

## IDENTIDAD DE LA ENFERMERA Y LIDERAZGO EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD

### NURSING IDENTITY AND LEADERSHIP REQUIRED IN THE PUBLIC HEALTH

**Andrés Pucheu\***

Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Santiago de Chile

---

Artículo recibido el 11 de noviembre, 2006. Aceptado en versión corregida el 30 de mayo, 2007

#### **RESUMEN**

*El cambio en la nueva institucionalidad del sector público de salud hace necesario potenciar las capacidades de liderazgo de sus directivos y supervisores. Dado que la idea de liderazgo alude a la capacidad de cambiar la motivación de los subalternos a través de procesos en los cuales estos reconfiguran su percepción del entorno y sí mismos, en este artículo se presentan características de la identidad tradicional en enfermería, así como sugerencias con relación a las prácticas de liderazgo necesarias para la gestión del cambio. **Palabras clave:** Liderazgo, identidad, enfermería.*

#### **ABSTRACT**

*The new legal structure in the Chilean Public Health System will increase the need for leadership competencies at both executive and supervisor levels. Given that the current vision of leadership outlines the importance of motivational changes among subordinates through processes in which their perception of their environment and themselves is reconfigured, this article presents characteristics of the traditional nursing identity in Chile and the world which affect the perception and results of leadership styles. It also makes suggestions related to leadership practices required for management change. **Key words:** Leadership, identity, nursing.*

## INTRODUCCIÓN

La nueva institucionalidad legal del sector público de salud implica un reconocimiento formal al rol de gestión y dedicación al cuidado de la profesión de enfermería, lo que se expresaría en cambios estructurales en las unidades hospitalarias y mayores responsabilidades formales de gestión para las enfermeras en cargos directivos.

Ambos cambios afectarán los roles ocupados por las enfermeras y hacen necesario reflexionar sobre la manera en que se debe liderar la implementación de los mismos, tanto en el desarrollo de habilidades específicas como la formación de valores de gestión. Considerando esto, este artículo presenta algunas reflexiones sobre las características y fuentes culturales de la profesión de enfermería, así como sobre la manera en que el proceso de liderazgo debe implementarse para lograr un cambio cultural sustentable y beneficioso.

## LIDERAZGO E IDENTIDAD

Si bien no es posible decir que existe una definición universalmente aceptada de liderazgo, sí es posible señalar que la mayor parte de las definiciones incluyen referencias a procesos en los cuales el líder afecta las creencias y valores de los seguidores. Así, una definición representativa puede ser la de Antonakis, Cianciolo y Sternberg (2004), quienes definen liderazgo como “proceso de influencia –y sus correspondientes resultados– que ocurre entre líder y seguidores... una condición necesaria para el liderazgo auténtico y efectivo es la creación de seguidores empoderados que persiguen un propósito moral, lo que genera resultados éticos que son obtenidos por medios éticos”. El énfasis de esta definición en el cambio en la interpretación de los eventos realizada por los seguidores y las implicancias de este cambio en su elección de objetivos y manera de vincularse hace posible realizar una conexión entre el liderazgo y los procesos de construcción de la realidad

social, tal como son descritos por Berger y Luckmann (2003) y otros autores (Jodelet, 1983 citado en Moscovici, 1993; Touraine, 1973).

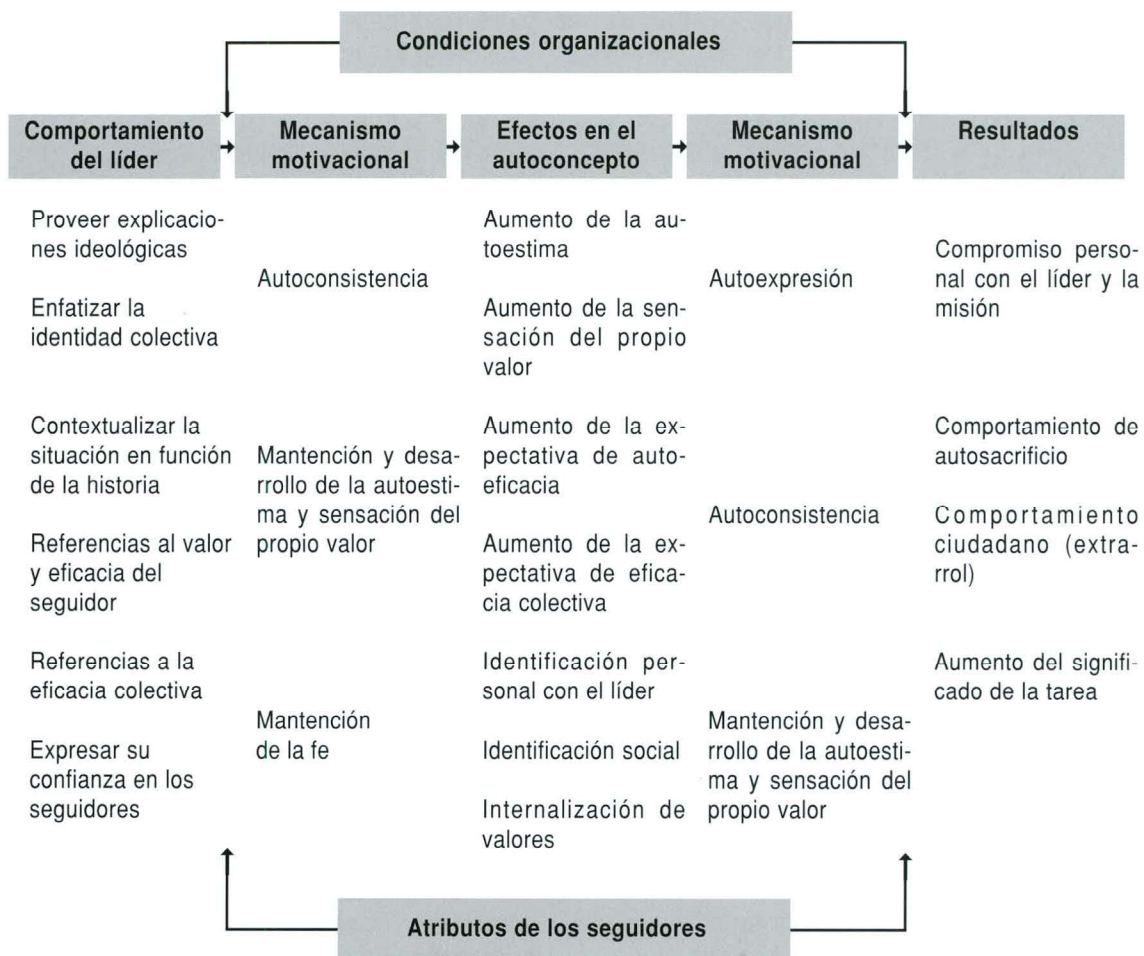
Actualmente se entiende que la influencia del líder se produce a través de un cambio en la identidad del seguidor (Lord, Brown & Freiberg, 1999; Shamir, House & Arthur, 1993). En este sentido la idea de identidad puede definirse como un discurso explicativo sobre la historia personal, el cual es construido en conversaciones y a partir de las atribuciones recibidas en los distintos roles que el sujeto ha asumido a lo largo de su vida (Andersen & Chen, 2002; Fleeson, 2001; Pappath, 2001; Vahadilla, Gray, Haig & Watson, 2002).

Shamir et al. (1993) plantean que los líderes afectarán la identidad de los seguidores asociando las metas y esfuerzos desplegados por el seguidor con los valores claves en la identidad. En este sentido, los valores son las historias que contienen los esquemas utilizados para evaluar el comportamiento propio y de los demás. Ejemplos de valores son los cuentos infantiles, la historia nacional o familiar y las anécdotas emocionalmente significativas que los sujetos aprenden a lo largo de la vida. Al asociar su comportamiento a valores, el seguidor experimentaría un cambio desde la orientación instrumental de la conducta a una orientación moral y desde una preocupación por los beneficios individuales a una preocupación por las metas de la organización en la que participa. Adicionalmente, las conductas de los líderes que expresan altas expectativas de logro, confianza y vinculación del individuo con el grupo aumentarían la percepción de control y autoeficacia. Estas afirmaciones son coincidentes con las de Kenneth y Velthouse (1990), en el sentido que la expresión de confianza en las capacidades del seguidor y la asignación de significado a la tarea son elementos claves en la generación del estado motivacional asociado a la idea de *empowerment*.

Desde el punto de vista conductual, la influencia del líder se lograría a través de dos tipos de comportamientos: Modelar el rol y reconceptualización. Modelar el rol permitiría que los seguidores aprehendan los valores del líder a través de la observación de su estilo de vida, reacciones emocionales y preferencias. Son particularmente importantes los sacrificios asumidos por el líder, ya que le proporcionan credibilidad y aumentan la implicancia emocional de su discurso. Existe evidencia apoyando tanto el valor de la actuación del rol (Gardner & Avolio, 1998),

como de la importancia del despliegue de sacrificios (Parameshwar, 2006; Van Knippenberg & Van Knippenberg, 2005). Por otro lado, la idea de reconceptualización se refiere al proceso de asimilación de las interpretaciones de la realidad significativa para el líder y los seguidores. Esto sería realizado por el líder a través de la estructuración de una ideología que permite reinterpretar el pasado del grupo y la sociedad, la generación de eslóganes y, más importante, la relación entre la identidad del seguidor y una visión de futuro (Shamir et al., 1993), (Figura 1).

**Figura 1:**  
**Esquema de la Hipótesis sobre la Influencia del Líder (Shamir et al., 2003)**



Eilam y Shamir (2005) han desarrollado las ideas anteriores, explicando las implicancias de los cambios de identidad en los fenómenos asociados a la idea de resistencia al cambio. De acuerdo a esto, la resistencia a los planteamientos directivos se debería a incongruencias evidentes entre la identidad personal y organizacional de los seguidores y la nueva identidad implicada en la visión o estrategia ejecutiva. Este planteamiento es coincidente con el de otros autores, quienes han aportado evidencia adicional al respecto (Dawson & Buchaman, 2005; Simón & Clegg, 2005). Al respecto y en el ámbito específico de enfermería, Cohn, Algeo, Stackpoole y Bowley (2005) y Apker (2001, 2004) presentan casos demostrando la necesidad que manifiestan las enfermeras supervisoras por integrar los nuevos discursos de gestión de negocios en la cultura organizacional de la enfermería. Por su parte, Kan y Perry (2004), presentando los resultados de un estudio de dos años en hospitales de Nueva Zelanda, señalan que las prácticas de liderazgo son insuficientes para superar los problemas de dirección generados por la irrupción del discurso de gestión y que los líderes deben ser capaces de identificar y reconceptualizar las incongruencias en los discursos organizacionales. De otra manera, el desajuste de las múltiples realidades enfrentadas en el hospital inhibirá su capacidad de dirección.

En Chile, Pucheu (1992) encontró correlación entre los estilos de supervisión y estilos de liderazgo de enfermeras supervisoras de hospitales públicos, utilizando el modelo de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard y de negociación de Thomas-Killmann (Chávez & Legues, 2001). Los estilos predominantes en liderazgo fueron estructurador e integrativo, correspondiendo con estilos de negociación de compromiso e integrativo. Esto se debería a la necesidad organizacional de integrar a las enfermeras subordinadas en la gestión, tanto por su impacto en el clima porque, a diferencia del modelo europeo o norteamericano,

en Chile las enfermeras supervisan a su vez a técnicos paramédicos y auxiliares, constituyéndose en un eslabón supervisor en la cadena de mando.

En lo que respecta al liderazgo se puede señalar que existe consenso en su importancia, junto a la necesidad de adecuar la formación de las enfermeras a la complejidad de los nuevos sistemas de gestión de hospitales (Bellack et al., 2001; Calpin-Davies, 2003; Flesner, Scout-Cawiezell & Rantz, 2005; Graham & Partlow, 2004). En particular y considerando evidencia como la presentada por McNeese-Smith (1999), quien encontró efectos negativos no previstos por la teoría motivacional de McClelland, algunos autores (De Groot, 2005; Flesner et al., 2005) abogan por la generación de nuevos modelos de liderazgo, especialmente concebidos para la situación de enfermería.

Si bien las ideas planteadas a continuación se presentan a la manera de un ensayo, es importante consignar que su fuente principal son datos obtenidos en el proyecto de investigación "Modernización, Cambio Cultural y Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud", con financiamiento del Departamento de Investigaciones Científicas y Tecnológicas [DICYT] de la Universidad de Santiago de Chile. Así como en una tesis de doctorado en curso, a lo cual se debe agregar la generosidad de numerosas enfermeras que han dialogado con el autor de este artículo en talleres de capacitación, seminarios y congresos.

### **Las fuentes de identidad tradicionales en enfermería**

La importancia de la identidad tanto en el cambio organizacional como en su resistencia hace necesario identificar cuáles son las fuentes de identidad claves, de manera que sea posible implementar procesos de liderazgo efectivos, en los cuales se prediga y manejen las incongruencias entre las definiciones institucionales—el marco legal, los reglamentos y asignación de funciones y estándares— y los valores e historias personales de todos los

actores que, dentro o fuera de las organizaciones, van dando forma al "hospital real". En función de esto es posible señalar que existirían al menos 9 grandes fuentes culturales que definen la identidad de enfermería en el sector público.

### **El género predominante en la profesión**

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

### **El origen ético y religioso**

Una segunda fuente de la cultura de enfermería es la ética humanista y religio-

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

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

### **La concepción de responsabilidad social del Estado**

Una tercera fuente clave en los valores e identidad de la enfermería es la concepción política sobre que el Estado es la principal fuerza de desarrollo nacional. Esta concepción fue compartida por todos los gobiernos desde la década del treinta a los setenta y, considerando que el Estado es y ha sido el principal formador y empleador de la profesión, ha impreso en la cultura de la enfermería universitaria la convicción que valores como salud y educación son prioridades éticas irrenunciables. A su vez, esta convicción se integraba con los valores religiosos, de manera que para las enfermeras formadas hasta los ochenta, el servicio público como vocación se constituyó en una verdad evidente por sí misma. Por el contrario, la

nueva hegemonía de la racionalidad económica (Habermas, 1992), al transformar los valores en unidades comparables a través de su valorización en dinero, genera una verdadera dilución de las visiones de mundo contenidas en las culturas tradicionales, las cuales ahora son percibidas como opcionales y dependientes del contexto. Desde el punto de vista de la manera en que las personas perciben los valores es posible señalar que se está pasando desde "vocaciones" a "empleos", en el sentido que los vínculos con el trabajo se entienden como puramente contractuales. Si bien puede que un número importante de enfermeras jóvenes conserven los valores tradicionales, también es esperable que la importancia y validez que les asignen sea menor, lo que supone un potencial problema de disciplina y conflicto (Pucheu, 1998).

#### **Los sistemas de control de gestión de recursos humanos (RRHH) del Estado**

Una cuarta fuente de la identidad de enfermería son los sistemas de control de gestión y concepción burocrática del Estado. Básicamente, en este punto es necesario recordar que el concepto weberiano de burocracia supone el control de la discrecionalidad a través de la estandarización y división del trabajo y un fuerte énfasis en la separación por niveles jerárquicos y tipos de formación profesional. De esta manera la práctica profesional de la enfermera implicaba respeto a la jerarquía y antigüedad de manera aún más estricta que lo observable en las fuerzas armadas.

Hoy el Estado está reemplazando esta noción burocrática del trabajo por modelos de integración horizontal, como la gestión por redes, que suponen el abandono de estructuras organizadas desde la diferencia de especialidades por la agrupación de acciones a través de procesos de prevención, cuidado y rehabilitación, lo que enfatiza la colaboración por sobre la división de especialidades, el ajuste mutuo por sobre la supervisión y la flexibilidad por sobre el

control (Bobilier, 2003). Esta nueva noción, referida habitualmente como la "modernización", implica fortalecer valores como autonomía, independencia y flexibilidad en el establecimiento de relaciones, todo lo cual obliga a construir discursos explicativos para integrar esta visión de lo que es deseable en el trabajo habitual de los servicios, todavía jerárquico y estandarizado en su mayor parte. Adicionalmente, dado que el hospital es un tipo de organización muy compleja y crónicamente falta de recursos, el nuevo discurso de empoderamiento es difícilmente implementable en muchas unidades, por lo menos en una escala universal. En este punto se debe agregar también que, siendo el Estado el principal empleador de enfermeras, hasta hace no mucho los salarios de la profesión se asumían como los propios de un empleado fiscal en lo que respecta a monto y evolución.

#### **La naturaleza de los procesos de cuidado**

Una quinta fuente, asociada a la anterior, es la naturaleza continua y parcialmente imprevisible de los procesos de cuidado. En efecto, en la mayor parte de los servicios el cuidado se implementa a lo largo de las 24 horas del día y los siete días de la semana, siendo necesarios los sistemas de jornadas que conocemos como 4° turno, más las prácticas de turnos de llamada, protocolos para entrega de turnos y otros muchos que no es necesario mencionar. Estos sistemas obligan a que las enfermeras actúen de manera colectiva, jerarquizada y uniforme, postergando en esto los afectos y otras características personales.

La naturaleza continua y colectiva del trabajo potencia a otras fuentes culturales, en el sentido de fortalecer la necesidad de disciplina, autocontrol y sacrificio. Sin embargo, en la medida que altera las rutinas familiares, tiene un impacto más directo en los roles de pareja, maternidad o paternidad, que deben ser adaptados y muchas veces postergados en función de las demandas del hospital.

### **La innovación tecnológica**

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

### **Mecanismos de control de la ansiedad**

La séptima fuente es lo que Menzies (1960) denomina los mecanismos de defensa contra la ansiedad paranoide. Estos mecanismos, de naturaleza inconsciente, influyen en las formas de organización del trabajo en salud, particularmente en algunas aparentemente negativas. Tomemos como un ejemplo el caso de la sobrecompensación en la autoafirmación o arrogancia que es atribuida comúnmente al comportamiento de los médicos, particularmente en especialidades como cirugía. Este es un juicio que se desprende de la seguridad y aparente distancia emocional demostrada por los médicos como conjunto. Estas características tendrían consecuencias negativas debido a que hacen que los médicos se comporten de manera administrativamente indisciplinada o con un trato duro respecto a otros profesionales. Ahora bien, si esto es cierto ¿por qué es que estas características se mantienen? ¿Es que las personas arrogantes se sienten inclinadas a la medicina o es más bien que la seguridad es reforzada de manera inadvertida durante los procesos de sociabilización?. Bueno, la respuesta se

hace más clara en la medida que observamos que el trabajo de un médico implica una alta responsabilidad por la salud e incluso la vida de sus pacientes, que el grado de incertidumbre en la toma de decisiones suele ser alto y que los recursos son limitados o escasos. En estas condiciones es natural que los médicos deban manejar un alto monto de ansiedad y así es posible entender por qué el sistema social privilegia el desarrollo de una autoestima poderosa y el mantenimiento de distancia emocional respecto a los pacientes, elementos sin los cuales un médico no podría soportar el estrés generado por su trabajo. Esto se extiende a enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos [UCI] de adultos o neonatal, urgencias y todos los otros servicios donde la ansiedad generada por la muerte, el daño o la locura deba ser controlada.

### **La complejidad de la noción de cuidado**

La octava fuente es la misma naturaleza compleja de la noción de cuidado, ya que en la medida que se refiere a la persona humana y su familia nos obliga a entrar en el amplio campo de los conceptos de prevención, promoción o salud mental. Tomemos el caso del cuidado de personas dementes y otros tipos de pacientes crónicos de edad avanzada, donde el cuidado obliga a la enfermera a desarrollar competencias en los ámbitos de la terapia, la educación o incluso la asistencia social. Así, la profesión cuenta con una impronta flexible y adaptativa, lo que por otro lado la expone a la intromisión de otras profesiones en su campo de acción. Adicionalmente, la amplitud de la concepción de cuidado también expone a la enfermera en tanto persona, ya que debe trabajar desde habilidades sociales o en espacios donde su capacidad de relacionarse puede ser tanto o más importante que su destreza técnica.

Estas fuentes culturales influyen sobre la identidad de enfermería haciendo que sea representada como una profesión esencialmente femenina, subalterna,

fuertemente jerarquizada, técnica, polivalente y donde la identidad y deseos personales deben ser postergados en función de la necesidad del servicio. Al mismo tiempo, es necesario considerar que, desde los setenta, la pérdida de los sustentos ideológicos y religiosos que regulaban las identidades profesionales en el sector Salud hace cada vez más probable la aparición de conflictos interpersonales y colectivos, especialmente porque a diferencia de otras subculturas profesionales del Estado (como Defensa), el sustento ideológico de la profesión no es claramente reconocido o apoyado por el Estado y, por lo tanto, no se prevén las medidas adecuadas a su manejo. Esta situación obliga a considerar el proceso de implementación de departamentos de gestión del cuidado como un proceso de cambio cultural que afectará tanto las actuales redes de pertenencia y lealtad, siendo implementado sobre un substrato cultural donde ya existen problemas, tales como altas tasas de burnout y pocos recursos.

#### **La racionalidad económica como discurso ético del Gobierno**

La novena influencia es posiblemente la más reciente y tiene más bien una influencia negativa, en el sentido que no constituye lo que "se es", sino de lo que "no se desea ser". Esta suerte de antivalor son los valores propios del discurso de racionalidad económica, entendido no como sinónimo de eficiencia o ahorro, valores que también son tradicionales en la profesión de enfermería, sino que como Habermas (1992) plantea señalando como racionalidad económica al reemplazo de criterios éticos, como el respeto irrestricto a la vida, la salud o la familia, por criterios de rentabilidad económica que pueden justificar la postergación de los valores antes mencionados. De esta manera, la búsqueda de empoderamiento de las enfermeras es en realidad una manera de asegurarse que el cuidado de las personas y los funcionarios de salud no será

postergado en la búsqueda de eficiencia o rentabilidad.

Este temor es una influencia poderosa en la resistencia al cambio y las acciones realizadas para manejarlo son particularmente dedicadas, toda vez que al hacerlo se arriesga desde un conflicto ético hasta fenómenos tan graves y difícilmente reparables como burnout, corrupción y alienamiento. Es por tanto una preocupación fundamental que los líderes organizacionales construyan argumentaciones integradoras.

#### **Liderazgo requerido en enfermería**

Tanto el cambio en las fuentes de discursos cultural como las preguntas planteadas por el desarrollo de la noción de cuidado nos llevan a considerar la necesidad de generar discursos integradores, que además de amortiguar el conflicto permitan construir identidades y redes sociales razonablemente estables (Apker, 2001; Currie & Brown, 2003; Faithfull & Hunt, 2005). A este respecto es posible sugerir las siguientes condiciones:

- La primera precaución es que el liderazgo, para ser efectivo en tanto traspaso de la identidad de la profesión, debe ser una preocupación gremial y no solo el esfuerzo de una persona aislada por tratar de traspasar sus valores a los demás. Esta idea es apoyada por evidencia presentada por Kark, Shamir y Chen (2003), quienes postulan que un liderazgo basado en el carisma individual a la larga solo aumentará la dependencia y terminará por aumentar la frustración e inadecuación de los subalternos.
- La segunda precaución es que, en la medida que los valores de la enfermería pueden no ser compartidos por las demás autoridades, el desarrollo del liderazgo en enfermería puede acentuar conflictos latentes en el hospital. De hecho, Faithfull y Hunt (2005), Fry, Harvey, Hurley y Foley (2002) y Pucheu (1998), señalan que la influencia



de las prácticas de gestión crea nuevos conflictos éticos, aumenta el estrés e incluso puede generar patología. Kan y Perry (2004), presentando los resultados de un estudio de dos años en hospitales de Nueva Zelanda, señalan que las prácticas de liderazgo transformacional son insuficientes para superar los problemas de dirección generados por la irrupción del discurso de gestión y que los líderes deben ser capaces de identificar y plantear las incongruencias de manera que los conflictos y problemas de clima organizacional no se agudicen, de otra manera el conflicto terminará inhibiendo su capacidad de dirección.

- La tercera precaución es considerar los valores tradicionales como la base de autoridad para el liderazgo. A este respecto se puede señalar que si bien existe un amplio consenso en la necesidad de adecuar la formación de las enfermeras a la complejidad de los nuevos sistemas de gestión de hospitales (Bellack et al., 2001; Calpin-Davies, 2003; Flesner et al., 2005; Graham & Partlow, 2004), también es necesario considerar evidencia como la presentada por Hendel y Gefen-Liban (2003), quienes encontraron que incluso enfermeras participantes en postgrados de gestión asignaban mayor prioridad a los valores tradicionales de la profesión que a los valores propios de los nuevos estilos de gestión de negocios, tales como aceptación de la visión gerencial, toma de riesgos, competición o estatus. Esta alta prioridad de los valores tradicionales de la profesión, tradicionalmente asociados a expectativas de género femenino, también afecta la percepción sobre las figuras de liderazgo. Por ejemplo, McNeese-Smith (1999) encontró que el perfil motivacional que McClelland asocia a liderazgo, constituido por alta motivación al poder y baja afiliación, era mal evaluado por

las subordinadas de las enfermeras supervisoras que los poseían, incluso a pesar de correlacionar positivamente con satisfacción de los usuarios. Esta importancia de los valores tradicionales y su conflicto con los promovidos por la racionalidad económica explican el hecho que los artículos publicados invariablemente muestran algún grado de prevalencia de burnout y problemas de adaptación al cambio (Beckstead, 2002; Dorz, Novara, Sica & Sanavio, 2003; García, Meza & Palma, 1999; Kennedy, 2005; Schmitz, Neumann & Opperman, 2000; Shimomitsu, Ohya & Odagiri, 2003). La gran difusión del problema ha derivado incluso en el uso de la noción de resiliencia en la labor de cuidado y la búsqueda de historias y prácticas que favorezcan el desarrollo de esta cualidad (McElfatrick et al., 2000; McGee, 2006). Por tanto, considerar que el discurso del cuidado debe ser compatible con el autocuidado debe ser la cuarta precaución al desarrollar el liderazgo en enfermería.

## **CONCLUSIÓN**

Los cambios estructurales necesarios para desarrollar los valores de autonomía y empoderamiento que exige la nueva institucionalidad deben ser manejados desde una perspectiva de liderazgo colectivo que considere los valores tradicionales en la cultura profesional y las posibles incongruencias con otras fuentes de autoridad. En esta tarea es clave explicitar que el interés por el cambio está fundado en una concepción ética del cuidado y la profesión, lo que ha sido el núcleo central de la enfermería desde los tiempos de su fundación como actividad profesional. Si por el contrario se busca instaurar un discurso de modernización basado solamente en la racionalidad económica de las acciones, es posible suponer que se aumente tanto el conflicto como la anomia y el burnout de los profesionales del sector público de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alliot, L. (2006). La catégorie de sexe dans la perception des rapports sociaux entre médecins et infirmiers, hommes et femmes, à l'hôpital. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 12(4), 231-246.
- Andersen, S. & Chen, S. (2002). The relational self: An interpersonal social-cognitive theory. *Psychological Review*, 109, 619-645.
- Antonakis, J., Cianciolo, A. & Sternberg, R. (2004). *The nature of leadership*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Apker, J. (2001). Role development in the managed care era: A case of hospital-based nursing. *Journal of Applied Communication Research*, 29, 117-136.
- Apker, J. (2004). Sensemaking of change in the managed care era: a case of hospital-based nurses. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 211-227.
- Beckstead, J. (2002). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 785-792.
- Bellack J., Morjikian, R., Barger, S., Strachota, E., Fitzmaurice, J., Lee, A. et al. (2001). Developing BSN leaders for the future: The Fuld leadership initiative for nursing education (LINE). *Journal of Professional Nursing*, 17, 23-32.
- Belenky, M., Clinchy, B., Goldberger, N. & Tarule, J. (1997). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bobillier, M.E. (2003). Évolutions techniques et mutations du travail: Émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le Travail Humain*, 66, 163-194.
- Calpin-Davies, P. (2003). Management and leadership: A dual role of nursing education. *Nurse Education Today*, 23, 3-10.
- Chávez, M. & Legües, P. (2001). Autoexploración y Desarrollo de Habilidades de Liderazgo. Recuperado el 11 de noviembre 2006 del sitio web de la Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://www.puc.cl> y luego [http://www.cursos.puc.cl/vil3011-1/almacen/1123618946\\_usalazar\\_sec4\\_pos0.doc](http://www.cursos.puc.cl/vil3011-1/almacen/1123618946_usalazar_sec4_pos0.doc)
- Cohn, K., Algeo, S., Stackpoole, K. & Bowkley, C. (2005). Overcoming abrasive interfaces: Implications for nurses in "leadership" positions. *Nurse Leader*, 3(4), 53-56.
- Currie, G. & Brown, A. (2003). A narratological approach to understanding processes of organizing in a UK hospital. *Human Relations*, 56(5), 563-586.
- Dawson, P. & Buchanan, D. (2005). The way it really happened: Competing narratives in the political process of technological change. *Human Relations*, 58(7), 845-865.
- De Groot, H. (2005). Evidence-based leadership: Nursing's new mandate. *Nurse Leader*, 3(2), 37-41.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677-684.
- Eilam, G. & Shamir, B. (2005). Organizational change and self-concept threats. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41(4), 399-421.
- Faithfull, S. & Hunt, G. (2005). Exploring nursing values in the development of a nurse-led service. *Nursing Ethics*, 12(5), 440-452.
- Fleeson, W. (2001). Toward a structure – and process – integrated view of personality: Traits as density distributions of states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 1011-1027.
- Flesner, M., Scott-Cawiezell, J. & Rantz, M. (2005). Preparation of nurse leaders in the 21<sup>st</sup> century workplace. *Nurse Leader*, 3(4), 37-40.
- Fry, S., Harvey, R., Hurley, A. & Foley, B. (2002). Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*, 9(4), 373-387.
- Gardner, W. & Avolio, B. (1998). The charismatic relationship: A dramaturgical perspective. *Academy of Management Review*, 23, 32-58.
- García, M., Meza, P. & Palma, M. (1999). *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río*. Tesis para optar al Título de Enfermera Matrona, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Graham, I. & Partlow, C. (2004). Introducing and developing nurse leadership through a learning set approach. *Nurse Education Today*, 24(6), 459-465.
- Habermas, J. (1992). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Hendel, T. & Gefen-Liban, D. (2003). Getting ready for the future: Assessing and promoting graduate students' organizational values. *Nurse Education Today*, 23, 482-491.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Kan, M. & Parry, K. (2004). Identifying paradox: A grounded theory of leadership in overcoming resistance to change. *The Leadership Quarterly*, 15, 467-491.
- Kark, R., Shamir, B. & Chen, G. (2003). The two faces of transformational leadership: Empowerment and dependency. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 246-255.
- Kennedy, B. (2005). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 381-382.
- Kenneth, W.T. & Velthouse, B.A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretative" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Journal*, 15(4), 666-681.
- Lord, R., Brown, D. & Freiberg, S. (1999). Understanding the dynamics of leadership: The role of follower self-concept in the leader/follower relationship. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 78, 167-203.
- McElfratrick, S., Carson, J., Annett, J., Cooper, G., Holloway, F. & Kuipers, E. (2000). Assessing coping skills in mental health nurses: Is an occupation specific measure better than a generic coping skills scale?. *Personality and Individual Differences*, 28, 965-976.
- McGee, E. (2006). The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 43-57.
- McNeese-Smith, D. (1999). The relationship between managerial motivation, leadership, nurse outcomes, and patient satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 243-259.
- Menzies, I. (1960). A case-study in the functioning of social systems as a defense against anxiety: a report on a study of the nursing service of a general hospital. *Human Relations*, 13, 95-121
- Parameshwar, S. (2006). Inventing higher purpose through suffering: The transformation of the transformational leader. *The Leadership Quarterly*, 17, 454-474.
- Pasupathi, M. (2001). The social construction of the personal past and its implications for adult development. *Psychological Bulletin*, 127(5), 651-672.
- Pucheu, J. (1992). *Uso de los estilos de manejo de conflicto y supervisión, por parte de supervisores paramédicos, en relación con sus subordinados de nivel profesional*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Pucheu, J. (1998). Ideas sobre los efectos psicológicos de los procesos de modernización. *Revista Chilena de Psicología*, 19, 49-56.
- Schmitz, N., Neumann, W. & Oppermann, R. (2000) Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 95-99.
- Simon, S. & Eby, L. (2003). A typology of negative mentoring experiences: A multidimensional scaling study. *Human Relations*, 56(9), 1083-1106.
- Shamir, B., House, R. & Arthur, M. (1993). The motivational effects of charismatic leadership: a self-concept based theory. *Organization Science*, 4, 577-594.
- Shimomitsu, T., Ohya, Y. & Odagiri, Y. (2003). Burnout and associated job stress among Japanese hospital nurses. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 150.
- Stein, L. (1984). Male and female: The doctor-nurse game. En J. Spadley & D. McCurdy (Eds.), *Conformity and conflict: Readings in cultural anthropology US*: Little Brown and Co.
- Touraine, A. (1973). *Production de la société*. Paris: Éditions du Seuil.
- Vaidya, J., Gray, E., Haig, J. & Watson, D.

(2002). On the temporal stability of personality: Evidence for differential stability and the role of life experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1469-1484.

Van Knippenberg, B. & Van Knippenberg, D. (2005). Leader self-sacrifice and leadership effectiveness: The moderating roles of leader prototypically. *Journal of Applied Psychology*, 90, 25-37.