999). Motivación y liderazgo en enfermería. *Rev Rol Enf*. 22(1): 55-63.
264. Virella, B., Arbona, C. & Novy, D. M. (1994). Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63, 401-412.
265. Weber, E., Blais, A., & Betz, N. E. (2002). A Domain specific Risk-attitude Scale: Measuring Risk Perceptions and Risk Behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making*, 15, 263-290.
266. Welsch, H.P. & LaVan, H. (1981). Interrelationships between Organizational Commitment and Job Characteristics, Job Satisfaction, Professional Behavior and Organizational Climate. *Human Relations*. Vol. 34, 12, 1079-1089.

267. Willutzki, U., Theismann, T. & Schulte D. (2012) Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *J Clin Psychol.* 2012 68(6), 581- 591.
268. Yáñez Gallardo, R.J. & Valenzuela Suazo, S. (2013). Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan.* 13 (2): 186-196.
269. Yáñez, R., Loyola , G. & Huenumilla, F. (2009) La confiabilidad en el líder: un estudio sobre las enfermeras jefes de un hospital. *Cienc enferm* [internet]. 15(3):77-89. Consultado el 10 de agosto de 2015.

## 9 GLOSARIO

**Abstracción:** La persona abstraída está más orientada a los procesos mentales e ideas que a los aspectos prácticos. Está ocupada pensando, imaginando, fantaseando y ensimismada en sus pensamientos, lo contrario de persona práctica.

**Afabilidad:** mide el carácter gregario del individuo; el grado en que la persona busca establecer contacto con otras personas porque encuentra satisfactorio y gratificante el relacionarse con éstas. Personas que suelen tener más interés por los demás.

**Afecto positivo:** se refiere a una dimensión en la que los niveles altos se caracterizan por alta energía, concentración completa y agradable dedicación.

**Animación:** está relacionado al nivel de entusiasmo evidente en contextos sociales. Persona entusiasta, espontánea y deseosa de atención, es activa y dada a estimular las situaciones sociales.

**Ansiedad:** es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional y que va acompañada de un importante cortejo somático.

**Apertura al cambio:** explora la orientación psicológica hacia el cambio. Persona que suele pensar en como mejorar las cosas y le gusta experimentar con ellas, si observa que lo existente no le satisface o es poco adecuado, se inclina por el cambio.

**Aprensión:** persona que se preocupa de las cosas y tiene sentimientos de aprensión e inseguridad. La persona aprensiva suele ofrecer una imagen social pobre.

**Atención a las normas:** persona seguidora de las reglas, los principios y los buenos modales, atenta a la norma, formal y perseverante. Mide la internalización de los valores morales; estructuralmente se explora el super-ego según descrito por Freud.

**Atrevimiento:** mide la reactividad del sistema nervioso en base a la tendencia en la persona de un dominio parasimpático o simpático. Persona atrevida, aventurera entre los grupos sociales, y no muestra casi temor en las situaciones sociales. Suele iniciar contactos sociales y no es tímida cuando se encuentra en un ambiente nuevo.

**Autocontrol:** es una medida de la capacidad del sujeto para contener sus impulsos, aplazar necesidades y actuar de un modo más aceptable personal y socialmente. Persona seria, atenta a las normas, práctica y perfeccionista.

**Autoeficacia percibida:** sería el sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales.

**Autosuficiencia:** mide el grado de dependencia de la persona. Persona que prefiere estar sola y tomar decisiones por su cuenta.

**Burnout:** progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión.

**Coaching:** es una tarea gerencial de dirección, que consiste en ayudar permanentemente a los colaboradores a perfeccionarse y desarrollar sus capacidades, por métodos participativos y aprovechando las posibilidades formativas del propio trabajo.

**Comunicación interna:** nos referimos a los procesos de comunicación ascendentes, descendentes y horizontales entre los miembros de una organización.

**Dominancia:** tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre la de los demás. Mide el grado de control que tiende a poseer la persona en sus relaciones con otros seres humanos; se determina en términos de si es dominante o es sumiso.

**Dureza:** describe una persona reservada, objetiva, poco sensible, práctica y resistente al cambio y tradicional.

**Engagement:** puede asimilarse a compromiso o implicación utilizado en el ámbito de las relaciones laborales y la cultura organizacional que se identifica con el esfuerzo voluntario por parte de los trabajadores de una empresa o miembros de una organización.

**Estabilidad:** está relacionado a la estabilidad emocional de la persona y a la manera en que se adapta al ambiente que le rodea; determina específicamente la fortaleza de ego. Persona que pasa por la vida controlando, con equilibrio y de un modo adaptativo, los sucesos y emociones.

**Estrés:** es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. Es un estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

**Extraversión:** persona afable va a suscitar en los demás refuerzos sociales (afecto, atención, aprobación), lo que va a inclinar al sujeto a ser menos tímido, más entusiasta y con menor necesidad de privacidad. La persona

extravertida muestra orientación hacia las personas y busca relacionarse con otros.

**Gestor enfermero:** el gestor de servicios de enfermería es un enfermero con experiencia asistencial y de gestión con formación gestora. Su principal tarea es planificar, organizar, dirigir y evaluar la atención de enfermería del ámbito del cual es responsable.

**Independencia:** gira alrededor de la tendencia de ser activo y energicamente determinado en sus pensamientos y acciones, a la persona independiente le gusta intentar cosas nuevas y expresar curiosidad intelectual. Indica habilidades de persuasión, competitividad y conducta voluntariosa. También, las puntuaciones altas pueden indicar agresividad.

**Liderazgo:** es el conjunto de habilidades gerenciales o directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser de las personas o en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo, en el logro de metas y objetivos.

**Motivación:** es la actividad que impulsa y dirige a las personas a llevar a cabo las acciones encaminadas a la consecución de objetivos.

**Perfeccionismo:** explora los esfuerzos del individuo por mantener una congruencia entre su yo ideal y su yo real; moldeándose de acuerdo a patrones establecidos y aprobados por la sociedad. Persona que quiere hacer

bien las cosas; suele ser organizada, tener sus cosas en los lugares adecuados y hacer planes.

**Personalidad:** Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás.

**Privacidad:** está relacionado a las máscaras sociales; describe en qué grado las personas se ocultan, mostrando sólo aquellos rasgos que generen las respuestas que desean obtener de los demás. Postura privada y de no apertura, persona que prefiere no descubrir su propio juego.

**Razonamiento:** mide inteligencia en base al predominio del pensamiento abstracto o del pensamiento concreto; considerando el predominio del abstracto como característico de una persona de inteligencia mayor y el concreto como indicador de una inteligencia menor. Persona que ha resuelto correctamente la mayoría de los elementos del test.

**Resiliencia:** es la capacidad humana de sumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Desde la Neurociencia se considera que las personas con mayor capacidad de resiliencia, poseen un gran equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos.



**Sensibilidad:** persona sensible que se apoya en la empatía y en la sensibilidad a la hora de hacer sus consideraciones. Suele ser más refinada en sus intereses y gustos y más sentimental que su polo opuesto.

**Tensión:** mide las sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo; comúnmente conocida como tensión nerviosa. Persona que manifiesta una energía incansable y se muestra intranquila cuando tiene que esperar.

**Trabajo en equipo:** es el trabajo hecho por varios individuos donde cada uno hace una parte pero todos con un objetivo común.

**Vigilancia:** persona que se cree no bien comprendida o que los demás se pueden aprovechar de ella, y se ve diferente de la mayoría. Persona vigilante, suspicaz, escéptica y precavida.

## **10 ANEXOS**

### **10.1 Anexo 1. Convocatorias Proceso de Selección Supervisores.**



CONVOCATORIA PROVISIÓN PUESTO DE SUPERVISOR/A DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN E2C (MEDICINA INTERNA, NEFROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA), UNIDAD CORONARIA Y SALA DE HEMODINAMICA. CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN CARADIACA.

D. Carlos Villoria López, Director Gerente del Hospital Universitario de Getafe, en virtud de las competencias que le son delegadas por Resolución de 17 de marzo de 2005 de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo, sobre delegación de competencias en materia de gestión de personal,

Considerando:

PRIMERO: Que existe, dentro de la Plantilla orgánica fijada por la Resolución del Director General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de fecha 30 de octubre de 2013 para este centro de gasto, el puesto que se detalla en el Anexo a esta Resolución.

SEGUNDO: Que la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, en su disposición transitoria sexta c, mantienen vigencia del rango reglamentario el Real Decreto Ley 1/99, de 8 de enero, de Selección de personal estatutario y provisión de plazas de Instituciones sanitarias de la seguridad social.

Resuelve:

Convocar la provisión del puesto de libre designación cuya denominación y características figuran el en Anexo a esta Resolución, según las siguientes bases:

- A) Podrá participar todo el personal que en esta fecha se encuentre prestando servicio en las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud y reúna los requisitos que figuran en el Anexo 1.

- B) Las instancias solicitando tomar parte en la presente convocatoria se presentarán en el Registro General de este Hospital Universitario de Getafe, en el plazo de 20 días naturales a partir del día siguiente de la publicación y hasta las 13 horas del día 24 de marzo de 2015.
- C) El proceso de selección se realizará de la siguiente forma:
- a. Valoración del Curriculum Vitae.
  - b. Valoración de memoria que debe ser elaborada por los candidatos sobre organización y funcionamiento de la unidad.
  - c. Entrevista personal en el caso de que la Gerencia lo estime necesario.
- D) Esta convocatoria se resolverá por esta Gerencia por el sistema de libre designación pudiendo quedar desierta la cobertura del puesto, cuando no concurren solicitantes idóneos para su desempeño.
- E) El personal nombrado para un puesto de libre designación podrá ser cesado discrecionalmente por decisión de esta Gerencia.

Getafe, 4 de marzo de 2015.

EL DIRECTOR GERENTE.

Fdo. Carlos Villoría López.

## ANEXO 1. PUESTO CUYA PROVISIÓN SE CONVOCA

DENOMINACIÓN DEL PUESTO: Supervisor de Unidad: Unidad de Hospitalización E2C (medicina interna, nefrología y cardiología), Unidad Coronaria y Sala de Hemodinámica. Consulta externa de cardiología y Rehabilitación cardiaca.

TITULACIÓN: Diplomado Universitario en Enfermería/ Graduado en Enfermería.

AREA FUNCIONAL A LA QUE PERTENECE: Dirección de Enfermería.

PERFIL DEL PUESTO DE TRABAJO: Diplomado Universitario en Enfermería/ Graduado en enfermería. Se valorará:

- \*Experiencia en puestos de gestión enfermera.
- \*Experiencia en diferentes áreas asistenciales.
- \*Experiencia en unidades de cardiología, unidades coronarias y sala de pruebas hemodinámicas.
- \*Formación en gestión y liderazgo.
- \*Conocimientos de informática y nuevas tecnologías.
- \*Conocimiento en Gestión de turnos de trabajo.
- \*Formación en Investigación.
- \*Actividad investigadora, Formación en calidad.
- \*Capacidad de trabajo en equipo y liderazgo.
- \*Participación en Comisiones clínicas y/o grupos de trabajo.
- \*Capacidad de innovación.
- \*Motivación para el cambio, entusiasmo y flexibilidad ante nuevas tecnologías de trabajo.
- \*Capacidad de negociación y resolución de conflictos.
- \*Capacidad de escucha y asertividad.

\*Capacidad de motivar.



**Hospital Universitario Severo Ochoa.**

### **CONVOCATORIA**

Se convoca, con carácter abierto y para su provisión por el sistema de Libre designación para Enfermería del Hospital Universitario Severo Ochoa, el siguiente puesto de Supervisor/a:

<b>CATEGORÍA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>Nº DE PLAZAS</b>	<b>TURNO</b>
ENFERMERO/	SUPERVISIÓN GENERAL	1	TARDE

### **DEPENDENCIA Y FUNCIONES**

1) **FUNCIONES**: las descritas en el PUESTO DE TRABAJO DE SUPERVISOR/A.

Este documento se encuentra a disposición de los aspirantes en la Dirección de Enfermería, junto con el impreso de solicitud.

2) **REQUISITOS**:

**2.1.-Titulación:** título de ATS/DUE

**2.2.-Personal de plantilla,** en situación administrativa de activo

3) **CURRICULUM VITAE**:

Se valorará especialmente:

**3.1.-Cursos:**

- Gestión y Administración
- Calidad

- Comunicación y Dirección de Grupos

### **3.2.-Experiencia:**

- Años
- Servicios
- Cargos

Todos los datos del Currículum Vitae deben presentarse debidamente **avalados**.

4) **PROYECTO TÉCNICO** de Gestión para la que solicita el puesto.

5) **ENTREVISTA PERSONAL**

6) El seleccionado queda sujeto/a **EVALUACIÓN CONTÍNUA**.

7) **JORNADA LABORAL:**

Será la reglamentariamente establecida. Horario de **Tarde**. **Con guardias de presencia física sábados, domingos y festivos (mañana y tarde). Cubre libranzas de los Supervisores de Noches (pago de guardias según Ley de retribuciones).**

8) **PLAZO Y LUGAR DE PRESENTACIÓN:**

El plazo de presentación es de **15 días naturales** a contar desde el siguiente a la publicación de la presente convocatoria (del **17 de Febrero de 2012 a 2 de Marzo de 2012**, ambos inclusive).

Las solicitudes se presentarán en el Registro General del Hospital Severo Ochoa, sito en Leganés, o en cualquiera de las formas establecidas en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por Ley 4/1999, de 13 de enero.

9) **RECURSOS:**

La presente Resolución y las Bases que rigen para esta convocatoria podrán ser recurridas en ALZADA ante la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Severo Ochoa, para ante la Dirección General de Recursos Humanos del SERMAS,

en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la publicación de la presente. Todo ello de conformidad con cuanto establece la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por Ley4/1999, de 13 de enero.

### **DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

**1.-Instancia:** solicitud según modelo, que se recogerá en la Dirección de Enfermería

**2.-Fotocopia de nombramiento**

**3.-Currículum Vitae, aportando** documentación acreditativa

**4.-Proyecto Técnico.**

VºBº

*César Gómez Derch*

*Inés Soto Mancebo*

**DIRECTOR GERENTE**

**DIRECTORA ENFERMERÍA**



## *10.2 Anexo 2. Hoja informativa y Consentimiento Informado.*

### ***HOJA INFORMATIVA EN RELACIÓN AL ESTUDIO DE TESIS DOCTORAL “Rasgos de personalidad, perfil de resistencia al estrés y capacidad de liderazgo en los gestores enfermeros en la Comunidad de Madrid”.***

#### ***INTRODUCCIÓN***

Se solicita su participación para un proyecto consistente en: evaluar si las personas que conforman los diferentes grupos estudiados (gestores enfermeros y enfermeros asistenciales), poseen un perfil de personalidad que se diferencien de forma significativa, con el objetivo de determinar si existen variables de personalidad o de ansiedad/rasgo diferenciales entre los enfermeros/as gestores y los asistenciales.

De acuerdo con lo establecido en la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, y la **Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica**, este documento se le proporciona para darle información suficiente para que pueda entender los posibles riesgos y beneficios derivados de su participación en este proyecto, decidiendo si desea participar o no en el mismo, ya que la participación es absolutamente voluntaria.

Antes de tomar su decisión, lea atentamente este documento. Haga tantas preguntas como desee hasta asegurarse de que lo ha entendido y desea participar.

***FINALIDAD DE LA  
INVESTIGACIÓN***

Este estudio está dirigido a la evaluación de las enfermeras asistenciales y gestoras que desempeñan su actividad en la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid.

En concreto, este estudio, se orienta hacia la evaluación de si las personas que conforman cada uno de los grupos estudiados, poseen un perfil de personalidad que se diferencie entre sí. Sin olvidar la evaluación de si existen o no características específicas que les permitan responder de forma adecuada al estrés y que les ayuden a obtener una serie de respuestas prácticas e innovadoras a los diferentes problemas que les surjan en su actividad habitual.

### ***RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN***

D. Diego Ayuso Murillo (UNED), el Dr. Antonio López Peláez (UNED), Dra. Ana Colomer Sánchez (Universidad Rey Juan Carlos y Universidad Nebrija), Dr. Iván Herrera Peco (Universidad Pontificia de Comillas).

En caso de cualquier duda puede consultarla a cualquiera de los miembros del equipo investigador detallado en el párrafo anterior.

### ***INFORMACIÓN RELATIVA A LA SALUD***

No se prevén obtener datos que resulten relevantes en relación a su salud o que puedan afectar a terceras personas.

### ***GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD***

La información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad, siendo conocida exclusivamente por las personas pertenecientes al proyecto (D. Diego Ayuso, Dr. Antonio López, Dra. Ana Colomer y el Dr. Ivan Herrera) de acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal** y en el **Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999**.

Usted tiene derecho a ceder, rectificar y cancelar sus datos poniéndose en contacto con cualquiera de los investigadores mencionados en este apartado, e indicando su solicitud por escrito.

Para asegurar que la información derivada de los cuestionarios cumplimentados no se asocie con su identidad, sus cuestionarios sólo se identificarán, desde el momento mismo de la cumplimentación, con un código, nunca con su nombre. Sólo este código, y nunca su identidad, aparecerá en las bases de datos donde figure la información extraída de estos cuestionarios y que pueda estar referida a usted.

La relación entre su código y su identidad quedará custodiada por una persona autorizada del equipo investigador, adoptándose medidas estrictas para que tal información no esté disponible más que para este personal autorizado, que en ningún caso podrá desvelar su identidad a terceros.

Así, podemos asegurar que cualquier información que se obtenga a partir de los resultados derivados de los cuestionarios, permanecerán como información confidencial.

## ***PROCEDIMIENTO***

### ***O***

Si decide participar en este estudio, **el único procedimiento en el que estará relacionado es en la cumplimentación de dos tipos de cuestionarios: i) cuestionario 16PF-5 y ii) cuestionario STAI.**

Inmediatamente tras la cumplimentación y entrega del cuestionario al personal investigador autorizado, se asignará un código alfanumérico que será el único identificador del cuestionario.

El cuestionario 16PF-5 es una prueba estructurada como instrumento para la medida y comprensión de la personalidad. El 16PF-5 mide 16 factores básicos que están identificados de la siguiente manera: A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N, O, Q1, Q2, Q3, & Q4; y cinco factores de segundo orden o dimensiones globales.

	Afabilidad	L	Vigilancia
--	------------	---	------------

B	Razonamiento	M	Abstracción
C	Estabilidad	N	Privacidad
E	Dominancia	O	Aprensión
F	Animación	Q1	Apertura cambio
G	Atención normas	Q2	Autosuficiencia
H	Atrevimiento	Q3	Perfeccionismo
I	Sensibilidad	Q4	Tensión

Tabla 1.- Factores Básicos

Ext	Extraversión	Ans	Ansiedad
Dur	Dureza	Ind	Independencia
AutC	Autocontrol		

Tabla 2.- Dimensiones Globales

El cuestionario STAI tiene como objetivo evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones:

- Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
- Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Los cuestionarios cumplimentados, serán almacenados y conservados en un lugar seguro y de acceso restringido, durante un periodo máximo de 5 años antes de ser destruidos o anonimizados (mediante destrucción de la lista que une los códigos alfanuméricos con la identificación personal).

El equipo investigador estará formado por miembros del grupo de investigación del Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales de la UNED e investigadores

adscritos a la Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Nebrija y la Universidad Pontificia de Comillas.

Una vez otorgado su consentimiento y obtenidos los cuestionarios, habrá concluido su participación en el proyecto, y no se le exigirá que dedique ningún tiempo extra al mismo.

### ***COMPENSACIÓN***

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación en este estudio o derivada de sus resultados.

### ***USO DE LOS HALLAZGOS REALIZADOS***

Como ya se ha descrito, se adoptarán estrictas medidas de seguridad para garantizar el anonimato de sus resultados. La evaluación de los resultados no se hará de forma individual, sino por grupos como por ejemplo: varones vs mujeres, enfermeras gestoras vs asistenciales, grupos de edad, etc. Debe comprender que los resultados de valor que se pudieran obtener provendrían del estudio de múltiples cuestionarios, y en ningún caso de los suyos exclusivamente

Es posible que los resultados de las investigaciones sean publicados en la literatura científica especializada, pero entendiendo estos resultados como los obtenidos de la totalidad de los cuestionarios analizados y no de los resultados individuales. Si este fuera el caso, su identidad permanecerá completamente confidencial y nunca formará parte de ninguna publicación.

### ***PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA***

Su participación en este proyecto es totalmente voluntaria. Si firma el consentimiento informado, confirmará que desea participar. Puede negarse a participar o retirar su consentimiento en cualquier momento después de firmarlo y sin tener que explicar los motivos. Si decide retirar su consentimiento, sus cuestionarios serán destruidos y sólo

se guardará la información obtenida hasta ese momento pero no podrá obtenerse nueva información.

### ***OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN ADICIONAL***

Usted puede contactar con cualquier miembro del grupo de investigación, que se ha detallado en el apartado "Garantía de Confidencialidad", si le surge cualquier duda sobre su participación en este proyecto o sobre sus derechos como voluntario. En todo momento se pondrán los medios necesarios para facilitar la información más adecuada.

### ***CONSENTIMIENTO INFORMADO***

#### **Título Proyecto:**

***Rasgos de Personalidad, perfil de resistencia al estrés y capacidad de liderazgo en los gestores enfermeros en la Comunidad de Madrid.***

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del voluntario), He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el proyecto.

He recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado de ello con \_\_\_\_\_

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento:

1º. Cuando quiera.

2º. Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

---

FIRMA      DEL      VOLUNTARIO      Nombre

Fecha

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este proyecto al voluntario y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

---

FIRMA      Nombre      Fecha

Se entrega copia de este documento al participante.



Hospital Universitario  
de Getafe



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA

D. RICARDO SANZ FERNÁNDEZ, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe

CERTIFICA:

Que este Comité en su reunión del 01 de octubre de 2015 (A11-15) ha evaluado la documentación correspondiente al proyecto titulado: ***"Rasgos de personalidad, perfil de resistencia al estrés y capacidad de liderazgo en los gestores enfermeros en la Comunidad de Madrid."***

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del proyecto y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado por D. Diego Ayuso Murillo del Servicio de Enfermería del Hospital Universitario de Getafe, como investigador principal.

Lo que firmo en Getafe, a 01 de octubre de 2015.

Fdo: D. Ricardo Sanz Fernández  
Presidente del CEIC  
Hospital Universitario de Getafe.  
 Hospital Universitario  
de Getafe  
Comité Ético de  
Investigación Clínica



#### **10.4. Anexo 4. Cuestionario 16PF.**

##### **16 PF-5 Cuadernillo. Instrucciones.**

A continuación encontrará una serie de frases que permitirán conocer sus actitudes e intereses. En general, no existen contestaciones correctas e incorrectas, porque las personas tienen distintos intereses y ven las cosas desde distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad; de esta forma se podrá conocer mejor su forma de ser.

Anote sus contestaciones en la Hoja de respuestas que le han entregado. En primer lugar escriba sus datos (iniciales nombre, edad, etc.) en la parte superior. Cada frase contiene tres posibles respuestas (A, B y C) y normalmente la alternativa B viene con un interrogante, para ser señalada cuando no es posible decidirse entre la A y la C. En la Hoja encontrará estas letras para dar sus respuestas. Las frases están ordenadas numéricamente; siga esta numeración al contestar. Lea atentamente cada frase y las posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora lea los ejemplos que vienen aquí debajo para hacer un poco de práctica, y piense cómo las contestaría. Si tiene dudas pregunte al examinador. Ejemplos:

1. Me gusta presenciar una competición deportiva.  
A. Verdadero.    B. ?    C. Falso.
  
2. Prefiero las personas:  
A. Reservadas    B. ?    C. Que hacen amigos fácilmente.
  
3. El dinero no hace la felicidad:  
A. Verdadero.    B. ?    C. Falso.

Al contestar tenga en cuenta lo siguiente:

- No piense demasiado el contenido de la frase, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. Quisiera; por ejemplo, se ha puesto “presenciar una competición deportiva”, y tal

vez a Vd. le guste más el fútbol que el baloncesto; debe contestar pensando en lo que es habitual para Vd. Generalmente se contestan cinco o seis por minuto, y se tarda poco más de media hora para completar todo el Cuadernillo.

- Evite señalar la respuesta B (?), excepto cuando le sean imposible decidirse por las otras dos; lo corriente es que esto le ocurra sólo en muy pocas frases.
- Procure no dejar ninguna cuestión sin contestar. Es posible que alguna no tenga nada que ver con Vd. (porque no se aplica perfectamente en su caso); intente elegir la respuesta que vaya mejor con su modo de ser. Tal vez algunas frases le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que las Hojas de respuestas se guardan como documentos confidenciales y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.
- Conteste sinceramente. No señale sus respuestas pensando en lo que es bueno o lo que interesa para impresionar al examinador. Además, el cuadernillo se desarrolló para ser sensible a respuestas contradictorias.

ESPERE, NO PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LO INDIQUEN.

**1. En un negocio sería más interesante encargarse de:**

A. Las maquinas o llevar registros.      B. ?      C. Entrevistar y hablar con personas.

**2. Normalmente me voy a dormir sintiéndome satisfecho de cómo ha ido el día.**

A. Verdadero.      B. ?      C. Falso.

**3. Si observo que la línea de razonamiento de otra persona es incorrecta, normalmente:**

A. Se lo señalo.      B. ?      C. Lo paso por alto.

**4. Me gusta muchísimo tener invitados y hacer que se lo pasen bien.**

A. Verdadero.      B. ?      C. Falso.

**5. Cuando tomo una decisión siempre pienso cuidadosamente en lo que es correcto y justo.**

A. Verdadero.      B. ?      C. Falso.

**6. Me atrae más pasar una tarde ocupado en una tarea tranquila a la que tenga afición que estar en una reunión animada.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**7. Admiro más a:**

A. Una persona con capacidad de tipo medio, pero con una moral estricta. B. ?  
C. Una persona con talento, aunque a veces no sea responsable.

**8. Sería más interesante ser:**

A. Ingeniero de la construcción. B. ? C. escritor de teatro.

**9. Normalmente soy el que da el primer paso al hacer amigos.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**10. Me encantan las buenas novelas u obras de teatro/cine.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**11. Cuando la gente autoritaria trata de dominarme, hago justamente lo contrario de lo que quiere.**

A. Sí. B. ? C. No.

**12. Algunas veces no congenio muy bien con los demás porque mis ideas no son convencionales y corrientes.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**13. Muchas personas te “apuñalarían por la espalda” para salir ellas adelante.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**14. Me meto en problemas porque a veces sigo adelante con mis ideas sin comentarlas con las personas que puedan estar implicadas.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**15. Hablo de mis sentimientos:**

A. Con facilidad cuando las personas parecen estar interesadas. B. ?  
c. sólo si no tengo más remedio.

**16. Me aprovecho de la gente.**

A. Algunas veces.      B. ?      C. Nunca.

**17. Mis pensamientos son demasiado complicados y profundos como para ser comprendidos por muchas personas.**

A. Casi nunca.      B. ?      C. A menudo.

**18. Prefiero:**

A. Comentar mis problemas con mis amigos.      B. ?      C. Guardarlos para mis adentros.

**19. Pienso acerca de cosas que debería haber dicho pero que no las dije:**

A. Casi nunca.      B. ?      C. A menudo.

**20. Siempre estoy alerta ante los intentos de propaganda en las cosas que leo.**

A. Sí.      B. ?      C. No

**21. Si las personas actúan como si yo no les gustara:**

A. No me perturba.      B. ?      C. normalmente me hace daño.

**22. Cuando observo que difiero de alguien en puntos de vista sociales, prefiero:**

A. Discutir el significado de nuestras diferencias básicas.      B. ?      C. cambiar de tema.

**23. He dicho cosas que hirieron los sentimientos de otros.**

A. Verdadero.      B. ?      C. Falso.

**24. Si tuviera que cocinar o construir algo seguiría las instrucciones exactamente.**

A. Verdadero, para evitar sorpresas.      B. ?      C. Falso, porque podría hacer algo más interesante.

**25. A la hora de construir o hacer algo preferiría trabajar:**

A. Con otros.      B. ?      C. yo solo.

**26. Me gusta hacer planes con antelación para no perder tiempo entre las tareas.**

A. Raras veces.      B. ?      C. A menudo.

**27. Normalmente me gusta hacer mis planes yo solo, sin interrupciones y sugerencias de otros.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**28. Cuando me siento tenso incluso pequeñas cosas me sacan de quicio.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**29. Puedo encontrarme bastante a gusto en un ambiente desorganizado.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**30. Si mis planes, cuidadosamente elaborados, tuvieran que ser cambiados a causa de otras personas:**

A. Eso me molestaría e irritaría. B. ? C. me parecería bien y estaría contento de cambiarlos.

**31. Preferiría:**

A. Estar en una oficina, organizando y atendiendo a personas. B. ? C. ser arquitecto y dibujar planos en un despacho tranquilo.

**32. Cuando las pequeñas cosas empiezan a marchar mal unas detrás de otras:**

A. Me siento como si no pudiera dominarlas. B. ? C. continuo de un modo normal.

**33. Me satisface y entretiene cuidar de las necesidades de los demás.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**34. A veces hago observaciones tontas, a modo de broma, para sorprender a los demás.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**35. Cuando llega el momento de hacer algo que he planeado y esperado, a veces no me apetece ya continuarlo.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**36. En las situaciones que dependen de mí me siento bien dando instrucciones a los demás.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**37. Preferiría emplear una tarde:**

A. Haciendo con tranquilidad y sosiego algo por lo que tenga afición. B. ?  
C. Falso.

**38. Cuando yo sé muy bien lo que el grupo tiene que hacer, me gusta ser el único en dar las órdenes.**

A. Sí. B. ? C. No.

**39. Me divierte mucho el rápido y vivaz humor de algunas series de televisión.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**40. Le doy más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a una vida fácil.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**41. Me encuentro tímido y retraído a la hora de hacer amigos entre personas desconocidas.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**42. Si pudiera, preferiría hacer ejercicio con:**

A. La esgrima o la danza. B. ? C. el tenis o la lucha libre.

**43. Normalmente hay una gran diferencia entre lo que la gente dice y lo que hace.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**44. Resultaría más interesante ser músico que mecánico.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**45. Las personas forman su opinión acerca de mí demasiado rápidamente.**

A. Casi nunca. B. ? C. A menudo.

**46. Soy de esas personas que:**

A. Siempre están haciendo cosas prácticas que necesitan ser hechas. B. ? C. imaginan o piensan acerca de cosas sobre sí mismas.

**47. Algunas personas creen que es difícil intimas conmigo.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**48. Puedo engañar a las personas siendo amigable cuando en realidad me desagradan.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**49. Mis pensamientos tienden más a girar sobre cosas realistas y prácticas.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**50. Suelo ser reservado y guardar mis problemas para mis adentros.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso

**51. Después de tomar una decisión sobre algo sigo pensando si será acertada o errónea.**

A. Normalmente verdadero. B. ? C. Normalmente falso.

**52. En el fondo no me gustan las personas que son diferentes u originales.**

A. Verdadero, normalmente no me gustan. B. ? C. Falso, normalmente las encuentro interesantes.

**53. Estoy más interesado en:**

A. Buscar un significado personal a la vida. B. ? C. asegurarme un trabajo con un buen sueldo.

**54. Me perturbo más que otros cuando las personas se enfadan entre ellas.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**55. Lo que este mundo necesita es:**

A. Más ciudadanos íntegros y constantes. B. ? C. más reformadores con opiniones sobre cómo mejorar el mundo.

**56. Prefiero los juegos en los que:**

A. Se forman equipos o se tiene un compañero. B. ? C. cada uno hace su partida.

**57. Normalmente dejo algunas cosas a la buena suerte en vez de hacer planes complejos y con todo detalle.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**58. Frecuentemente tengo periodos de tiempo en que me es difícil abandonar el sentimiento de compadecerme a mí mismo.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**59. Mis mejores horas del día son aquellas en que estoy solo con mis pensamientos y proyectos.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**60. Si la gente me interrumpe cuando estoy intentando hacer algo, eso no me perturba.**

A. Verdadero. B. ? C. falso, me molesta.

**61. Siempre conservo mis pertenencias en perfectas condiciones.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**62. A veces me siento frustrado por las personas demasiado rápidamente.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**63. No me siento a gusto cuando hablo o muestro mis sentimientos de afecto o cariño.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**64. En mi vida personal, casi siempre alcanzo las metas que me pongo.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**65. Si el sueldo fuera el mismo preferiría ser un científico más que un directivo de ventas.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**66. Si la gente hace algo incorrecto, normalmente le digo lo que pienso.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**67. Pienso que mis necesidades emocionales:**

A. No están demasiado satisfechas. B. ? C. están satisfechas.

**68. Normalmente me gusta estar en medio de mucha actividad y excitación.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.



**69. La gente debería insistir, más de lo que hace ahora, en que las normas morales sean seguidas estrictamente.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**70. Preferiría vestir:**

A. De modo aseado y sencillo. B. ? C. a la moda y original.

**71. Me suelo sentir desconcertado si de pronto paso a ser el centro de la atención en un grupo social.**

A. Verdadero. B. ? C. Falso.

**72. Me pone irritado que la gente insista en que yo siga las mínimas reglas de seguridad.**

A. Verdadero, porque no siempre son necesarias. B. ? C. falso, porque es importante hacer las cosas correctamente.

**73. Comenzar a conversar con extraños:**

A. Nunca me ha dado problemas. B. ? C. me cuesta bastante.

**74. Si trabajara en un periódico preferiría los temas de:**

A. Literatura o cine. B. ? C. deportes o política.

**75. Dejo que pequeñas cosas me perturben más de lo que debieran.**

A. A veces. B. ? C. raras veces.

**76. Es acertado estar en guardia con los que hablan de modo amable, porque se pueden aprovechar de uno.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**77. En la calle me detendría más a contemplar a un artista pintando que va a ver la construcción de un edificio.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**78. Las personas se hacen perezosas en su trabajo cuando consiguen hacerlo con facilidad.**

A. Casi nunca. B. ? C. a menudo.

**79. Se me ocurren ideas nuevas sobre todo tipo de cosas, demasiadas para ponerlas en práctica.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**80. Cuando hablo con alguien que no conozco todavía, no doy más información que la necesaria.**

A. Normalmente verdadero. B. ? C. Normalmente falso.

**81. Pongo más atención en:**

A. Las cosas prácticas que me rodean. B. ? C. los pensamientos y la imaginación.

**82. Cuando la gente me critica delante de otros me siento muy descorazonado y herido.**

A. Casi nunca. B. ? C. A menudo.

**83. Encuentro más interesante a la gente si sus puntos de vista son diferentes de los de la mayoría.**

A. Verdadero. B. ? C. falso

**84. Al tratar con la gente es mejor:**

A. Poner todas las cartas sobre la mesa. B. ? C. no descubrir tu propio juego.

**85. A veces me gustaría más ponerme en mi sitio que perdonar y olvidar.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**86. Me gusta la gente que:**

A. Es estable y tradicional en sus intereses. B. ? C. reconsidera seriamente sus puntos de vista sobre la vida.

**87. A veces me siento demasiado responsable sobre cosas que suceden a mi alrededor.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**88. El trabajo que me es familiar y habitual:**

A. Me aburre y me da sueño. B. ? C. me da seguridad y confianza.

- 89. Logro terminar las cosas mejor cuando trabajo solo que cuando lo hago en equipo.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 90. Normalmente no me importa si mi habitación está desordenada.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 91. Me resulta fácil ser paciente, aun cuando alguien es lento para comprender lo que estoy explicándole.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso, me cuesta ser paciente.
- 92. Me gusta unirme a otros que van a hacer algo juntos, como ir a un museo o de excursión.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 93. Soy algo perfeccionista y me gusta que las cosas se hagan bien.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 94. Cuando tengo que hacer una larga cola por algún motivo, no me pongo tan intranquilo y nervioso como la mayoría.**
- A. Verdadero, no me pongo B. ? C. falso, me pongo intranquilo.
- 95. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones.**
- A. A veces. B. ? C. Nunca.
- 96. Me lo paso bien con gente que muestra abiertamente sus emociones.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 97. No dejo que me depriman pequeñas cosas.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 98. Si pudiera ayudar en el desarrollo de un invento útil preferiría encargarme de:**
- A. Investigarlo en el laboratorio. B. ? C. mostrar a las personas su utilización.

- 99. Si ser cortés y amable no da resultado puedo ser rudo y astuto cuando sea necesario.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 100. Me gusta ir a menudo a espectáculos y diversiones.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 101. Me siento insatisfecho conmigo mismo.**
- A. A veces. B. ? C. raras veces.
- 102. Si nos perdiéramos en una ciudad y los amigos no estuvieran de acuerdo conmigo en el camino a seguir:**
- A. No protestaría y les seguiría. B. ? C. les haría saber que yo creía que mi camino era mejor.
- 103. La gente me considera una persona animada y sin preocupaciones.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 104. Si el banco se descuidara y no me cobrara algo que debiera, creo que:**
- A. Lo indicaría y lo pagaría. B. ? C. yo no tengo por qué decírselo.
- 105. Siempre tengo que estar luchando contra mi timidez.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 106. Los profesores, sacerdotes y otras personas emplean mucho tiempo intentando impedirnos hacer lo que deseamos.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 107. Cuando estoy con un grupo, normalmente me siento, escucho y dejo que los demás lleven el peso de la conversación.**
- A. Verdadero B. ? C. falso.
- 108. Normalmente aprecio más la belleza de un poema que una excelente estrategia en un deporte.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 109. Si uno es franco y abierto los demás intentan aprovecharse de él.**

A. Casi nunca. B. ? C. A menudo.

**110. Siempre me interesan las cosas mecánicas y soy bastante bueno para arreglarlas.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**111. A veces estoy tan enfrascado en mis pensamientos que, a no ser que salga de ellos, pierdo la noción del tiempo y desorden o no encuentro mis cosas.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**112. Parece como si no pudiera confiar en más de la mitad de la gente que voy conociendo.**

A. Verdadero, no se puede confiar en ella. B. ? C. falso, se puede confiar en ella.

**113. Normalmente descubro que conozco a los demás mejor que ellos me conocen a mí.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**114. A menudo los demás dicen que mis ideas son realistas y prácticas.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**115. Si creo que lo merecen, hago agudas y sarcásticas observaciones a los demás.**

A. A veces. B. ? C. Nunca.

**116. A veces me siento como si hubiera hecho algo malo, aunque realmente no lo haya hecho.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**117. Me resulta fácil hablar sobre mi vida, incluso sobre aspectos que otros consideran muy personales.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

**118. Me gusta diseñar modos por los que el mundo pudiera cambiar y mejorar.**

A. Verdadero. B. ? C. falso.

- 119. Tiendo a ser muy sensible y preocuparme mucho acerca de algo que he hecho.**  
A. Casi nunca. B. ? C. falso.
- 120. En el periódico que acostumbro a hojear me intereso más por:**  
A. Los artículos sobre los problemas sociales. B. ? C. todas las noticias locales.
- 121. Preferiría emplear una tarde libre en:**  
A. Leer o trabajar en solitario en un proyecto. B. ? C. hacer alguna tarea con los amigos.
- 122. Cuando hay algo molesto que hacer, prefiero:**  
A. Dejarlo a un lado hasta que no haya más remedio que hacerlo. B. ? C. comenzar a hacerlo de inmediato.
- 123. Prefiero tomar la comida de mediodía:**  
A. Con un grupo de gente. B. ? C. en solitario.
- 124. Soy paciente con las personas, incluso cuando no son corteses y consideradas con mis sentimientos.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 125. Cuando hago algo, normalmente me tomo tiempo para pensar antes en todo lo que necesito para la tarea.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 126. Me siento molesto cuando la gente emplea mucho tiempo para explicar algo.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 127. Mis amigos probablemente me describen como una persona:**  
A. Cálida y amigable. B. ? C. formal y objetiva.
- 128. Cuando algo me perturba, normalmente me olvido pronto de ello.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 129. Como afición agradable prefiero:**

- A. Hacer o reparar algo. B. ? C. trabajar en grupo en una tarea comunitaria.
- 130. Creo que debo reclamar si en el restaurante recibo mal servicio o alimentos deficientes.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 131. Tengo más cambios de humor que la mayoría de las personas que conozco.**
- A. Normalmente verdadero B. ? C. normalmente falso.
- 132. Cuando los demás no ven las cosas como las veo yo, normalmente logro convencerlos.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 133. Creo que ser libre para hacer lo que desee es más importante que tener buenos modales y respetar las normas.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 134. Me encanta hacer reír a la gente con historias ingeniosas.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 135. Me considero una persona socialmente muy atrevida y comunicativa.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 136. Si una persona es lo suficientemente lista para eludir las normas sin que parezca que las incumple:**
- A. Podría incumplirlas si tiene razones especiales para ello. B. ? C.
- 137. Cuando me uno a un nuevo grupo, normalmente encajo pronto.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 138. Prefiero leer historias rudas o de acción realista más que novelas sentimentales e imaginativas.**
- A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 139. Sospecho que la persona que se muestra abiertamente amigable conmigo pueda ser desleal cuando yo no esté delante.**
- A. Casi nunca. B. ? C. a menudo.

- 140. Cuando era niño empleaba la mayor parte de mi tiempo en:**  
A. Hacer o construir algo. B. ? C. leer e imaginar cosas ideales.
- 141. Muchas personas son demasiado quisquillosas y sensibles, y por su propio bien deberían endurecerse.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 142. Me muestro tan interesado en pensar en las ideas que a veces paso por alto los detalles prácticos.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 143. Si alguien me hace una pregunta demasiado personal intento cuidadosamente evitar contestarla.**  
A. Normalmente verdadero. B. ? C. normalmente falso.
- 144. Cuando me piden hacer una tarea voluntaria digo que estoy demasiado ocupado.**  
A. A veces. B. ? C. raras veces.
- 145. Mis amigos me consideran una persona algo abstraída y no siempre práctica.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 146. Me siento muy abatido cuando la gente me critica en un grupo.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 147. Les surgen más problemas a quienes:**  
A. Se cuestionan o cambian métodos que son ya satisfactorios. B. ?  
C. descartan enfoques nuevos o prometedores.
- 148. Soy muy cuidadoso cuando se trata de elegir a alguien con quien abrirme francamente:**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 149. Me gusta más intentar nuevos modelos de hacer las cosas que seguir caminos ya conocidos.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.



- 150. Los demás dicen que suelo ser demasiado crítico conmigo mismo.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 151. Generalmente me gusta más una comida si contiene alimentos familiares y cotidianos que si tiene alimentos poco corrientes.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 152. Puedo pasar fácilmente una mañana entera sin tener necesidad de hablar con alguien.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 153. Deseo ayudar a las personas.**  
A. Siempre. B. ? C. A veces.
- 154. Yo creo que:**  
A. Algunos trabajos no deberían ser hechos tan cuidadosamente como otros.  
B. ? C. cualquier trabajo habría que hacerlo bien si es que se va a hacer.
- 155. Me resulta difícil ser paciente cuando la gente me critica.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 156. Prefiero los momentos en que hay gente a mi alrededor.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 157. Cuando realizo una tarea no se me encuentro satisfecho a no ser que ponga especial atención incluso a los pequeños detalles.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 158. Algunas veces me sacan de quicio de un modo insoportable pequeñas cosas, aunque reconozca que son triviales.**  
A. Sí. B. ? C. No.
- 159. Me gusta más escuchar a la gente hablar de sus sentimientos personales que de otros temas.**  
A. Verdadero. B. ? C. falso.
- 160. Hay ocasiones en que no me siento de humor para vera a nadie.**

A. Muy raras veces.    B. ?    C. Bastante a menudo.

**161.        Me gustaría más ser consejero orientador que arquitecto.**

A. Verdadero.    B. ?    C. falso.

**162.        En mi vida cotidiana casi nunca me encuentro con problemas que no puedo afrontar.**

A. Verdadero, puedo afrontarlos fácilmente.    B. ?    C. falso.

**163.        Cuando las personas hacen algo que me molesta, normalmente:**

A. No le doy importancia.        B. ?    C. falso.

**164.        Yo creo más en :**

A. Ser claramente serio en la vida cotidiana.    B. ?    C. seguir casi siempre el dicho diviértete y sé feliz.

**165.        Me gusta que haya alguna competitividad en las cosas que hago.**

A. Verdadero.    B. ?    C. falso.

**166.        La mayoría de las normas se han hecho para no cumplirlas cuando haya buenas razones para ello.**

A. Verdadero.    B. ?    C. falso.

**167.        Me cuesta bastante hablar delante de un grupo numeroso de personas.**

A. Verdadero.    B. ?    C. falso.

**168.        Preferiría un hogar en el que:**

A. Se sigan normas estrictas de conducta.        B. ?    C. no haya muchas normas.

**169.        En las reuniones sociales suelo sentirme tímido e inseguro de mí mismo.**

A. Verdadero.    B. ?    C. falso.

**170.        En la televisión prefiero:**

A. Un programa sobre nuevos inventos prácticos.    B. ?    C. un concierto de un artista famoso.

Las cuestiones que vienen a continuación se diseñaron como ejercicios de resolución de problemas. En ellas hay una y sólo una respuesta correcta. Si no está seguro de cuál es la correcta, elija la que crea mejor. Vea un ejemplo de aquí debajo:

**Ejemplo: Toro es a ternero como caballo es a:**

- A. Potro.            B. ternera.        C. yegua

La contestación correcta es potro; es la cría del caballo como ternero es la cría del toro.

**171.        Minuto es a hora como segundo es a:**

- A. Minuto.            B. milisegundo.        C. hora.

**172.        Renacuajo es a rana como larva es a:**

- A. Araña.            B. gusano.        C. insecto.

**173.        Jamón es a cerdo como chuleta es a:**

- A. Cordero.        B. pollo.            C. merluza.

**174.        Hielo es a agua como roca es a:**

- A. Lava.            B. arena.        C. petróleo.

**175.        Mejor es a pésimo como peor es a:**

- A. Malo.            B. santo.            C. óptimo.

**176.        ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?**

- A. Terminal.        B. estacional.        C. cíclico.

**177.        ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?**

- A. Gato.            B. cerca.            C. planeta.

**178.        Lo opuesto de correcto es lo opuesto de:**

- A. Bueno.            B. erróneo.        C. adecuado.

**179.        ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?**

- A. Probable.        B. eventual.        C. inseguro.

**180.        Lo opuesto de lo opuesto de inexacto es:**

A. Casual.                      B. puntual.      C. incorrecto.

**181.**        **¿Qué número debe seguir al final de éstos? 1-4-9-16...**

A. 20.    B. 25.   C.32.

**182.**        **¿Qué letra debe seguir al final de éstas? A-B-D-G...**

A. H.    B. K.   C. J.

**183.**        **¿Qué letra debe seguir al final de éstas? E-I-L...**

A. M.    B. N.   C. O.

**184.**        **¿Qué numero debe seguir al final de éstos? 1/12- 1/6- 1/3- 2/3...**

A.  $\frac{3}{4}$ .    B.  $\frac{4}{3}$ .   C.  $\frac{3}{2}$ .

**185.**        **¿Qué número debe seguir al final de éstos? 1 2 0 3 -1...**

A. 5.    B. 4.    C. -3.

### 10.5. Anexo 5. Cuestionario STAI. INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo.

No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Marque con una X la respuesta.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasegado	0	1	2	3
14	Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

### COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describir una a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL en la mayoría de ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy Feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (Melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.**