

803



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INCIDENCIA DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN LA ATENCION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL D. F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A NORMA UHERRERA ROQUE

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA CARMEN BALSEIRO ALMARIO

U. N. A. M. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION

MEXICO, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Forma No. 3

C. INPECTORA DE LA ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

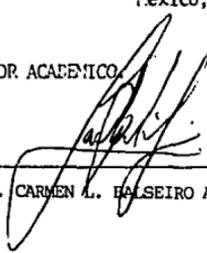
Los suscritos, Jefe de la Coordinación de Servicio Social
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:
la tesis

cuyo título es: INCIDENCIA DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN LA ATENCION DE
ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS EN EL D.F.

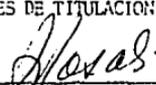
que elaboró la tesante: NORMA HERRERA ROQUE.
manifestamos a usted, que satisface los requisitos académicos y admi-
nistrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales -
en vigor.

A T E N T A M E N T E
México, D. F. a 19 de Septiembre de 1994.

ASESOR ACADÉMICO


MIRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION


LIC. SUSANA ROSALES BARRERA.

*cgh.

México D.F. a 14 de Septiembre de 1994.

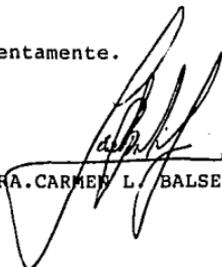
LIC. SUSANA ROSALES BARRERA
Coordinadora de Servicio Social y Opciones
Terminales de Titulación de la ENEO

Presente.

Adjunto a la presente envío a usted la tesis: INCIDENCIA DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN LA ATENCION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL D.F., elaborada por la alumna: NORMA HERRERA ROQUE, para ser presentada en el examen profesional de la mencionada alumna.

Por la calidad del trabajo desarrollado, doy el VOTO APROBATORIO de la tesis y auguro a la alumna muchos éxitos en su examen profesional

Atentamente.



MThA. CARMEN L. BALSEIRO A.

AGRADECIMIENTOS

A la maestra Lasty Balseiro por la asesoría y enseñanza recibida en mi formación profesional. Ser su alumna es un gran privilegio.

A "los chicos de Nefro" por permitirme aprender de ellos.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la oportunidad de seguir superándome.

DEDICATORIAS

A Jesús, compañero y amigo
incondicional. Mi éxito lo
debo a tí.

A mis padres Juanita y Ricardo,
por su comprensión y paciencia,
pero sobre todo, por quererme.
Son pilares en mi formación co-
mo ser humano.

A mi hermana Lilia, por los
momentos gratos.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.	3
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	5
1.4 UBICACION DEL TEMA	6
1.5 OBJETIVOS	6
1.5.1 General	6
1.5.2 Específicos	6
2. MARCO TEORICO	7
2.1 ESTILO DE LIDERAZGO	7
2.1.1 Conceptos básicos	7
- La dirección	7
- El líder	7
2.1.2 Importancia del liderazgo	8
2.1.3 Objetivos del liderazgo	9
2.1.4 Teorías del liderazgo	10
- La teoría del gran hombre	10
- La teoría del carisma	10
- La teoría de los rasgos	11
- La teoría de la situación	11

- La teoría de contingencia	12
2.1.5 Estilos de liderazgo	13
- Autocrático	13
- Democrático	14
- Laissez- Faire.	15
2.1.6 Liderazgo y administración en enfermería. . .	16
- La motivación	16
.Cargas de trabajo.	16
.Estímulos monetarios	17
.Satisfacción de necesidades.	17
- Características del liderazgo en Enfermería	17
.Personales	19
.De conocimientos científicos	20
2.2 ATENCION DE ENFERMERIA	22
2.2.1 Concepto de atención	22
2.2.2 Concepto de enfermería.	22
2.2.3 Concepto de atención de enfermería.	25
2.2.4 Tipos de atención de enfermería	26
- Individual	27
- Por equipos	27
- Por funciones	28
2.2.5 Autonomía y responsabilidad en la atención	
de enfermería	28
- En el primer nivel	29
- En el segundo y tercer nivel	29

2.2.6	La función asistencial al enfermo	30
	- Participación con el equipo de salud	31
	- Delimitación de los campos de acción.	32
	- Función de diagnóstico	34
	- Función terapéutica	35
3.	<u>METODOLOGIA</u>	37
3.1	HIPOTESIS	37
3.1.1	General	37
3.1.2	De trabajo.	37
3.1.3	Nula	37
3.2	VARIABLES E INDICADORES	37
3.2.1	Independientes	37
	- Indicadores.	37
3.2.2	Dependiente	38
	- Indicadores	38
3.2.3	Definiciones operacionales.	38
3.2.4	Modelo de relación causal de las variables.	40
3.3	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.	40
3.3.1	Tipo	40
3.3.2	Diseño	44
3.4	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS	42
3.4.1	Fichas de trabajo.	42
3.4.2	Observación.	42

3.4.3 Entrevista . . . . .	.42
3.4.4 Cuestionarios. . . . .	.43
4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u> . . . . .	.44
4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA . . . . .	.44
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS . . . . .	.45
4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS . . . . .	.96
4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS. . . . .	.100
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> . . . . .	.114
6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u> . . . . .	.123
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u> . . . . .	.144
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> . . . . .	.155

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 :	EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	46
CUADRO No. 2 :	ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	48
CUADRO No. 3 :	TURNO EN QUE LABORA EL PERSONAL	50
CUADRO No. 4 :	NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL PERSONAL	52
CUADRO No. 5 :	NIVEL JERARQUICO QUE OCUPAN LOS ENTREVIS- TADOS	54
CUADRO No. 6 :	ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO EXPLOTA- DOR EN EL JEFE	56
CUADRO No. 7 :	ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO BENEVOLO EN EL JEFE	58
CUADRO No. 8 :	CONSIDERACIONES EN TORNO A SI EL JEFE <u>CON</u> SULTA AL PERSONAL	60
CUADRO No. 9 :	ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRATA EN EL JEFE.	62
CUADRO No. 10:	HABILIDAD COMUNICATIVA DEL JEFE	64
CUADRO No. 11:	CREATIVIDAD DEL JEFE	66
CUADRO No. 12:	COOPERACION DEL JEFE CON EL PERSONAL.	68
CUADRO No. 13:	CAPACIDAD DE DECISION DEL JEFE	70
CUADRO No. 14:	MOTIVACION DEL JEFE AL PERSONAL	72
CUADRO No. 15:	ORIENTACION QUE RECIBE EL PERSONAL DE SU JEFE	74
CUADRO No. 16:	ASISTENCIA DEL PERSONAL AL TRABAJO.	76
CUADRO No. 17:	DESARROLLO DE LAS TAREAS EN EL TRABAJO.	78
CUADRO No. 18:	INTERES DEL PERSONAL POR EL TRABAJO	80

CUADRO No. 19:	INICIATIVA DEL PERSONAL EN EL TRABAJO. . .	82
CUADRO No. 20:	DIVISION DEL TRABAJO QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS	84
CUADRO No. 21:	REALIZACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERME- RIA	86
CUADRO No. 22:	PLANEACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERME- RIA A LOS PACIENTES	88
CUADRO No. 23:	DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EN- FERMERIA	90
CUADRO No. 24:	INTERES POR LA EVOLUCION DE LOS PACIEN- TES ASIGNADOS	92
CUADRO No. 25:	SATISFACCION DEL PACIENTE POR LA ATEN- CION QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA.	94

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1 : EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	47
GRAFICA No. 2 : ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	49
GRAFICA No. 3 : TURNO EN QUE LABORA EL PERSONAL	51
GRAFICA No. 4 : NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL PERSONAL	53
GRAFICA No. 5 : NIVEL JERARQUICO QUE OCUPAN LOS ENTREVISTADOS	55
GRAFICA No. 6 : ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO EXPLOTADOR EN EL JEFE	57
GRAFICA No. 7 : ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO BENEVOLO EN EL JEFE	59
GRAFICA No. 8 : CONSIDERACION EN TORNO A SI EL JEFE CONSULTA AL PERSONAL	61
GRAFICA No. 9 : ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRATA EN EL JEFE.	63
GRAFICA No. 10: HABILIDAD COMUNICATIVA DEL JEFE	65
GRAFICA No. 11: CREATIVIDAD DEL JEFE	67
GRAFICA No. 12: COOPERACION DEL JEFE CON EL PERSONAL.	69
GRAFICA No. 13: CAPACIDAD DE DECISION DEL JEFE.	71
GRAFICA No. 14: MOTIVACION DEL JEFE AL PERSONAL	73
GRAFICA No. 15: ORIENTACION QUE RECIBE EL PERSONAL DE SU JEFE	75
GRAFICA No. 16: ASISTENCIA DEL PERSONAL AL TRABAJO.	77
GRAFICA No. 17: DESARROLLO DE LAS TAREAS EN EL TRABAJO.	79
GRAFICA No. 18: INTERES DEL PERSONAL POR EL TRABAJO	81

GRAFICA No. 19: INICIATIVA DEL PERSONAL EN EL TRABAJO.	83
GRAFICA No. 20: DIVISION DEL TRABAJO QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS.	85
GRAFICA No. 21: REALIZACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERME- RIA	87
GRAFICA No. 22: PLANEACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES	89
GRAFICA No. 23: DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EN- FERMERIA	91
GRAFICA No. 24: INTERES POR LA EVOLUCION DE LOS PACIEN- TES ASIGNADOS	93
GRAFICA No. 25: SATISFACCION DEL PACIENTE POR LA ATEN- CION QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA.	95

INTRODUCCION

La presente investigación se realiza con la finalidad de analizar e identificar la influencia del estilo del liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. De igual forma se pretende obtener un diagnóstico situacional que permita detectar los alcances y limitaciones del estilo de liderazgo y el nivel de atención de Enfermería que existe en esta Institución de salud. Es importante aclarar que no se intenta presentar aspectos negativos al respecto, con fines destructivos, sino encontrar puntos que tal vez permitan el crecimiento de líderes en Enfermería.

Este trabajo cobra importancia en virtud de que los cambios radicales que experimenta el país, exigen que los profesionistas sean líderes en su campo de acción, pues esto favorece el nivel de productividad y garantiza su reconocimiento y permanencia en una empresa. La profesión de Enfermería no es la excepción, ya que el ejercer el liderazgo permite que la Enfermera encuentre la identidad profesional que requiere y se comprometa con la eficiencia y las necesidades de atención a la salud que demanda la realidad histórica del país, redundará en crecimiento profesional.

Para abordar el presente análisis de este trabajo, se han estructurado ocho capítulos que a continuación se describen:

En el primer capítulo se presenta la Fundamentación del tema de investigación que incluye la identificación del problema, ubicación del tema, y objetivos de la investigación: general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico con las variables implicadas: liderazgo y atención de Enfermería. En este capítulo se presentarán las teorías más connotadas en torno a las variables descritas.

En el tercer capítulo se presenta la Metodología que incluye la Hipótesis, variables e indicadores; tipo y diseño de investigación y las técnicas e instrumentos de investigación utilizados.

En el cuarto capítulo se presenta la Instrumentación estadística que incluye universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis y análisis e instrumentación de resultados.

Finalmente, las conclusiones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y referencias bibliográficas se ubican en los capítulos cinco, seis, siete y ocho respectivamente.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

En este capítulo se presentarán la Descripción de la situación problema, la identificación del problema, la justificación, la ubicación del tema y los objetivos de la investigación.

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, es una organización de salud gubernamental de tercer nivel de atención que presta asistencia a la salud a población abierta con problemas respiratorios de vías aéreas altas y bajas, con preferencia a la clase marginada del país.

El personal De Enfermería que labora en esta institución en su mayoría es profesional existiendo en menor proporción personal auxiliar. Dentro de las múltiples funciones que tiene la Enfermera en este Hospital, destaca por su importancia la de liderazgo, advirtiéndose que las concepciones de las Enfermeras tienen acerca del liderazgo son advertidas de manera distinta por los representantes de niveles jerárquicos superiores como Jefe de Enfermeras, Supervisoras, Jefes de Servicio y por los niveles jerárquicos inferiores. Esta diferencia de concepciones, dificulta la identificación y trascendencia que el liderazgo tiene en la atención del paciente, pues al parecer se entiende, por mencionar un ejemplo, como una actividad orienta

da más hacia el mando o al sindicalismo.

Así, el interés prestado por el liderazgo es lamentablemente poco, ya que generalmente no se considera como generador de cambios que lleve a mejorar el status de la Enfermera a través de elementos inherentes a éste como la coordinación, motivación actualización científica, y supervisión entre otros factores que se proyectan finalmente en una mayor eficiencia en la dirección de asistencia al paciente.

La causa que pudiera considerarse como gestante del poco interés por el liderazgo y sus repercusiones trascendentales en la atención de Enfermería, es la indiferencia por el cambio, un estilo de liderazgo estático o inadecuado, la motivación no ha sido suficiente o bien canalizada y el apego por aspectos triviales que ya no van con los tiempos actuales y que no tienen repercusión en la asistencia al paciente.

Estos factores causan efectos como la poca autoestima de la Enfermera, la terrible rutinización y los conflictos entre las diferentes jerarquías que repercuten en el tipo de atención brindada.

Por otra parte, en relación con la atención del paciente, la escasa orientación que reciben las enfermeras, propicia que la atención de Enfermería sea a veces descuidada como reflejo de también escasa conducción del personal líder en la profesión.

Esto se evidencia de manera importante cuando los pacientes se quejan de la atención de Enfermería o los familiares externan alguna inconformidad con el tipo de atención que estos pacientes están recibiendo.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

La pregunta que surge de la situación problema es la siguiente:

¿Cuál es la incidencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

Primeramente, porque en este Hospital no existen antecedentes de investigaciones de este tipo que habla de la problemática de lo que sucede con la incidencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

En segundo lugar, porque esta investigación gestará un diagnóstico situacional de la problemática expuesta y se podrán proponer las medidas de solución necesarias para mejorar la atención de Enfermería que se brinda a los pacientes.

1.4 UBICACION DEL TEMA

El tema que trata este trabajo se ubica en el campo de la administración en salud y, específicamente, la administración de los servicios de Enfermería, ya que el liderazgo es una actividad inherente a todas las actividades de Enfermería que debe emanar de niveles jerárquicos superiores para impulsar a subalternos a lograr los objetivos propuestos para la atención eficiente del paciente.

También se ubica en el campo de la Enfermería en virtud de que la investigación se sustenta en esta profesión.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Identificar la influencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

1.5.2 Específicos

- Realizar un diagnóstico actual del estilo de liderazgo que permita detectar alcances y limitaciones que éste ejerce en el personal de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Analizar el tipo de atención de Enfermería que se proporciona a los pacientes.

2. MARCO TEORICO

2.1 EL ESTILO DE LIDERAZGO

2.1.1 Conceptos básicos

Dentro del Proceso Administrativo, la Dirección de una organización lleva implícito el liderazgo, que ha sido por su importancia, objeto de múltiples investigaciones. Para poder definir el liderazgo, según Mario Rodríguez, es preciso identificar el significado etimológico de liderazgo y dirección.

.La Dirección

Dirección es una palabra de origen latino, viene del verbo *regere*, *rectum* y de su compuesto *dirigere*, *directum*, que significa guiar, dirigir. La raíz es *reg*. Esto dió origen a una amplia familia de palabras, como: *regir*, *rey*, *reina*, *regio*, *régimen*, *rector*, *rectoría*, *rectitud*, *director*, *dirigente*, *derecho*, etc.¹

.El líder

Líder, en cambio, es palabra sajona. En inglés se dice *leader*. Viene del verbo *to lead* = guiar, dirigir. Resulta claro que, en cuanto a su origen, dirección y liderazgo (*leadershie*) resultan sinónimos.²

Koontz, define el liderazgo "...como una influencia, el arte o

¹ Mauro Rodríguez. Liderazgo. Ed. Manual Moderno. México, 1985. p. 6.

² Ibid. p. 7.

proceso de influir sobre las personas de modo que éstas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas del grupo.³

A partir del análisis de los conceptos anteriores y al retomar algunos de sus elementos comunes, se propone la siguiente definición de liderazgo: Es la actividad inherente al elemento directivo que es capaz de guiar, dirigir o conducir a miembros de una organización hacia el logro de objetivos comunes. Así también es importante aclarar que dirección y liderazgo suelen usarse como sinónimos.

Partiendo de los conceptos revisados, el liderazgo en toda organización implica impulsar o influir en el desarrollo de las actividades tendientes al logro de los objetivos planeados. Esto conlleva a considerar que el ser líder representa autoridad; más esto no significa asumir una postura exclusiva de mando o suprema autoridad, sino de una actitud de guiar, acompañar, mostrar el camino más idóneo y grato a un grupo de individuos para que realicen un trabajo; es entonces el liderazgo la forma en que se asume la autoridad.

2.1.2 Importancia del liderazgo

El liderazgo en cualquier organización es vital. A lo largo de la historia se ha dedicado especial atención por investigar es

³ Harold Koontz. Curso de administración moderna. Ed. Mc Graw Hill. 6a. ed. México, 1993. p. 655.

te tema; sin embargo, su comprensión y práctica efectiva no ha sido generalizada ya que muchas de sus características y aportaciones aún son desconocidas o mal interpretadas. El hablar de la importancia del liderazgo implica resaltar los elementos que lo integran, aspecto que resultaría muy extenso; pretendiéndose en este caso resaltar el tema de manera general.⁴

El liderazgo en Enfermería tiene una importancia trascendental ya que el éxito o el fracaso de la atención que proporciona el personal depende en gran medida del estilo de liderazgo que tienen los jefes de este personal. Desde luego también que el elemento del liderazgo implica aquellas actividades efectivas que realizan los jefes en función del personal de Enfermería y que implican su desarrollo y avance.

2.1.3 Objetivos del liderazgo

El objetivo del liderazgo está implícito en la definición misma: Dirigir a grupos de individuos a comprender y contribuir, con efectividad y eficiencia al logro de los objetivos de la empresa. Así, el objetivo del liderazgo es que se logren los objetivos de la empresa.⁵

En este sentido, para el logro de ese objetivo general, es ne-

⁴ Fred Luthans. Introducción a la administración. Ed. McGraw Hill. México, 1986. p. 128.

⁵ Harold Koontz. op. cit. p. 656-657.

cesario que se alcancen otros de carácter específico, se proponen tres: 1) Desarrollar la capacidad para comprender que los seres humanos tienen diferentes fuerzas motivadoras, 2) Tener habilidad para inspirar a los demás, 3) Ejercer un estilo adecuado para cada situación en forma tal que se establezca un medio ambiente social administrativo que responda y despierte motivaciones.⁶

2.1.4 Teorías del liderazgo

Dada la importancia del tema, existen investigaciones al respecto de las teorías del liderazgo que se remontan desde tiempos antiguos, predominando casi todo lo realizado a partir del comienzo de la Segunda Guerra Mundial.

- La teoría del gran hombre

Esta teoría afirma que el líder nace no se hace, es decir, que hay personas que han nacido con características tales como capacidad de planeación, organización y control que los ubican en posición de lograr metas y ser líderes, es decir, que esta gente es "un gran hombre". Esta teoría no tuvo mucha aceptación.⁷

- La teoría del carisma

Esta teoría se basa en el carisma que posee una persona, enten

⁶ Id.

⁷ Ann Marriner. Manual para administración en Enfermería. ed. Interamericana. 2a. ed. México. 1986. p. 157.

dida esta como cualidad que inspira y hace que los demás se sientan mejor con su presencia, logrando con ello compromiso emocional y lealtad por parte de los seguidores. Esta teoría tampoco es aceptada completamente por ser muy subjetiva; sin embargo, el carisma de una persona puede salvar algunas dificultades.⁸

- La teoría de los rasgos

Esta teoría tuvo auge en la década de 1940. Stodgil encontró que para ser líderes se deberían tener ciertos rasgos personales como energía, apariencia, estatura, ambición, agresividad, lealtad, justicia, responsabilidad, autoconfianza, inteligencia; rasgos que deberán ser superiores a los de los dirigidos. Sin embargo, estas investigaciones aunque fueron numerosas, dejaron más desconformidad que aportaciones por falta de especificación, uniformidad y correlación con el desempeño del liderazgo.⁹

Esta teoría se considera como poco fructífera e incluso discriminadora de líderes en potencia, ya que no todos los líderes efectivos poseen estas características y los que las poseen suelen no ser líderes.

- La teoría de la situación

Esta teoría aporta elementos más útiles y se puede retomar que

⁸ Id
⁹ Id.

las situaciones ambientales y de personalidad son efectivamente definen el estilo de liderazgo a seguir, sin embargo, no se debe llegar al extremo como para invertir el papel del líder a seguidor como propone esta teoría, pues esto generaría pérdida de autoridad.¹⁰

- La teoría de la contingencia

Este modelo fue introducido por Fiedler en la década de 1960 y está amparado por un considerable volumen de estadísticas y estudios al respecto. El afirma que no existe un estilo de liderazgo ideal y que la efectividad de este depende de la situación. En especial identificó tres situaciones que establecen el papel del líder: 1) relaciones líder-miembro, 2) Estructura de la tarea, y 3) poder que da el puesto.¹¹

Es pertinente aclarar que el término contingencia es confuso e incluso con significado subjetivo.

Todas estas teorías representan una forma de entender y tratar de comprender el comportamiento del líder, lo que se propone hacer y la dinámica de su persona. Esto da idea que existen diferentes formas de comportarse y que la eficacia a veces de este comportamiento depende en mucho de las situaciones. Enfer-

¹⁰ Id.

¹¹ Ann Marriner. op. cit. p. 159.

mería como parte de una organización hospitalaria, no escapa de estas formas de comportamiento y es posible estudiar este comportamiento desde un plano muy cercano con las jefes de Enfermeras, las Supervisoras y las Jefes de piso que por tener diferentes responsabilidades, tienen también diferentes actitudes y estilos de liderar a su personal.

2.1.5 Estilos de liderazgo

Las teorías del liderazgo arrojaron a la luz bases para realizar estudios que apoyen un estilo o técnica determinados. Unos se basaron en los estilos orientados a las tareas, grupos de trabajo y relaciones interpersonales, otros se basaron en el comportamiento y uso de autoridad. Uno de los estudios más antiguos y famosos es el de Lippitt y White, que analizó tres estilos de liderazgo: autocrático, democrático y de Laissez-faire como a continuación se mencionan.

- Autocrático

Este estilo se asemeja a un dictador o capatáz que ejerce autoridad con sentido arbitrario, da órdenes que espera sean cumplidas, no admite apelaciones o discusiones pues sólo él tiene la razón, puede escuchar sugerencias pero no aceptarlas, es ortodoxo en sus métodos, y no colabora ni da incentivos.¹²

12 Fred Luthans. op. cit. p. 129.

En Enfermería este estilo de liderazgo predomina a veces en aquellas personas frustradas con rasgos de personalidad negativos que no les permite acercarse al personal de ninguna manera. Desde luego, estas personas cooperan poco y también se relacionan poco con sus compañeras. Esto las lleva a ser gentes aisladas y poco compatibles. Se nota que en el campo de la supervisión de Enfermería existen estas personas que logran modificar su conducta con años de experiencia y mejorando sus relaciones con el personal.

- Democrático

Este estilo da mayor importancia a sus subordinados creando un clima de compañerismo en donde solicita la cooperación, se consulta e informa acerca de los propósitos, metas a seguir, resultados obtenidos concernientes con la empresa. Fomenta la toma de decisiones, orienta y motiva. Dirige al grupo con sensación de libertad e incluso con la de no sentirse dirigidos.¹³

Es el tipo de liderazgo más adecuado para el logro de metas, pues permite la cooperación y el compromiso de Enfermería, facilitando las tareas y la satisfacción por el trabajo del paciente.

No debe confundirse la democracia con "dejar la rienda suelta" o "complacer en todo" pues se caería en el liderazgo de libre

13 Id.

curso. Por ello es importante que el líder demócrata busque la actualización científica y técnica así como el apoyo de la psicología que le permita tener herramientas para el manejo y control del grupo armónicamente.

- Laissez-faire

Este estilo suele ser utilizado por líderes que necesitan aprobación, están poco capacitados o tienen poca confianza. El líder utiliza muy poco su autoridad, organiza muy poco y deja que cada miembro establezca sus metas, no hay un control de actividades.¹⁴ Erróneamente piensa que ejerce un liderazgo demócrata. Ante este ambiente el empleado pierde la iniciativa y hace lo que desea. Este liderazgo, en esencia no tiene nada de liderazgo y es el peor de todos.

En Enfermería este estilo de liderazgo es poco recomendado y poco usado, ya que las supervisoras no lo realizan porque van en manos de ellas el coordinador el trabajo para aliviar la vida del paciente.

En relación a cuál es el estilo de liderazgo ideal para una empresa, Di Vicenti en su obra menciona que los tipos de liderazgo cambian constantemente y de acuerdo con el líder, el ambiente y el clima cultural en que opere la organización.¹⁵ El líder

¹⁴ Marie Divicenti. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Limusa. México, 1984. p. 78-79.

¹⁵ Id.

eficiente se esfuerza por aplicar y cambiar su estilo para amoldarse a las condiciones cambiantes, a los problemas y a las personas.

2.1.6 Liderazgo y administración de Enfermería.

- La motivación

En Enfermería la actividad motivadora inherente a las jerarquías superiores es poco contemplada, se ha observado que las enfermeras en ocasiones aunque conocen las necesidades humanas, no ponen en práctica los medios para poder satisfacerlas y lograr cambios de conducta positivos en beneficio del individuo mismo y de la empresa. En los Hospitales el incentivo motivador que con mayor frecuencia se utiliza es el económico que consiste en un día de salario, si se accede a laborar un turno extra o solventar una carga de trabajo excedida. En este sentido, lo monetario suele ser muy motivador, pues incluso cobro de sueldos en los que se paga doble por ser día festivo el ausentismo disminuye. Sin embargo, el uso excesivo de este recurso ha causado que deje de ser atractivo por las siguientes razones:

.Cargas de trabajo

La enfermera al soportar cargas de trabajo agotadoras no satisface entonces necesidades primarias tales como descanso, sueño, recreación e incluso alimentación; lo que en un principio puede ser tolerable (fenómenos que se observa principalmente en

enfermeras jóvenes y recién egresadas) pero que a la larga con lleva a una serie de manifestaciones de inconformidad e incluso enfermedad, es decir, que en la satisfacción de necesidades no se busca un equilibrio.

.Estímulos monetarios

El ofrecimiento exclusivo de estímulos monetarios reduce a la enfermera a ser considerada como mano de obra a destajo, en don de lo principal es que "saque" el trabajo a costa, incluso, de su integridad emocional y física (stress) y de la calidad de atención que pueda proporcionar, esto se traduce en insatisfac ción por el trabajo realizado, baja autoestima profesional y conflictos entre jefes y subordinados. Frases como: "En este Hospital quieren todo por el mismo sueldo" o "Todo quieren solucionar con dinero, sin preguntarme mis necesidades reales", muestran el sentir de la falta de motivación basada en una jerarquía de necesidades de carácter incluso individual.

.Satisfacción de necesidades

El considerar estos aspectos es trascendente para toda organización, al respecto, Soria Murillo menciona "En cuanto a la sa tisfacción de las necesidades del grupo, la función principal es la creación de un ambiente adecuado para facilitar la obten ción de objetivos individuales diferentes a los de la organización".¹⁶ Es decir, que el líder aparte de preocuparse por el

logro de los objetivos de la empresa, debe proporcionar las facilidades e incentivos para que los trabajadores puedan satisfacer objetivos de carácter personal, siempre y cuando éstos no afecten los intereses de la empresa.

En Enfermería hay objetivos personales tales como actualización, mejor salario, ascenso de puesto y reconocimiento institucional entre otros, que deben ser tomados en cuenta para beneficio del trabajador y por ende, de la institución de salud.

- Características del liderazgo en Enfermería

Una enfermera administradora que implemente planes y programas y que alcance los objetivos establecidos, también cabe ser un líder eficaz. Sin embargo, un líder puede no ser un buen administrador o un excelente líder puede no tener capacidad administrativa.¹⁷

En este sentido es frecuente encontrar un buen número de enfermeras administradoras, pero no así de líderes comprometidos que actúen de acuerdo a las circunstancias. Resulta también frecuente encontrar -según la luz de la experiencia- que existe un estilo de liderazgo característico en Enfermería: el autocrático, al parecer con la intención de dar continuidad a la disciplina

¹⁶ Soria Murillo. Relaciones Humanas. Teoría y causa. Ed. Limusa. 2a. ed. México, 1984. p. 269.

¹⁷ Thora Kron. Liderazgo y Administración en Enfermería. Ed. Interamericana. 5a. ed. México, 1984. p. 105.

y sometimiento peculiar de esta profesión, que en tiempos pasados fue aceptado, pero que actualmente la transformación profesional ya no admite, traduciéndose esto en conflictos entre líder y empleados.

Las características ideales del liderazgo en Enfermería contemplan los siguientes aspectos:

.Personales

- a) Características físicas: Las características de rasgos corporales (complexión, estatura, color de piel, etc.) no son relevantes, sin embargo, en lo que respecta a aliño, éste deberá ser impecable aunado a buenos hábitos de urbanidad. La imagen del líder deberá ser ejemplo idóneo que sugiera imitación.
- b) Características psicológicas: En este punto destacan los valores y conductas tales como: inteligencia, memoria, cortesía, interés por los demás, capacidad para escuchar, comunicarse, autoestima, respeto, responsabilidad, sinceridad, vocación de servicio, amabilidad y sobre todo apertura para establecer comunicación.¹⁸

De hecho existen muchas Enfermeras con estas características

18 Id.

que son imitadas por los alumnos en los primeros años de la carrera y que también lo siguen personas de Enfermería del propio Hospital. Contar con este tipo de jefes en la profesión garantiza una estupenda organización del personal y también una evaluación positiva de la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

.De conocimientos científicos

- a) El líder deberá tener conocimiento de cultura general y apoyarse en el conocimiento de otras disciplinas complementarias, tales como: psicología, sociología, antropología, investigación científica, comunicación, estadística, teoría de sistemas, legislación, economía, política.
- b) Interés por la educación continua y capacitación actualizada. El líder no deberá conformarse con los conocimientos adquiridos durante su preparación profesional, sino en función de que es una guía, ejemplo y maestro, debe mantenerse a la vanguardia en el nivel de conocimientos. El que un subordinado tenga un líder poco capacitado genera desconfianza y pérdida de autoridad.¹⁹
- c) Experiencia directiva previa. La experiencia como generador de conocimientos es necesaria en un líder. Es preferible

19 Id.

que esa experiencia esté constituida desde niveles jerárquicos inferiores, ya que un líder que emana desde estratos inferiores, conoce las conductas, necesidades y funciones que se realizarán en cada uno de éstos y por tanto, su concepción es más amplia para señalar opciones que lleven al logro los objetivos propuestos, además que será mejor aceptado por los diversos grupos de una empresa. Desgraciadamente esto no siempre sucede y se colocan en puestos directivos a individuos ajenos a las instituciones, poco comprometidos y carentes de experiencia y conocimientos necesarios para guiar a la excelencia a los empleados.

En relación con los conocimientos de Enfermería, se considera que las líderes de Enfermería son personas preparadas que se preocupan por estudiar y mantenerse al día en los conocimientos básicos de su trabajo que les permitan prestar un mejor servicio en su carrera. Así, se ve que hay Enfermeras que hacen estudios de especialización postécnica y que hacen estudios de pogrado con el deseo de obtener los conocimientos necesarios para apoyarse y hacer un buen papel, no sólo para superarse personalmente, sino también en beneficio de los pacientes que atienden.

2.2 ATENCION DE ENFERMERIA

2.2.1 Concepto de atención

Atención viene del latín *attentio*, de *attendere* que significa tender, dirigir hacia; también significa en términos de la psicología concentrar el psiquismo en un estímulo externo o interno determinado.²⁰ En este caso se concebirá la atención como la actividad tendiente o dirigida al cuidado o vigilancia.

2.2.2 Concepto de Enfermería

El conceptualizar a la enfermería requiere que previamente se analicen algunos aspectos históricos, que conciernen a esta profesión. Según Virginia Henderson, la enfermería como la medicina tienen una antigüedad paralela; sin embargo, su desarrollo a través de la historia es diferente en cada cultura. "El hecho de que los médicos generalmente hayan sido hombres y las enfermeras fueran comúnmente mujeres, puede explicar en parte esta diferencia".²¹

En la cultura mexicana la mujer es el símbolo de madre, protectora, cuidadora, abnegación, subordinación, tolerancia; caracte-

²⁰ Louis-Morie Mataux. Diccionario de ciencias Humanas. Ed. Grijalbo, S.A. Barcelona, 1985. p. 31.

²¹ Virginia Henderson. Enfermería Teórica y Práctica. Ed. Prensa Médica Mexicana. 4a. ed. México, 1987. p. 8.

rísticas que al aunarias con los antecedentes sociales y antropológicos de la Enfermera, la ubican en un estatus inferior al varón, que en este caso, es el médico.

La antropóloga Margaret Mead, frecuentemente hace la observación de que la mayoría de las culturas tienden a suponer que la parte que le toca a las mujeres en esta tarea es más fácil y demanda menores esfuerzos intelectuales que la del hombre.²²

Así, la Enfermería ha sido considerada como profesión eminentemente femenina, situación que le ha caracterizado con un matiz muy especial, por eso desde sus orígenes el ser mujer implica una serie de desventajas sobre todo intelectuales ante el hombre. Así, se tiene que al componerse de mujeres esta profesión y el considerarse al hombre como un ser superior, ha puesto a la Enfermería en desventaja desde la antigüedad. Sin embargo, la mayor participación intelectual y reconocimiento de capacidades en la mujer han venido a lo largo de la historia cambiando su concepto y por tanto, el de la Enfermería.

Los cambios que ha venido experimentando la Enfermería a medida que se incrementa su conocimiento científico y técnico ha transformado los conceptos de dependencia y "artesana de la salud" que a lo largo de la historia se han gestado.

²²ibid. p. 8

Algunas definiciones de Enfermería son como la que Virginia Henderson propuso en 1955 y que fue modificada en 1966.

"La función que distingue a la enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla, en todo caso a un bien morir, actividades que la persona puede llevar a cabo por su propia cuenta si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Es función de la Enfermera desempeñar su labor de una manera que ayude al paciente a recuperar su independencia lo más rápidamente posible".²³

Al revisar las definiciones anteriores es notorio encontrar que se concibe a la enfermera como una práctica maternal, altruista, cuidadora y bondadosa. Si bien es cierto que estos rasgos caracterizan a una enfermera, la existencia o prevalencia de estos no conceptualiza a lo que hoy en día es una enfermera, peor aún la ubica en un estatus no profesional ya que no necesariamente es enfermera quien reúna esos rasgos.

Una definición más reciente que refleja la modernidad y profesionalización es la realizada en 1980 por la American Nurses Association (ANA): "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones humanas ante los problemas reales o

²³ Luverne Wolff Lewis, Barbara Kuhn Timby. Fundamentos de enfermería. Ed. Harla. 4a. ed. México, 1988. p. 5.

potenciales de salud."²⁴

Este concepto aunque refleja mayor profesionalización, no contempla el carácter preventivo en la Enfermería, que es uno de sus objetivos esenciales, por tanto, no resulta del todo acorde con lo que es la enfermería.

A partir de lo anterior y retomando algunos elementos anteriores, se define a la enfermería como la profesión dedicada a la conservación y restablecimiento de la salud integral del individuo, familia y comunidad mediante la implementación sistemática básica y especializada de los conocimientos, técnicas y teorías propias de esa profesión en las áreas preventiva, diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de la enfermedad.

2.2.3 Concepto de atención de enfermería

La atención de Enfermería es aquel servicio o actividad realizada por profesionales de la Enfermería dirigida a individuos, familias, grupos y comunidades en su proceso salud-enfermedad, a través de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Este servicio incluye en cada uno de estos niveles una gama de servicios a la salud tanto preventivos, curativos como de rehabilitación de las enfermedades que se realizan en las

²⁴Ibid. p. 5

diversas instituciones de salud tanto públicas como privadas, así como en la comunidad. Considera al cliente como un individuo biopsicosocial con necesidades en atención a la salud particulares; estableciendo para subsanarlas un plan de actividades tendientes a reintegrar al individuo como unidad biopsicosocial a su medio ambiente.

La evaluación de esta atención es posible realizarla mediante indicadores clínicos, frecuencia de incidentes y estándares de calidad.

2.2.4 Tipos de atención de Enfermería

Los tipos de atención de enfermería se clasifican en función de las actividades relacionadas para el logro de objetivos o la satisfacción de necesidades. Los tipos más usuales son: el individual o de paso, por equipo, modular y por funciones.

La responsable de determinar cuál es el tipo de atención más apropiado es la Jefe de enfermeras, ya que es la persona responsable ante las autoridades directivas del hospital de todos los cuidados que el personal proporciona en cada servicio. La Jefe de servicios también tiene la autoridad para elegir el tipo de atención que debe proporcionar el personal, dirigiéndolo con base en las capacidades, número y disposición de recursos que existan.²⁵

²⁵ Thora Kron. Atención de Enfermería. Ed. McGraw Hill. 6a. ed. México, 1989. p. 19

- Individual

Este tipo de atención, consiste en asignar una Enfermera para uno o más pacientes, siendo responsable del cuidado integral.²⁶ Suele utilizarse en los servicios de urgencias, terapias, prematuros y unidades de trasplante, brindando la ventaja de permitir que la enfermera conozca mejor al paciente y pueda llevar a cabo todas las etapas del proceso de atención de enfermería sin interrupciones. Así mismo, el paciente conoce mejor a la Enfermera y tiene más seguridad en la atención recibida. Para este tipo es necesario que las Enfermeras sean tituladas y que existan en número suficiente.

- Por equipos

Este consiste en un grupo de enfermeras de diversas jerarquías que realizan el trabajo de manera ordenada y coordinada, permitiendo que todo el personal se involucre y sea responsable de la atención de los pacientes.

Este tipo de atención es difícil que pueda implementarse completamente por las jerarquías que existan o el personal que tiene dificultades para integrarse a un equipo. Con este tipo de atención se corre el riesgo de que no todos laboren paralelamente si se carece de una dirección eficaz. El liderazgo en es

²⁶ Id.

te tipo de atención puede resultar muy provechoso.

- Por funciones

Este tipo de atención consiste en que cada Enfermera según su jerarquía o capacidad tiene asignada la responsabilidad de cumplir con determinadas funciones. Esto limita la interacción con el resto del grupo de trabajo, además de que causa la rutinización, y el paciente tiene que repetir sus solicitudes. En este tipo de atención el trabajo es evaluado en función de la realización de una sola actividad, lo que determina que no se considere al paciente como ser integral.

2.2.5 Autonomía y responsabilidad en la atención de Enfermería.

La autonomía y responsabilidad en la atención de Enfermería es tema de controversia en el sentido en que a la enfermera se le ha caracterizado como dependiente y que delega la responsabilidad de sus actos al médico. Si bien es cierto que en México existe rezago en este aspecto, es importante señalar que sí existe autonomía -aunque con algunas limitaciones- y responsabilidad en la atención de enfermería. Stephen G. señala en su obra que el papel de autonomía y responsabilidad... "se cimenta en la posibilidad de tomar decisiones sobre los cuidados, ser libre para llevarlos a cabo y aceptar la responsabilidad de sus efectos"²⁷.

²⁷ Stephen Wright. Mi paciente, mi enfermera. Ed. Doyma. Barcelona, 1993.

La autonomía no es fácil de alcanzar si se considera que la Enfermera para desempeñarse profesionalmente necesita laborar en instituciones gubernamentales o privados, ya que la autonomía para ejercer independientemente todavía no está muy desarrollada.

- En el primer nivel

Actualmente existen Enfermeras con nivel de licenciatura en Enfermería y Obstetricia que laboran en instituciones privadas como el CIMIGEN (Centro de Investigación Materno Infantil GEN) realizando funciones de obstetricia con plena autonomía y responsabilidad y solicitando el apoyo del médico sólo en casos muy especiales.

- En el segundo y tercer nivel

En la práctica hospitalaria la autonomía y responsabilidad de la Enfermera es cuestionable y difícil de justificar en el sentido de que los cuidados de Enfermería están determinados por el médico. Sin embargo, aunque es cierto que el médico establece los cuidados que requiere el paciente, muchos de ellos son realizados en el segundo y tercer nivel, con base en la detección de necesidades, asumiendo entonces la Enfermera una actitud autónoma de la cual es responsable.

Así, la autonomía y responsabilidad implica la libre decisión sobre los cuidados a realizar así como el aceptar los efectos

de éstos, situación que se ve limitada por la naturaleza y estatus de la Enfermera. Por tanto, la autonomía en Enfermería es difícil de presentarse en el segundo y tercer nivel de atención mientras no se tenga una formación profesional de alto nivel.

Ahor bien, la búsqueda de autonomía no significa el decidir que cuidados se implementarán de manera individual, sino que para ejercerse se requiere de trabajo en equipo que apoye, analice, reflexione y fundamente su decisión a fin de ser validada por el equipo médico principalmente. Cabe señalar que en esta búsqueda debe considerarse como eje central el conocimiento técnico-científico y la aplicación de las teorías y modelos de Enfermería como marco de referencia propio que conceptualice, identifique y señale el quehacer profesional.

2.2.6 La función asistencial al enfermo.

La función asistencial al enfermo es poner en práctica la naturaleza de la enfermería. Esta exige de ciertas fases, funciones, actividades y realizaciones que se producen entre el individuo que practica la Enfermería y la persona asistida.²⁸ Esta función asistencial tiene como objetivo primordial ayudar a los individuos durante la enfermedad a mejorar su salud y producir

28 Hidegard E. Peplau. Relaciones interpersonales en enfermería
Ed. Salvat. Barcelona, 1990. p. 5

cambios que generen en el individuo autoayuda para la preservación de la salud.

Dentro de una institución de salud, la función asistencial de la Enfermería es a su vez una de las funciones de todo un equipo de salud multidisciplinario que representa el núcleo que conecta todo ese equipo, requiriéndose para ello el desempeño de diversos roles.

- Participación con el Equipo de Salud

El Equipo de Salud "... varía según las necesidades del paciente, pero consta de aquellos trabajadores que contribuyen al cuidado total de la salud del individuo. El concepto de este equipo ha evolucionado durante varios años, particularmente en los cuidados de salud comunitaria, y se ha basado en el concepto más amplio de resultado de equipo, definiéndose el equipo como un grupo de personas que trabaja conjuntamente hacia un objetivo común"²⁹

La Enfermera como integrante del equipo de salud, a diferencia de otros profesionales como psicólogos, odontólogos o fisioterapeutas, participa siempre continua y activamente en la asistencia al paciente desde su ingreso hasta su alta. Su partici-

²⁹ Betty Kershaw, Jane Salvage. Modelos de Enfermería. Ed. Doyma. Barcelona, 1988. p. 53.

pación es eje medular que determina incluso el éxito o fracaso en la atención. Con lo anterior no se pretende menospreciar el trabajo del resto del equipo, sino destacar que su participación debe ser bien conocida y comprendida por todos los miembros del grupo y por la Enfermera misma, situación que lamentablemente no siempre ocurre y que la ha reducido a "hacedora de cosas" y limitado sus potencialidades. En este sentido se deben buscar horizontes que transformen el concepto atóxico y eminentemente técnico que predomina de la participación de la Enfermera con el Equipo de Salud.

Es real que la Enfermería se está transformando positivamente y que busca en los diferentes modelos de delimitar una participación con un nuevo enfoque que reestructure su práctica y la ubique en el equipo de salud como un profesional más autónomo, equitativo, valioso y con áreas de atención a su dominio capaz de fundamentar y extender su participación efectivamente.

- Delimitación de los campos de acción

Para determinar y explicitar los campos de acción de la Enfermería clínica se ha recurrido al método o técnica interpretativa propuesta por Heidgger (1962) y Taylor (1917), que señala que es preciso conocer el contexto o circunstancias concretas de cada situación para identificar y describir el saber implícito en la práctica clínica y así evitar largas listas de ta-

reas que no definen o indican cuáles son las más importantes.³⁰

A través de la formación y ejercicio profesional, las Enfermeras están acostumbradas a concebir la atención del paciente de manera compartimentada y no global, es decir, para tal enfermedad, tal acción, olvidándose en ocasiones de concebir que esta profesión se basa en el contacto personal y, por consiguiente, no pueden fragmentarse los cuidados, sino que deben estructurarse con base en la comprensión global del paciente inmerso en todo un contexto social, político, económico, cultural y biológico que permita delimitar, según situaciones reales y no hipotéticas, el cómo, cuándo, dónde y por qué de la intervención de Enfermería.

Aunque en los diferentes Hospitales del país -según la luz de la experiencia- no existen así delimitadas las áreas de acción a cubrir con un paciente, algunas de ellas sí son implementadas de manera inherente en las funciones asistenciales, docentes, administrativas y de investigación. Sin embargo, la limitante observada es que no están concebidas como un proceso y por tanto, muchas no son realizadas o valoradas, encontrándose que es frecuente poner más énfasis en la función diagnóstica y de vigilancia al paciente que en la función docente o tutelar.

³⁰ Patricia Benner. Práctica progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1987. p. 67-68.

Como posible causa de lo anterior se observa el exceso de trabajo, ausencia de personal, escasos recursos económicos, restricciones del ejercicio profesional y falta de modelos de Enfermería, entre otros. Estas áreas así delimitadas impiden a la Enfermera ser creativa y elegir los métodos cuantitativos y cualitativos para cubrirlas de acuerdo al contexto en que se desenvuelve el paciente y ella, lo que propicia que le de otro sentido a cualquier iniciativa.

- Función de diagnóstico

Los profesionales de Enfermería tienen la responsabilidad de realizar diagnósticos de los pacientes que tiene a su cuidado a fin de señalar las pautas que orienten su intervención profesional.

Según La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1990) "... el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia y de la comunidad ante problemas de salud reales o potenciales, o procesos vitales. Los diagnósticos de Enfermería proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable".³¹

³¹ Patricia W. Iyer y cols. Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana-McGraw Hill. 2a. ed. Madrid 1993. p. 75-76

En México, las Enfermeras a diferencia de las de los países del Norte, todavía no conciben el diagnóstico de Enfermería como función consubstancial de su labor, sin embargo, aunque de manera poco estructurada y tal vez sin percatarse de ello, si realizan diagnósticos al detectar signos, síntomas, necesidades e implementar acciones resolutivas basadas en el conocimiento y la experiencia.

De hecho, suele considerarse que no existe gran diferencia entre el diagnóstico médico y el de Enfermería, pues se llega a encontrar que cuando éste último se plantea, es redactado muy similar al primero. Esta situación es preocupante, ya que se utiliza como sinónimos diagnóstico de Enfermería, observaciones o notas de Enfermería.

- Función Terapéutica

La función de tratamiento como reseña secuencial y compartimentada de las técnicas y procedimientos englobados en esta área se pueden hallar en cualquier prontuario asistencial. En este caso, se intenta poner de manifiesto las exigencias, características y restricciones que intervienen cuando se proporciona asistencia terapéutica al paciente.

"A menudo las enfermeras se reconocen el mérito de su destreza en la gestión de las intervenciones y medidas terapéuticas o del tratamiento que a menudo son complejas o intrincadas. Mu-

chas de estas intervenciones se han ido delegando rutinariamente en la enfermera, lo cual ha propiciado el surgimiento de funciones y conocimientos nuevos, también asimilados por la vía fáctica".³² En este sentido, la función terapéutica exige de conocimientos actuales y diversificados, además de ser planeada con base en un diagnóstico previo a fin de fomentar, mantener o restablecer la salud del cliente.

En relación con lo anterior, en las Instituciones Hospitalarias el plan de cuidados es por desgracia poco planeado como producto de un diagnóstico de Enfermería, ya que los recursos humanos, técnicos y materiales en ocasiones representan una limitante que propicia que las Enfermeras no tengan el tiempo para hacerlo.

³² Ibid. p. 145.

3. METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

H_1 : Existe incidencia entre el estilo de liderazgo y la atención de Enfermería a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

3.1.2 De trabajo

H_2 : A mejor liderazgo, mejor será la atención de Enfermería a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

3.1.3 Nula

H_0 : No existe relación entre el estilo de liderazgo y la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 Variable independiente: ESTILO DE LIDERAZGO

- Indicadores

- Autoritario explotador
- Autoritario benévolo
- Consultivo
- Demócrata
- Habilidad comunicativa

- Creatividad
- Cooperación
- Capacidad de decisión
- Motivación al personal
- Orientación a trabajadores

3.2.2 Variables dependientes: ATENCION DE ENFERMERIA

- Indicadores

- Asistencia al trabajo
- Desarrollo de tareas
- Interés por el trabajo
- Iniciativa de atención
- División del trabajo
- Diagnóstico de Enfermería
- Planeación de cuidados
- Desarrollo de procedimientos
- Interés por la evolución del paciente
- Satisfacción del paciente

3.2.3 Definiciones operacionales

LIDERAZGO

El liderazgo es un fenómeno dinámico tanto grupal como individual inherente al elemento directivo de la administración, que se ejerce en un organismo social para lograr éxito en los objetivos planeados mediante las actividades de orientar, motivar,

convencer, organizar, guiar, promover y educar a miembros de un grupo, requiriendo para ejercerse características personales peculiares, tales como: experiencia, trabajar con celo y confianza, capacitación técnico-científica suficiente y actualizada y buenas relaciones interpersonales entre otras. Aunado a lo anterior, se debe conocer la estructura organizacional de la institución y las características socio-culturales de los empleados a fin de realizar previamente un diagnóstico situacional actual que permita establecer en base a los alcances, limitaciones y potencialidades detectados, un estilo de liderazgo que encaje con los objetivos de la empresa.

Según las características de liderazgo que se ejerza, existen varios estilos, entre los que están: el autocrático, democrático y de libre curso; siendo posible medir su efectividad a través del nivel de satisfacción laboral de los grupos de trabajo y la calidad productiva.

ATENCION DE ENFERMERIA

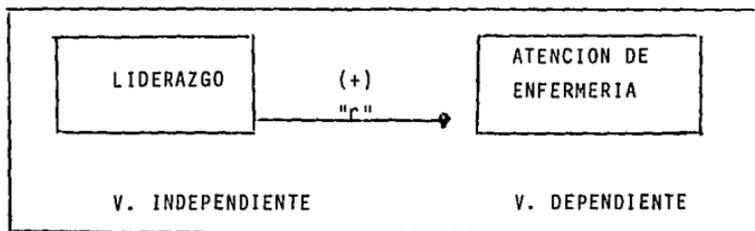
La atención de Enfermería es aquel servicio o actividad realizada por profesionales de la Enfermería dirigida a individuos, familias, grupos y comunidades en su proceso salud-enfermedad, a través de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria; que incluye en cada uno de éstos una gama de servicios a la salud tanto preventivos, curativos como de rehabilitación de las enfermedades que se realizan en las diversas instituciones

de salud tanto públicos como privadas, así como en la comunidad.

El profesional de Enfermería, considera al cliente como un individuo biopsicosocial con necesidades en atención a la salud particulares estableciendo para subsanarlas, un plan de actividades tendientes a reintegrar al individuo como unidad biopsicosocial a su medio ambiente.

La evaluación de esta atención de Enfermería es posible realizarla mediante indicadores clínicos, frecuencia de incidentes y estándares de calidad.

3.2.4 Modelo de relación causal de las variables



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.3.1 Tipo

El tipo de investigación que se realiza es descriptivo en virtud de que se ordenan los fenómenos con base en el contacto directo e indirecto que se tienen en ellas.

Es transversal porque mide en una sola ocasión las variables implicadas en el estudio, lo que ha permitido conocer su situación en ese momento, es prospectivo porque en este estudio se obtendrán datos de hechos que se presenten en el futuro.

3.3.2 Diseño

El diseño de investigación se ha realizado atendiendo a los siguientes pasos:

- Análisis de un problema de investigación a partir de las opiniones recibidas.
- Elaboración de un plan de investigación tomando un módulo del curso de seminario de la Tesis de la ENEO.
- Asistencia a la biblioteca para buscar el Marco teórico conceptual que servirá como complemento del marco teórico referencial desarrollado.
- Elaboración de las hipótesis general, de trabajo y nula.
- Desarrollo de las definiciones operacionales de cada una de las variables.
- Búsqueda de los indicadores de las variables.
- Elaboración del cronograma de trabajo utilizando un tiempo específico de 3 meses

- Elaboración del universo, población y muestra.
- Procesamiento de los datos utilizando tarjetas simples y tarjetas de concentración.
- Comprobación de las hipótesis mediante las técnicas estadísticas pertinentes.
- Análisis e interpretación de la información, elaboración de conclusiones y recomendaciones, presentación de anexos y apéndices y elaboración de referencias bibliográficas.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

3.4.1 Fichas de trabajo

A través de la elaboración de las fichas de trabajo será posible plasmar y recopilar toda la información en torno a las variables estudiadas para construir el marco teórico.

3.4.2 Observación

Mediante este instrumento, será posible plasmar las experiencias obtenidas en torno a las variables estudiadas, las actitudes del personal en el momento de aplicar cuestionarios, así como sus posibles reacciones en torno al mismo.

3.4.3 Entrevista

A través de esta técnica se podrán recopilar todos los testi-

monios orales del personal entrevistado y lograr mediante una relación directa con el entrevistado, el conocimiento de su forma de pensar y de sus opiniones en torno a la investigación.

3.4.4 Cuestionario

Este será el principal instrumento de recolección de datos que se hará mediante preguntas con opiniones de respuesta utilizando el sistema tipo Likert ya que permitirá posteriormente capturar los datos y transformarlos en información significativa.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituyen 450 personas de Enfermería, entre las que están: Supervisoras, Jefes de Servicio, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales y Auxiliares de Enfermería. Este conjunto representa el 100% del universo.

La población son exclusivamente las Supervisoras, Enfermeras Especialistas y Generales, excluyendo al personal nivelado y las Auxiliares que son 280 en total, lo que representa el 62.2% del universo.

La muestra resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}}$$

De donde:

$$n = \frac{280}{1 + \frac{280}{450}}$$

$$n = \frac{280}{1 + .62}$$

$$n = \frac{280}{1.62}$$

n = 172

A pesar de contar con una muestra de 172 personas para entrevistar, dadas las condiciones laborables del hospital, por ca rencia de personal, no fue posible aplicar los cuestionarios en su totalidad a la muestra señalada y se pudo hacer este pro cedimiento a 120 personas que sí respondieron a los cuestionarios.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

En este apartado se presentarán la condificación, tabulación y recuento de los datos que resulten de la aplicación de los cues tionarios.

CUADRO No. 1

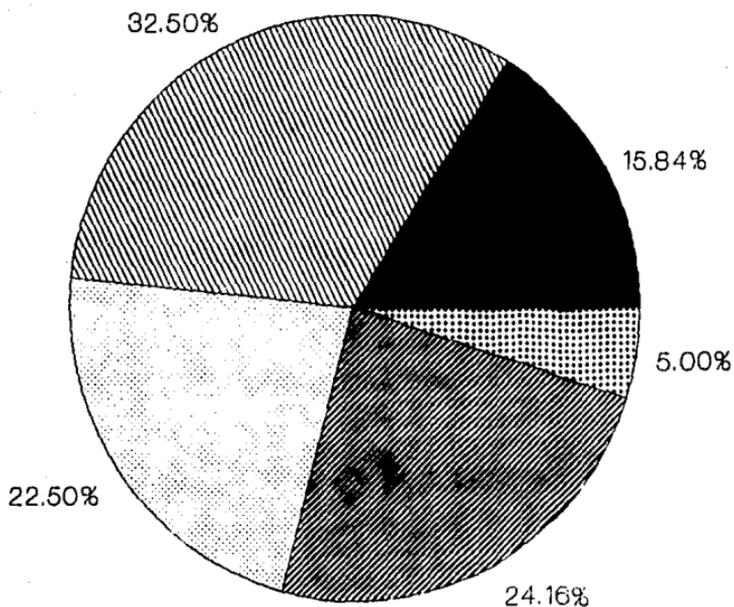
EDAD DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Tengo entre 18 y 25 años	19	15.84
2. Tengo entre 26 y 30 años	39	32.50
3. Tengo entre 31 y 35 años	27	22.50
4. Tengo más de 36 años	29	24.16
5. Sin respuesta	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Cuestionarios de la Investigación: Incidencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. aplicados el día 5 de septiembre de 1994.

GRAFICA No. 1
EDAD DE LOS ENTREVISTADOS
1994



OBSERVACIONES: El 32.50% tiene de 26 a 30 años y el 15.84% tiene entre 18 y 25 años.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS

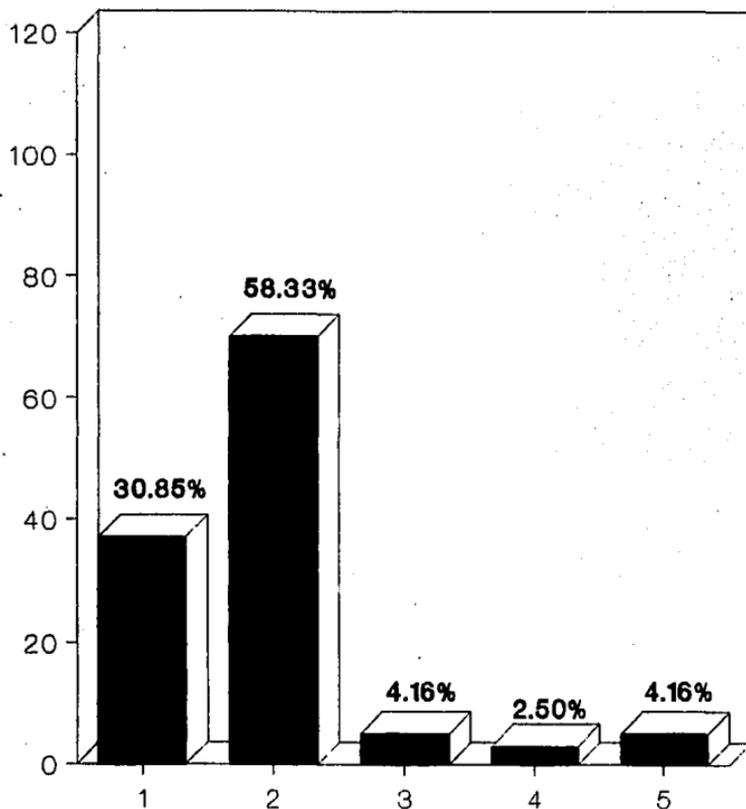
1994

OPCIONES	F	%
1. Soltera	37	30.85
2. Casada	70	58.33
3. Unión libre	5	4.16
4. Divorciada	3	2.50
5. Sin respuesta	5	4.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 2
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS
1994

FC



■ Series 1

OBSERVACIONES: El 58.33% del personal es casado y el 2.50% es divorciado.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

TURNO EN QUE LABORA EL PERSONAL

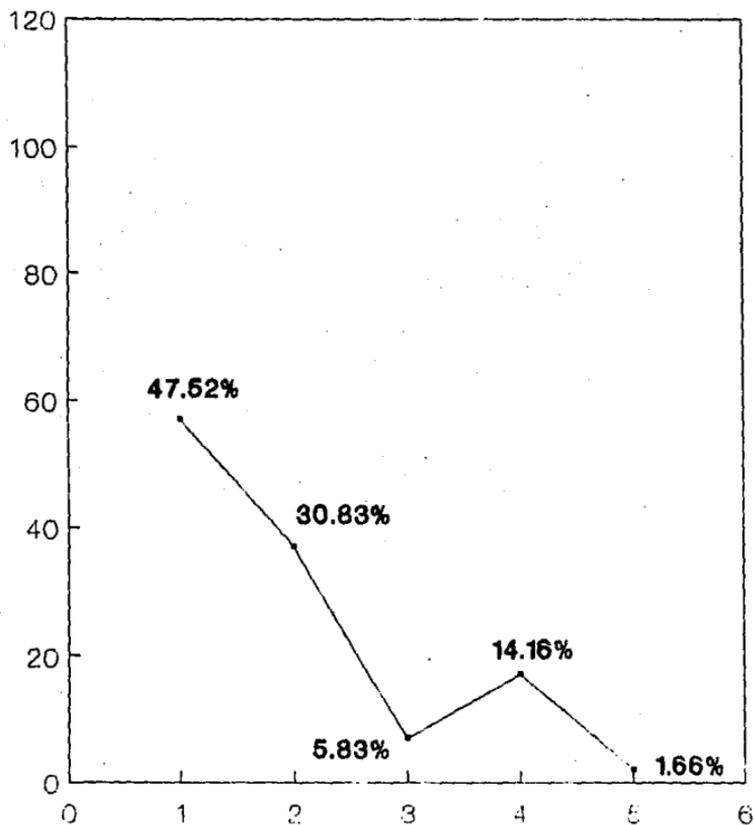
1994

OPCIONES	F	%
1. Matutino	57	47.52
2. Vespertino	37	30.83
3. Nocturno A	7	5.83
4. Nocturno B	17	14.16
5. Sin respuesta	2	1.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 3
TURNO EN QUE LABORA EL PERSONAL
1994

FC



OBSERVACIONES: El 47.52% labora en el turno matutino y el 5.83% en el turno nocturno "A".

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 4

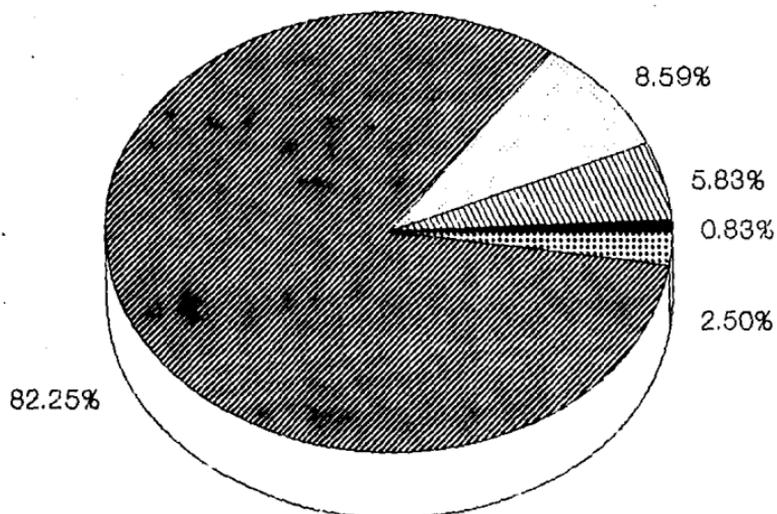
NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL PERSONAL

1994

OPCIONES	F	%
1. Estudios de posgrado en su versión de Maestrías	1	0.83
2. Licenciatura	7	5.83
3. Especialización	10	8.59
4. Técnico en Enfermería	99	82.25
5. Sin respuesta	3	2.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 4
NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL PERSONAL
1994



OBSERVACIONES: El 82.25% tiene nivel técnico y el 0.83% estudios de posgrado en su versión de Maestría.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 5

NIVEL JERARQUICO QUE OCUPAN LOS ENTREVISTADOS

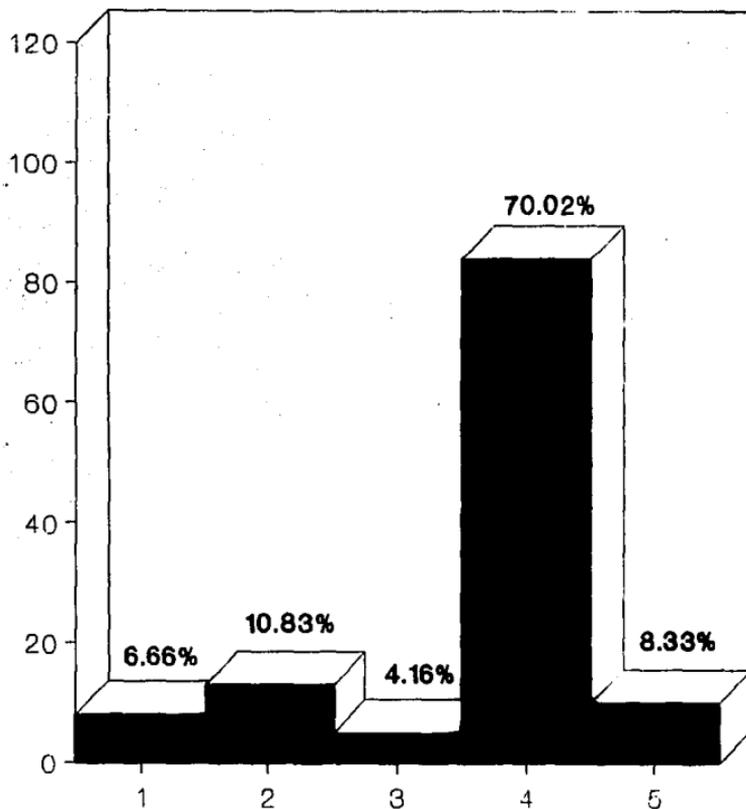
1994

OPCIONES	F	%
1. Supervisora	8	6.66
2. Jefe de servicio	13	10.83
3. Enfermera especialista	5	4.16
4. Enfermera General	84	70.02
5. Sin respuesta	10	8.33
TOTAL ^c	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 5
NIVEL JERARQUICO QUE
OCUPAN LOS ENTREVISTADOS
1994

FC



OBSERVACIONES: El 70.02% son Enfermeras Generales y el 6.66% son Especialistas.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 6

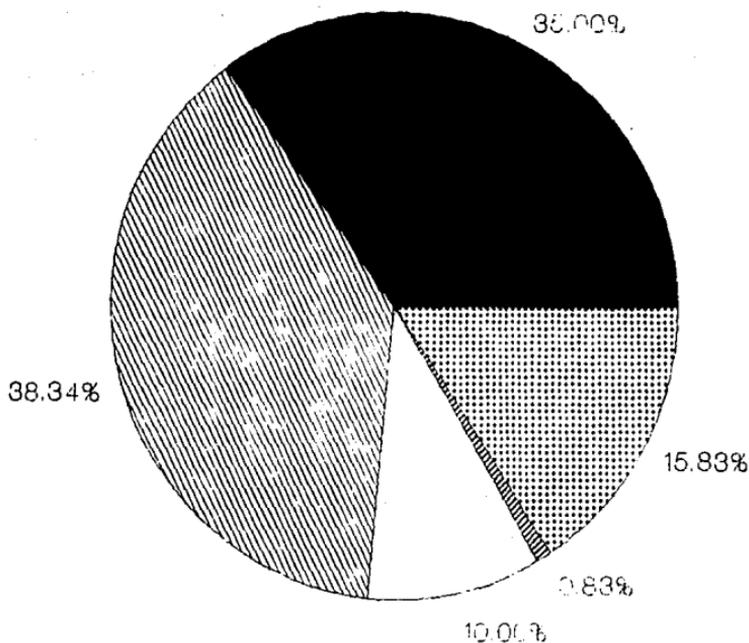
ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO EXPLOTADOR EN EL JEFE

1994

OPCIONES	F	%
1. No, yo creo que mi jefe inmediato es muy justo, a todo dar, cooperador y democrático.	42	35.00
2. No, yo creo que a veces aunque se enoja no explota a la gente, mantiene la disciplina pero es muy justo.	46	38.34
3. A veces considero que es autoritario y explota a todos, pero otras veces se porta muy bien.	12	10.00
4. Sí, yo creo que mi jefe es muy explotador de la gente, autoritario e impone su razón sin tenerla.	1	0.83
5. Sin respuesta.	19	15.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6
ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO
EXPLOTADOR EN EL JEFE
1994



OBSERVACIONES: El 38.34% cree que el jefe a veces se enoja, pero es justo y el 0.83% cree que si es autoritario.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 7

ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO BENEVOLO DEL JEFE

1994

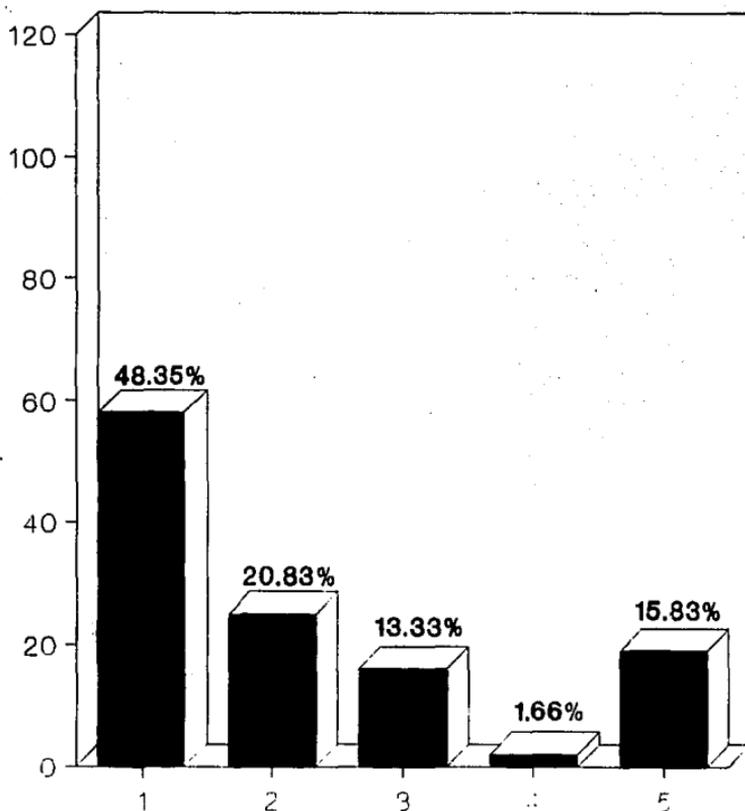
OPCIONES	F	%
1. No, yo creo que mi jefe aunque mantiene la disciplina, es cooperador y demócrata. Es un jefe que me ayuda siempre.	58	48.35
2. No, mi jefe nunca ha sido autoritario, aunque a veces nos llama la atención, pero con cordura y benevolencia.	25	20.83
3. Sí, mi jefe es a veces manipulador. Aparentemente nos trata bien, pero consigue todo lo que quiere de uno.	16	13.33
4. Sí, mi jefe es siempre un autócrata que benevolente, consigue lo que quiere, ya que siempre se sale con la suya.	2	1.66
5. Sin respuesta.	19	15.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 7
ESTILO DE LIDERAZGO AUTORITARIO
BENEVOLO EN EL JEFE

1994

FC



OBSERVACIONES: El 48.35% cree que su jefe es democrata y que siempre ayuda y el 1.66% cree que su jefe es un autoritario benevolente que siempre consigue lo que quiere.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 8

CONSIDERACIONES EN TORNO A SI EL JEFE CONSULTA AL PERSONAL

1994

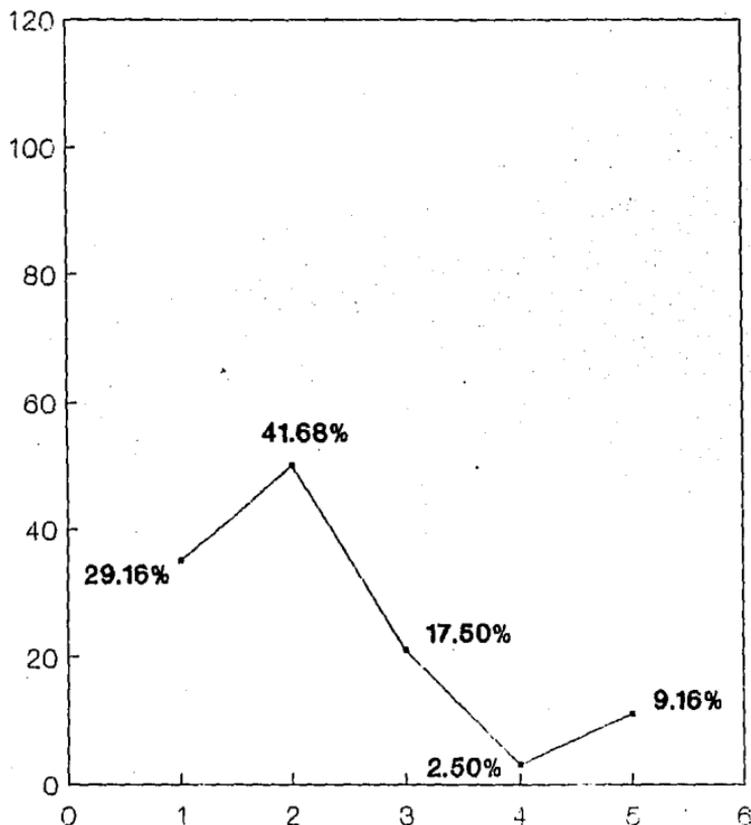
OPCIONES	F	%
1. Sí, yo creo que mi jefe y yo mantenemos estupenda comunicación, ya que me consulta algunas cosas y otras yo le pido su opinión.	35	29.16
2. Sí, yo creo que mi jefe me consulta, especialmente las cuestiones relacionadas con el trabajo y la atención de los pacientes.	50	41.68
3. A veces me comunico con mi jefe, pero sólo cuestiones de trabajo. Casi no hablamos.	21	17.50
4. No, yo no le consulto nada y mi jefe tampoco me pide la opinión de nada. Es mejor así.	3	2.50
5. Sin respuesta	11	9.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 8
CONSIDERACIONES EN TORNO A SI
EL JEFE CONSULTA AL PERSONAL

1994

FC



OBSERVACIONES: El 41.68% del personal afirma que su jefe es consultor solo de aspectos del trabajo y el 2.50% que el jefe no le consulta nada ni él tampoco.

Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 9

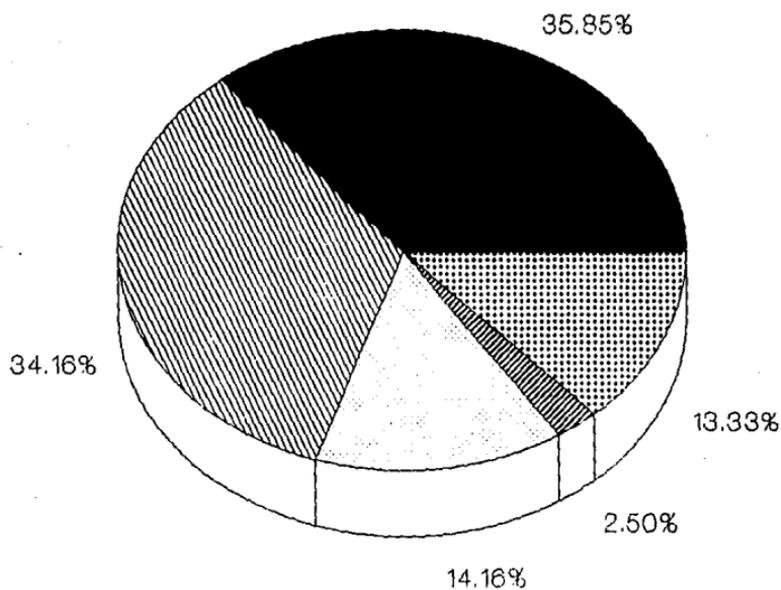
ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRATA DEL JEFE

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo creo que es muy cooperador, comparte sus decisiones y pide opiniones nuestras siempre. Se comporta como un compañero más.	43	35.85
2. Sí, yo creo que aunque mantiene la disciplina, es democrático en sus decisiones y comportamiento para nosotros.	41	34.16
3. A veces mi jefe parece comportarse como un demócrata, pero otras veces parece un autoritario por la forma en que nos habla y se conduce.	17	14.16
4. No, creo que de demócrata no tiene nada. Su actuación y su forma de pensar nos dice que es un autócrata consumado.	3	2.50
5. Sin respuesta.	16	13.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 9
ESTILO DE LIDERAZGO DEMOCRATA EN EL JEFE
1984



OBSERVACIONES: El 36,86% del personal opina que el jefe es democrata y el 2,50% que es un autocrata consumado.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 10

HABILIDAD COMUNICATIVA DEL JEFE

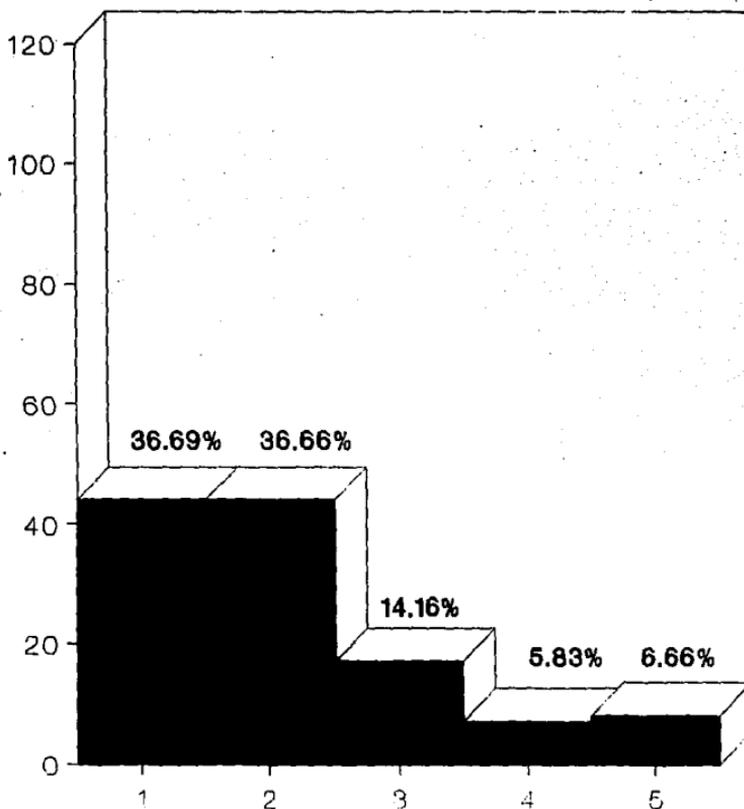
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre habla con nosotros, se preocupa por mantener la información al día y nos comenta todo.	44	36.69
2. Sí, creo que habla con nosotros lo indispensable. Nos mantiene informados.	44	36.66
3. Sí, ocasionalmente, ya que existen algunos jefes que no tienen esa habilidad.	17	14.16
4. No, le es muy difícil a mi jefe hablar y comunicarse con nosotros.	7	5.83
5. Sin respuesta.	8	6.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 10
HABILIDAD COMUNICATIVA DEL JEFE
1994

FC



OBSERVACIONES: El 36.69% del personal opina que el jefe siempre mantiene comunicación en todo y el 5.83% que es difícil que la entable.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 11

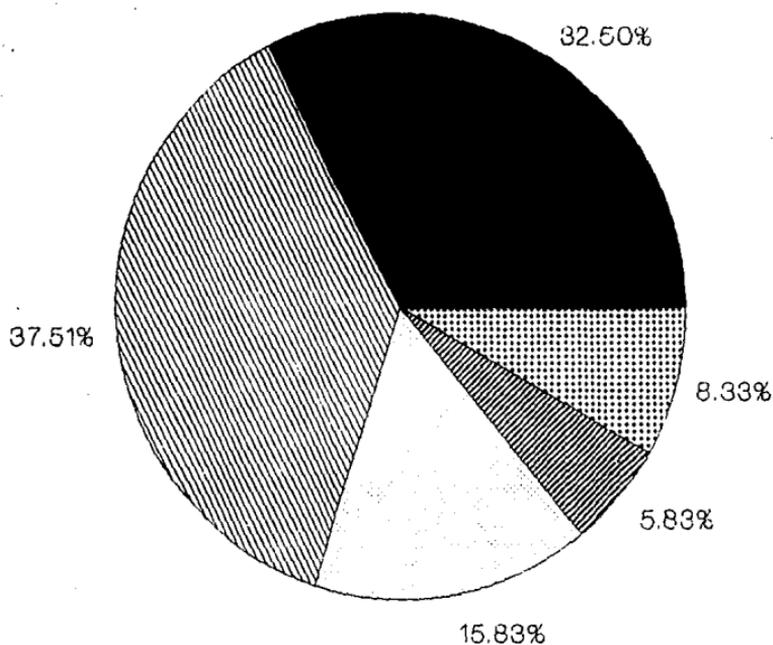
CREATIVIDAD DEL JEFE

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre está iniciando cosas y pensando como mejorar en el trabajo.	39	32.50
2. Sí, creo que es creativo, sólo que el exceso de trabajo lo limita.	45	37.51
3. Sí, lo es, aunque de manera muy esporádica y cuando hay que solucionar problemas.	19	15.83
4. No, nunca es creativo, más bien, espera que nosotras le digamos cómo hacer las cosas.	7	5.83
5. Sin respuesta	10	8.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11
CREATIVIDAD DEL JEFE
1994



OBSERVACIONES: El 37.51% del personal cree que el jefe es creativo, pero el exceso de trabajo lo limita y el 5.83% que nunca es creativo y espera le digan como hacer las cosas.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 12

COOPERACION DEL JEFE CON EL PERSONAL

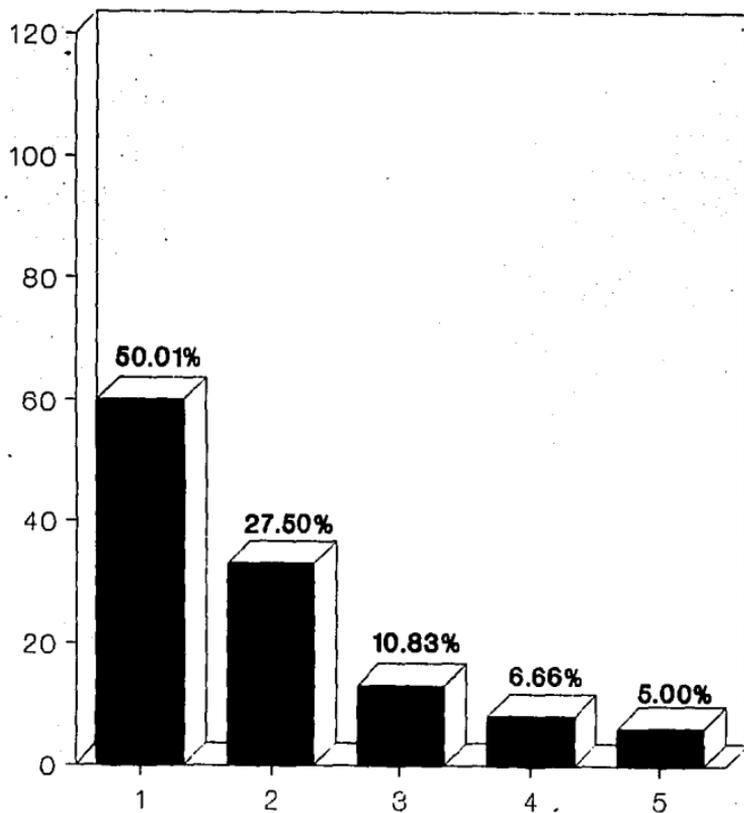
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre es cooperativo, nos ayuda y nos alienta en el trabajo.	60	50.01
2. Sí, siempre lo es, pero cuando tiene tiempo.	33	27.50
3. Sí, sólo cuando existen dificultades y un poco a fuerza.	13	10.83
4. No, nunca he recibido cooperación de mi jefe. Más bien, se aparta y se va cuando hay exceso de trabajo.	8	6.66
5. Sin respuesta.	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 12
COOPERACION DEL JEFE CON EL PERSONAL
1994

FC



OBSERVACIONES: El 50.01% del personal afirma que su jefe es cooperador y le ayuda en el trabajo y el 6.66% que es lo contrario ya que no les ayuda.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

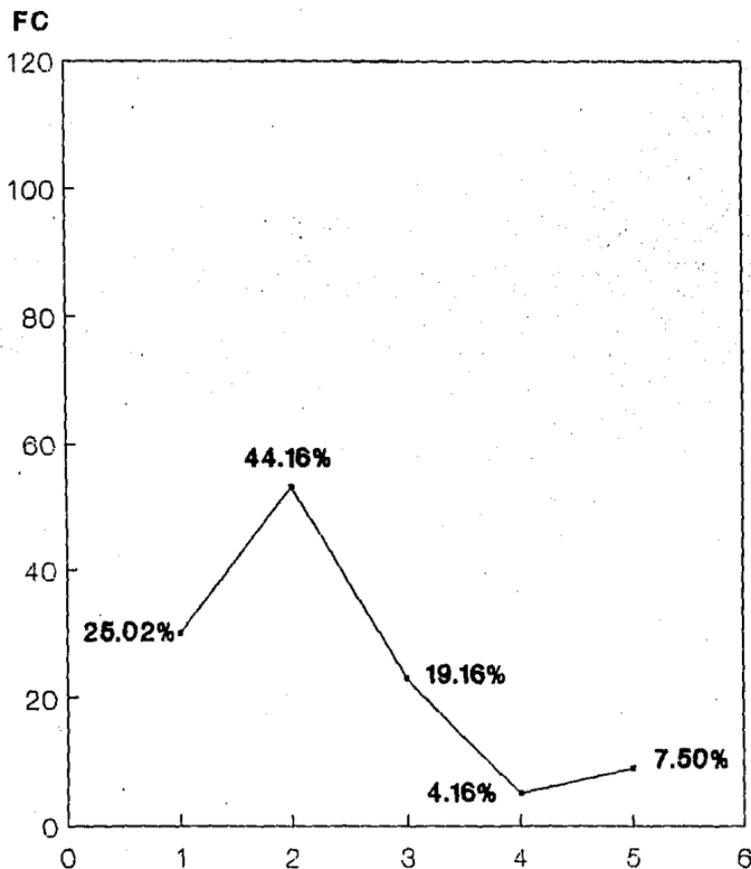
CAPACIDAD DE DECISION DEL JEFE

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre decide atinadamente todo. Eso nos ayuda mucho en el trabajo.	30	25.02
2. Sí, siempre toma la decisión, pero nos pregunta a ver que pensamos.	53	44.16
3. Sí, decide pero existen inconformida- des por algunas decisiones tomadas.	23	19.16
4. No, para nada. Nunca se atreve a tomar una decisión por temor a equivocarse.	5	4.16
5. Sin respuesta.	9	7.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 13
CAPACIDAD DE DECISION DEL JEFE
1994



— Series 1

OBSERVACIONES: El 44.16% del personal afirma que el jefe siempre toma decisiones, pero tiene que consultar al personal y el 4.16% que nunca toma decisiones - por temor a equivocarse.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

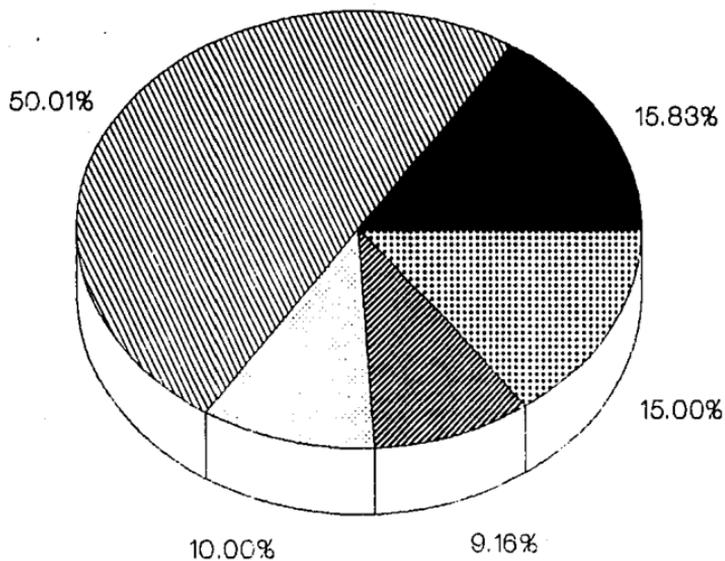
MOTIVACION DEL JEFE AL PERSONAL

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, mi jefe cada día viene con un espíritu de superación para todos, nos premia y nos motiva y nos da horizontes en la vida.	19	15.83
2. Sí, mi jefe cuando tiene tiempo, platica conmigo y me motiva a seguir adelante.	60	50.01
3. A veces mi jefe cuando viene de buenas, me da palabras de aliento, pero no siempre.	12	10.00
4. No, mi jefe nunca me motiva, no me premia ni me reconoce nada. Al contrario, trata de desalentarme.	11	9.16
5. Sin respuesta	18	15.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14
MOTIVACION DEL JEFE AL PERSONAL
1994



OBSERVACIONES: El 50.01% afirma que cuando tiene tiempo el jefe motiva al personal y el 9.16% que nunca motiva, por el contrario desalienta.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 15

ORIENTACION QUE RECIBE EL PERSONAL DE SU JEFE

1994

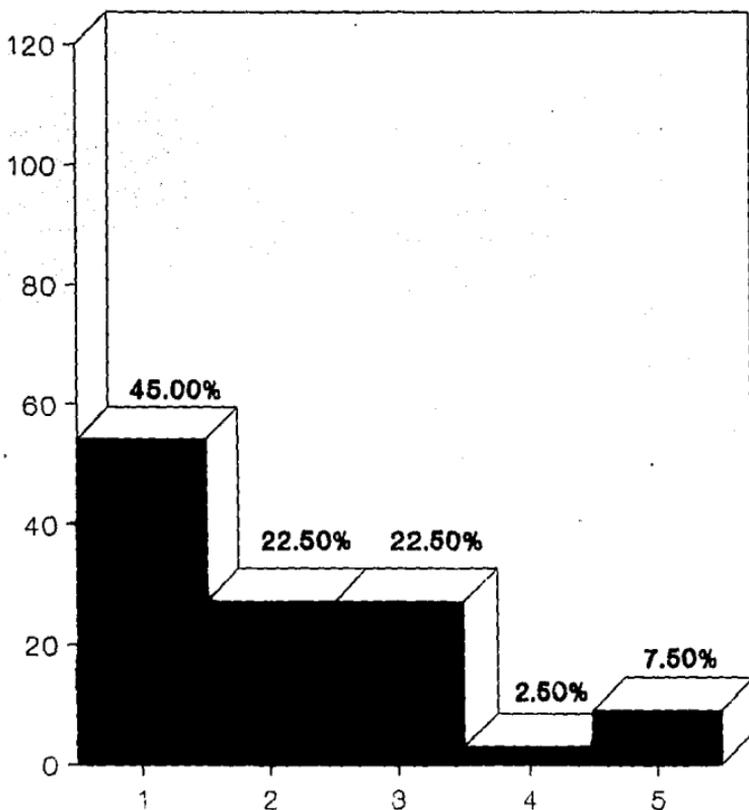
OPCIONES	F	%
1. Sí, de manera permanente y ante situaciones de dudas y acontecimiento fuera de rutina.	54	45.00
2. Sí, cuando soy asignada a nuevas unidades o puestos.	27	22.50
3. Sí, pero sólo cuando se lo solicito personalmente.	27	22.50
4. No, mi jefe nunca me da ningún tipo de orientación.	3	2.50
5. Sin respuesta.	9	7.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 16
ORIENTACION QUE RECIBE EL
PERSONAL DE SU JEFE

1984

FC



OBSERVACIONES: El 45% del personal afirma que el jefe orienta oportuna y permanentemente y el 2.5% que nunca le orienta de nada.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 16

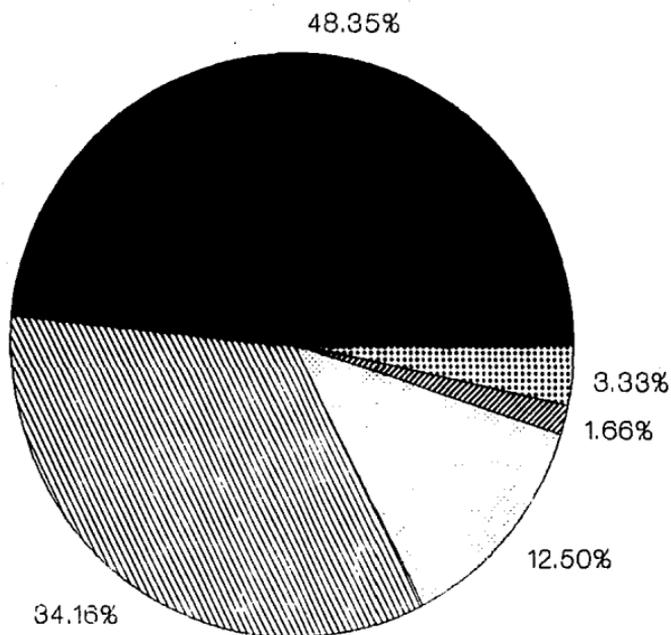
ASISTENCIA DEL PERSONAL AL TRABAJO

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre asisto y procuro no ausentarme sin causa injustificada.	58	48.35
2. Sí, siempre asisto y cuando tengo necesidad de ausentarme solicito licencia previa o consigo suplencia.	41	34.16
3. Sí, asisto de manera regular, pero con cierta frecuencia me ausento por problemas personales.	15	12.50
4. No, no asisto con regularidad ya que tengo otras actividades que me absorben más.	2	1.66
5. Sin respuesta.	4	3.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 16
ASISTENCIA DEL PERSONAL AL TRABAJO
1984



OBSERVACIONES: El 48.35% del personal refiere que siempre asiste al trabajo y procura no ausentarse y el 1.66% refiere -- que se ausenta porque tiene otras actividades que le absorben más.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

DESARROLLO DE LAS TAREAS EN EL TRABAJO

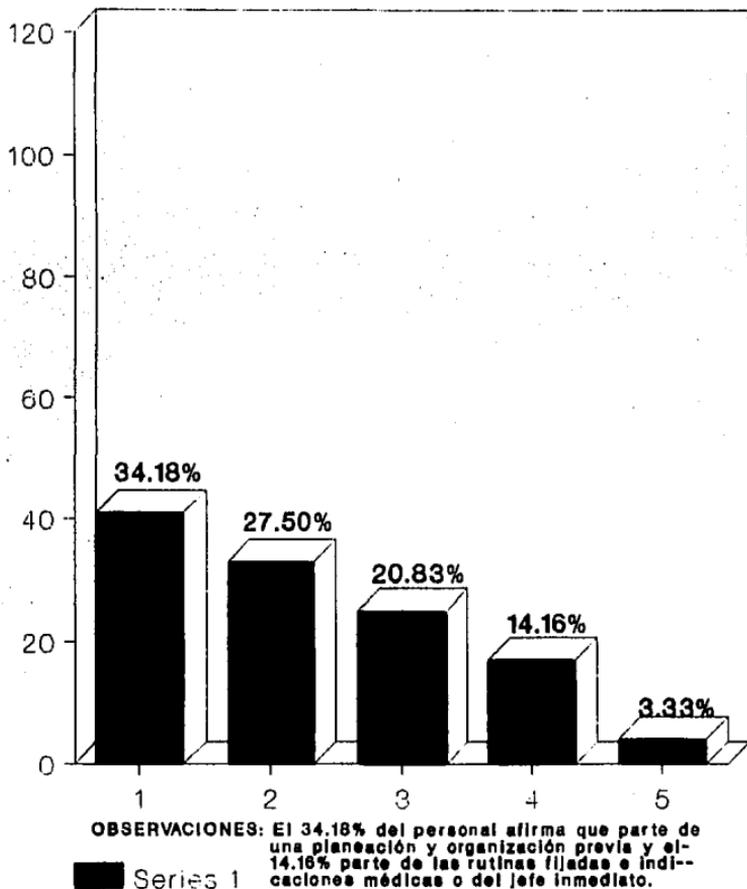
1994

OPCIONES	F	%
1. Las desarrollo partiendo de una planeación previa y organización del trabajo en conjunto con mis compañeras.	41	34.18
2. Las desarrollo partiendo de una planeación previa, sólo que el poco tiempo y el exceso de trabajo es una limitante.	33	27.50
3. A veces las desarrollo planeándolas previamente, pero cuando no tengo tiempo de hacerlo por exceso de trabajo las desarrollo como se van presentando.	25	20.83
4. Las desarrollo partiendo de las rutinas fijadas en cada servicio o lo que me indica el médico o mi jefe inmediato.	17	14.16
5. Sin respuesta.	4	3.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 17
DESARROLLO DE LAS TAREAS EN EL TRABAJO
1984

FC



FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 18

INTERES DEL PERSONAL POR EL TRABAJO

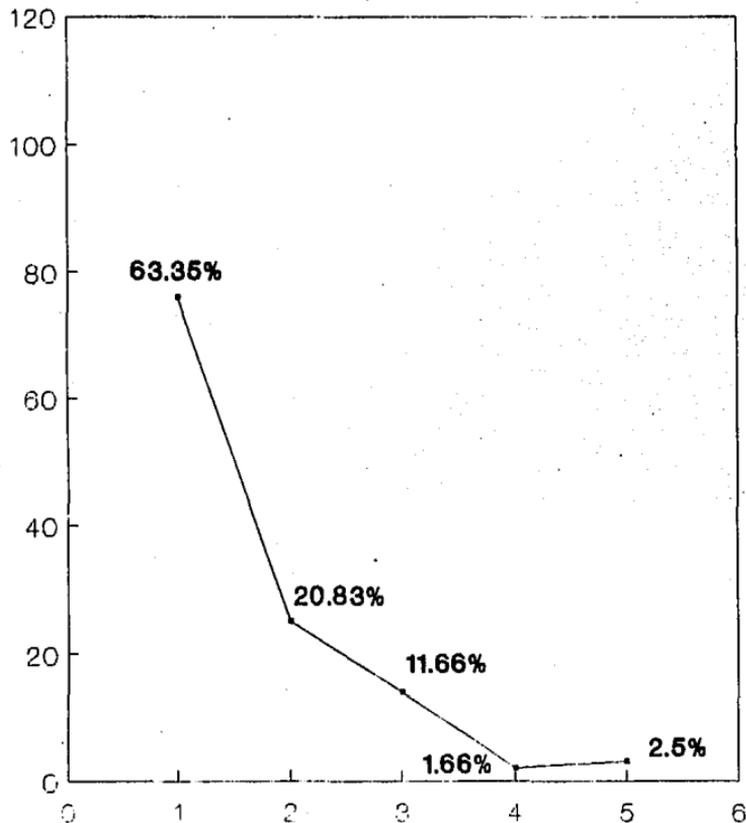
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre manifiesto interés ya que tengo el compromiso vocacional y profesional que me hace sentir responsable y creativo en mi trabajo.	76	63.35
2. Sí, siempre estoy interesado sólo que el exceso de trabajo me hace sentir cansancio y pierdo un poco de interés por lo que hago.	25	20.83
3. Sí, creo sentir interés por mi trabajo, pero la rutina a veces me absorbe y no me siento motivada.	14	11.66
4. No, en realidad no me interesa mucho, ya que me aburre hacer lo mismo todo el tiempo.	2	1.66
5. Sin respuesta.	3	2.5
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 18
INTERES DEL PERSONAL POR EL TRABAJO
1994

FC



OBSERVACIONES: El 63.35% del personal siempre manifiesta interés en el trabajo y al 1.66% no le interesa porque se aburre de hacer siempre lo mismo.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 19

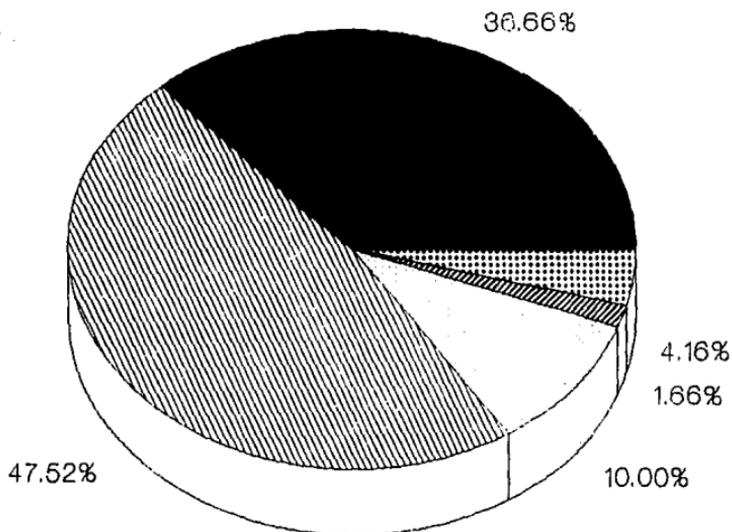
INICIATIVA DEL PERSONAL EN EL TRABAJO

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, tengo iniciativa y busco participar activamente en innovaciones científicas y técnicas, no espero a que me inviten a hacer mi trabajo.	44	36.66
2. Sí, tengo iniciativa en mi trabajo y participo cuando tengo tiempo de hacerlo o cuando me lo solicitan.	57	47.52
3. A veces no tengo mucha iniciativa porque me es difícil poder salirme de la rutina. Sólo tengo iniciativa cuando me invitan a hacerlo.	12	10.00
4. No, en realidad no la tengo porque creo que todo ya está bien determinado en la rutina y por tanto, ya no es necesario tener iniciativa.	2	1.66
5. Sin respuesta.	5	4.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 19
INICIATIVA DEL PERSONAL EN EL TRABAJO
1994



OBSERVACIONES: El 47.52% del personal tiene iniciativa, pero solo cuando tiene tiempo o se lo solicitan y el 1.66% considera que no la tiene y que no es necesaria.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 20

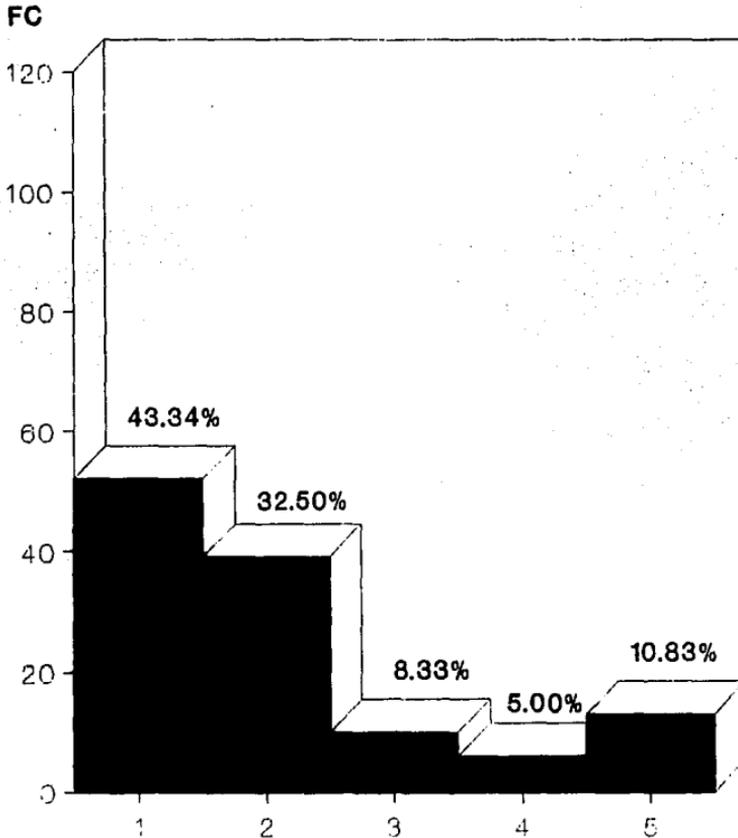
DIVISION DEL TRABAJO QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre realizo la división del trabajo en común acuerdo con mis compañeras y partiendo de las necesidades de atención de Enfermería que existan.	52	43.34
2. Sí, realizo la división del trabajo y me preocupo porque sea equitativo y planeado pero el exceso de trabajo no siempre lo permite.	39	32.50
3. Sí, sólo cuando existe exceso de trabajo o hay pacientes muy graves. A veces es mejor que cada quien sea ubicado en el área que más le gusta.	10	8.33
4. No, nunca hago división del trabajo porque siempre lo hacen mis compañeras o a veces existen inconformidades que crean conflictos personales.	6	5.00
5. Sin respuesta.	13	10.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 20
DIVISION DEL TRABAJO, QUE
REALIZAN LAS ENFERMERAS
1994



OBSERVACIONES: El 43.34% siempre realiza división del trabajo partiendo de las necesidades de atención y el 5% nunca la realiza - porque gesta conflictos personales.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 21

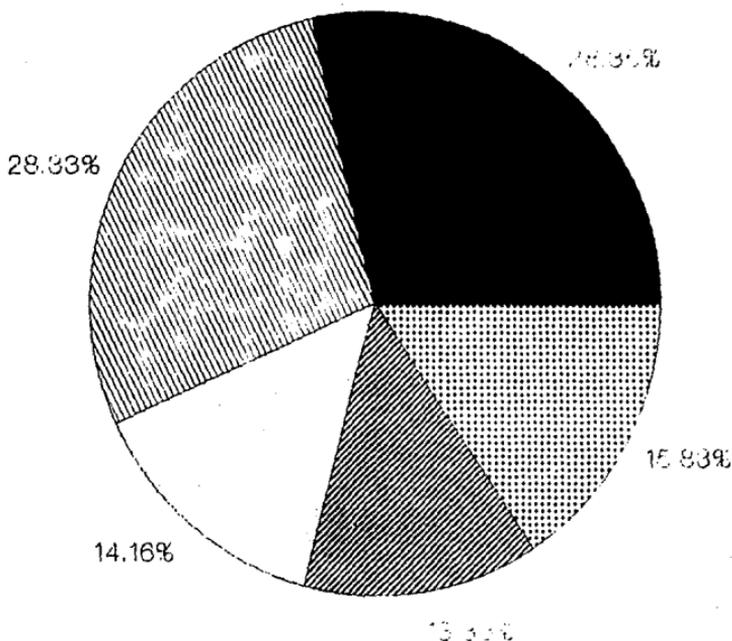
REALIZACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, a cada paciente le realizo el dx. de Enfermería como pauta para planeación de cuidados.	34	28.35
2. Sí, a veces lo hago, pero no a todos los pacientes que tenga asignados.	34	28.33
3. Sí, a veces lo hago, pero es similar al dx. médico.	17	14.16
4. No, nunca lo realizo porque no me da tiempo.	16	13.33
5. Sin respuesta	19	15.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 21
REALIZACION DEL DIAGNOSTICO
DE ENFERMERIA
1994



OBSERVACIONES: El 28.36% del personal afirma que siempre lo realiza a cada paciente y el 13.33% nunca lo hace porque no tiene tiempo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 22

PLANEACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES

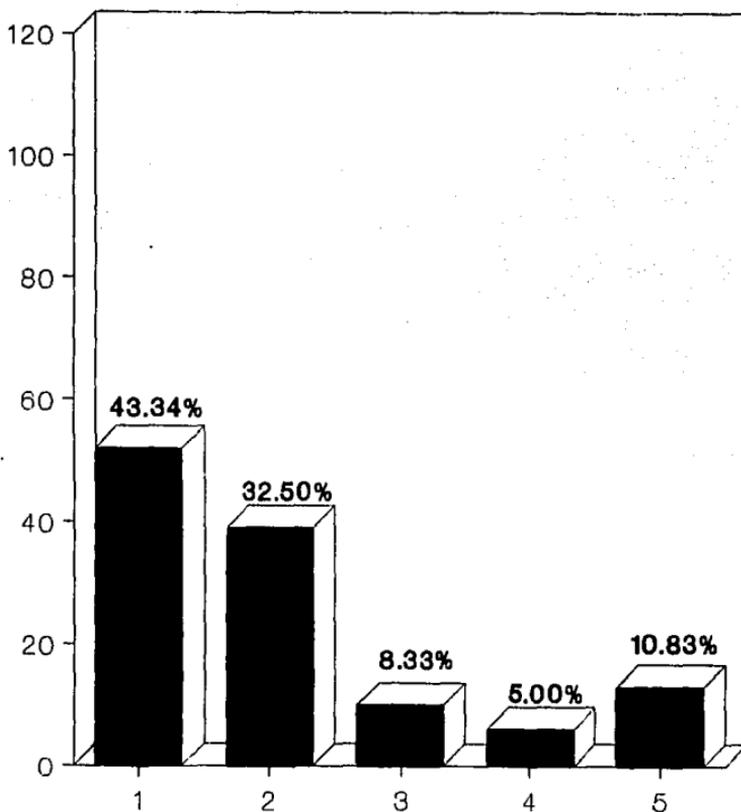
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, siempre lo hago ántes de iniciar la atención al paciente.	52	43.34
2. Sí, ocasionalmente lo hago al atender al paciente.	39	32.50
3. No, casi nunca me preocupo por el plan de cuidados.	10	8.33
4. No, nunca lo hago, ya que hay que estudiar y coordinar los cuidados.	6	5.00
5. Sin respuesta	13	10.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 22
PLANEACION DE CUIDADOS DE
ENFERMERIA A LOS PACIENTES
1994

FC



OBSERVACIONES: El 43.34% del personal siempre planea los cuidados y el 5% nunca los planea porque hay que estudiarlos.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 23

DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

1994

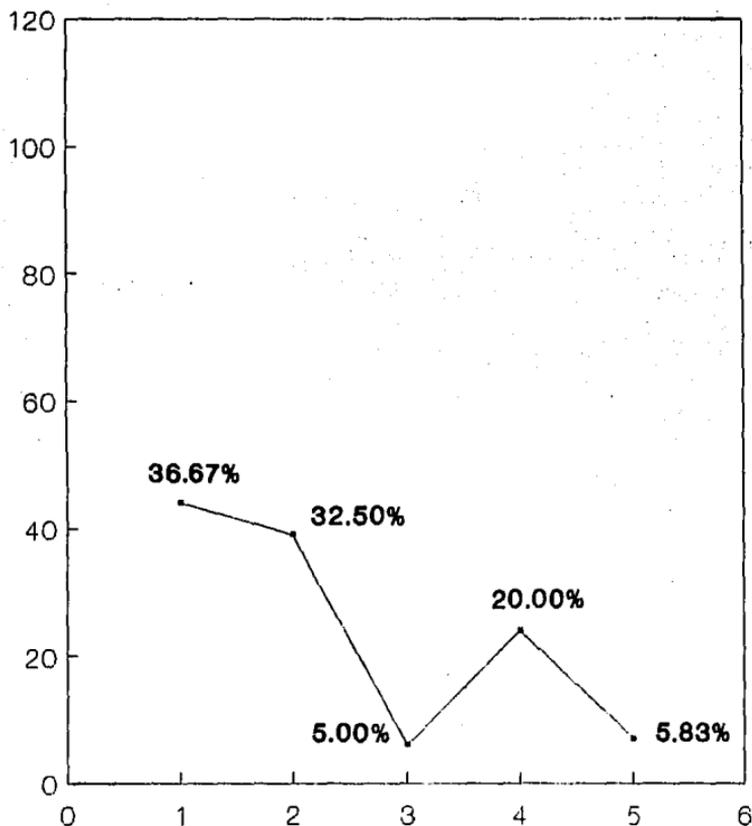
OPCIONES	F	%
1. Los desarrollo en base a un diagnóstico de Enfermería previo y preocupándome por cumplirlos lo más íntegramente posible.	44	36.67
2. Los desarrollo con base en un diagnóstico de Enfermería pero cuando tengo muchos pacientes asignados, me veo limitada para poder desarrollar los procedimientos con calidad.	39	32.50
3. A veces los desarrollo con mucha prisa porque tengo mucho trabajo y no me da tiempo de planearlos, teniendo que repetirlos nuevamente.	6	5.00
4. Los realizo con base en la rutina establecida en el servicio y a lo que me indica el médico.	24	20.00
5. Sin respuesta	7	5.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 23
DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS
DE ENFERMERIA**

1984

FC



—●— Series 1

OBSERVACIONES: El 36.67% del personal los desarrolla partiendo de un diagnóstico de Enfermería y preocupándose por cumplirlos íntegramente y el 5% lo hace sin planearlos y con prisa, teniendo que repetirlos nuevamente.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 24

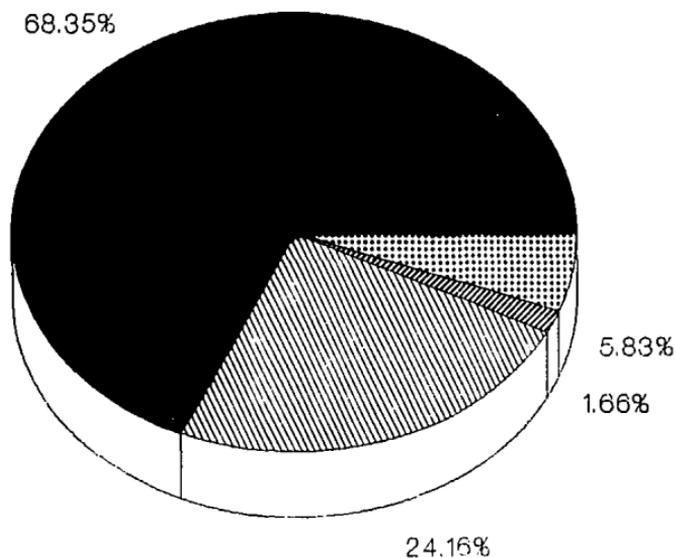
INTERES POR LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES ASIGNADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí me intereso, ya que es la pauta para planeación de la atención de Enfermería.	82	68.35
2. Sí, a veces me intereso, cuando no tengo mucha carga de trabajo.	29	24.16
3. Sí, aunque eso ocurre cuando veo que el estado del paciente empeora.	0	0
4. No, nunca, ya que el exceso de trabajo me lo impide.	2	1.66
5. Sin respuesta.	7	5.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 24
INTERES POR LA EVOLUCION
DE LOS PACIENTES ASIGNADOS
1994



OBSERVACIONES: El 68.35% si se interesa porque es la pauta para planear la atención y el 1.66% nunca se interesa porque tiene exceso de trabajo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 25

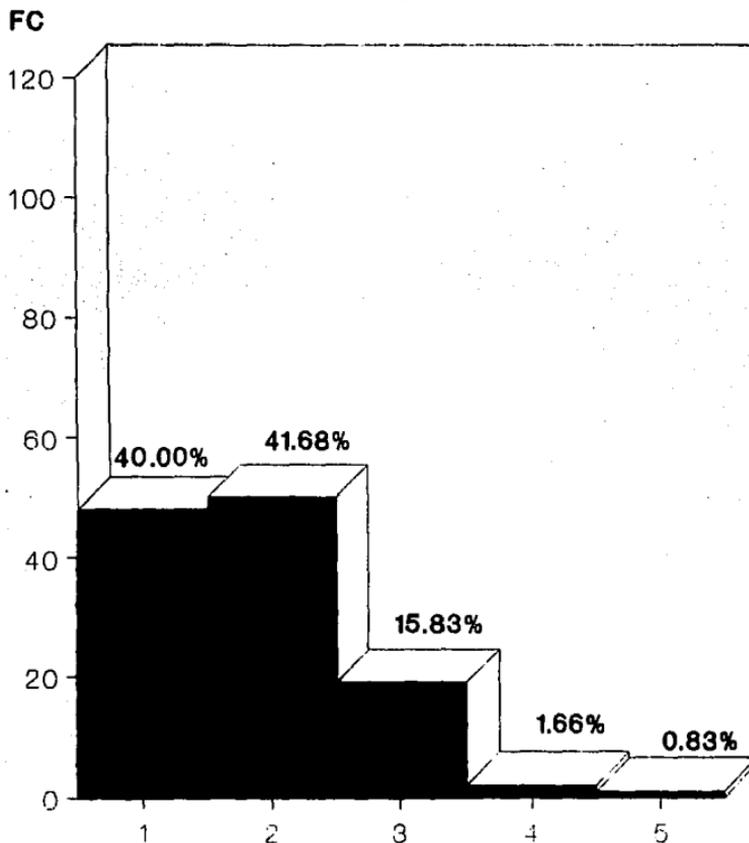
SATISFACCION DEL PACIENTE POR LA ATENCION QUE
PROPORCIONA LA ENFERMERA

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, estoy segura que con los cuidados que Enfermería proporciona, son los que permiten la mejoría de los pacientes.	48	40.00
2. Sí, creo que la mayoría de las ocasiones aunque no sea reconocido por el paciente, la atención de Enfermería es buena y determinante en el restablecimiento del paciente.	50	41.68
3. A veces siento que la atención podría ser mejor, pero dadas las condiciones laborales y falta de recursos, el paciente se queja.	19	15.83
4. No, considero que no le satisface porque nunca expresa la satisfacción verbalmente lo que indica que la atención no es la ideal.	2	1.66
5. Sin respuesta.	1	.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 25
SATISFACCION DEL PACIENTE POR LA
ATENCIÓN QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA
1994



OBSERVACIONES: El 41.68% considera que en la mayoría de las ocasiones aunque el paciente no lo reconoce, la atención de Enfermería es determinante - para el restablecimiento y el 1.66% considera que la atención de Enfermería no es la ideal porque el paciente nunca expresa verbalmente satisfacción.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia que existe entre las variables estudiadas.

De esta manera y con una muestra de 120 encuestas aplicadas, se concentraron los datos en la tabla No. 1 que a continuación se presenta y que contiene para X: El Estilo de Liderazgo y para Y: La Atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en México, D.F.

TABLA No. 1

MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE X: EL ESTILO DE LIDERAZGO Y LA VARIABLE Y: ATENCION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES

1994

ITEMS X	X	X ²	ITEMS	Y	Y ²	X·Y
1	46	2116	11	58	3364	2668
2	58	3364	12	41	1681	2378
3	50	2500	13	76	5776	3800
4	43	1849	14	57	3249	2451
5	44	1935	15	52	2704	2288
6	45	2025	16	34	1156	1530

7	60	3600	17	52	2704	3120
8	53	2809	18	44	1936	2332
9	60	3600	19	82	6724	4920
10	54	2916	20	48	2304	2592

TOTAL EX=513 EX²=26715 EX=544 EY²=31598 EXY=28079

Con los resultados anteriores, se desarrolla la siguiente fórmula de Pearson:

$$r = \frac{n \sum E X \cdot Y - (\sum EX) (\sum EY)}{\sqrt{[n \sum EX^2 - (\sum EX)^2] [n \sum EY^2 - (\sum EY)^2]}}$$

Que en el despeje resulta:

$$r = \frac{(120) (28079) - (513) (544)}{\sqrt{[(120) (26715) - (513)^2] [(120) (31598) - (544)^2]}}$$

De donde:

$$r = \frac{3369480 - 279072}{\sqrt{(3205800 - 263169) (3791760 - 295936)}}$$

Que resulta:

$$r = \frac{3090408}{\sqrt{(2942631) (3495824)}}$$

De donde:

$$r = \frac{3090408}{\sqrt{10286920}}$$

Que resulta:

$$r = \frac{3090408}{3207322}$$

Que dividiendo da:

$$r = 0.9635$$

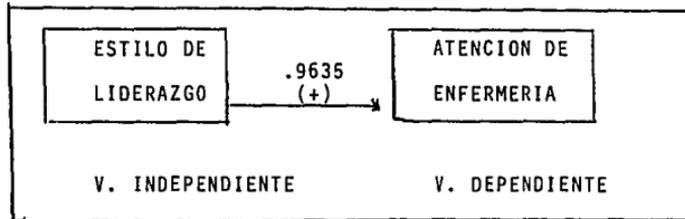
Por tanto, al resultar un coeficiente de "r" = .9635 con correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

H₂: A mejor liderazgo, mejor será la atención de Enfermería a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

Así mismo, al localizar la tabla F con valores de "r" a los niveles de confianza de .05, da un "rt" de .2050 que para un "n" de 120 cuestionarios aplicados se comprueba la hipótesis de trabajo H₂ y también se comprueba la hipótesis de trabajo H₁ que dice:

H_1 : Existe incidencia positiva entre el estilo de liderazgo y la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F.

Por lo anterior, da como resultado que el liderazgo determina fuertemente la atención de Enfermería en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el D.F. y da como consecuencia el modelo de relación comprobado siguiente:



H_0 : No existe relación entre el estilo de liderazgo y la atención de Enfermería a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.

4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En el cuadro No. 1 relativo a la edad de los entrevistados, se observa que el 32.50% tiene entre 26 y 30 años, el 24.16% tiene entre 31 y 35 años y el 15.84% tiene entre 18 y 25 años. Es to significa que aunque existe un porcentaje importante de personal mayor de 36 años, la mayoría del personal del INER está en edad productiva, lo que favorece el desempeño y calidad del trabajo. Sin embargo, esto también a su vez representa que el personal se encuentra en edad reproductiva, y por tanto aumentan las licencias por maternidad.

En el cuadro No. 2 referente al estado civil de los entrevistados, el 58.33% es casado, el 30.85% es soltero, el 4.16% está en unión libre y sólo el 2.50% es divorciado. Esto indica que pre domina el personal casado, lo que determina que el personal al ser en su mayoría femenino, tenga que desempeñar dos roles: el de pareja, con todas sus implicaciones y compromisos y el de trabajador; lo que por un lado, dada la situación económica del país existe la necesidad de tener un empleo y no ausentarse, y por otro, esta situación predispone a que por situaciones concernientes con el matrimonio, el personal se ausente, especial mente si existen hijos.

En el cuadro No. 3 referente al turno en que labora el personal se encuentra que el 47.50% del personal entrevistado se ubica en el turno matutino, el 30.83% en el turno vespertino, el 14.16%

en el turno nocturno "B" y sólo el 5.83% en el nocturno "A". El predominio del turno matutino y vespertino es porque la mayoría del personal se distribuye en estos turnos dadas las condiciones de necesidad de atención; además de que en estos turnos se facilita más la entrevista que los nocturnos.

En el cuadro No. 4 correspondiente al nivel de escolaridad del personal, se encuentra que el 82.25% tiene el nivel técnico, el 8.59% son especialistas, el 5.83% tienen nivel licenciatura y sólo el 0.83% posgrado en su versión de Maestría. Esto significa que el personal que trabaja en el INER es profesional, lo que permite vislumbrar el tipo de atención que presta. Llama la atención que los porcentajes de estudios posttécnicos en sus diferentes variantes, son reducidos en comparación con los requerimientos que demanda una Institución de estas características.

El cuadro No. 5 referente al nivel jerárquico que ocupan los entrevistados, se observa que del personal encuestado el 70.02% ocupan el cargo de Enfermeras generales, el 10.83% jefes de servicio, el 6.66% son supervisoras y el 4.16% ocupan cargo de especialistas. Estos porcentajes indican que se pudo encuestar representativamente a todos los niveles jerárquicos de Enfermería que se propusieron, lo que hizo posible obtener información de todas las jerarquías.

En el cuadro No. 6 correspondiente al estilo de liderazgo auto

ritario explotador en el jefe, se presenta la siguiente información: El 38.34% del personal considera que su jefe aunque se enoja no es explotador, el 35% afirma que su jefe es justo, cooperador y democrático, el 10% considera que a veces su jefe es autoritario y explota a todos y sólo el 0.83% manifiesta que su jefe es un explotador y autoritario. De acuerdo a estos datos obtenidos, es notorio que aunque existen pequeños matices de este estilo de liderazgo en un porcentaje importante, no es el que predomina en los jefes, lo que vislumbra que es posible corregir estas pequeñas excepciones.

El cuadro No. 7 presenta el estilo de liderazgo autoritario benévolo del jefe, en él se observa que el 48.35% del personal considera que su jefe aunque mantiene la disciplina, es cooperador y demócrata, un 20.83% afirma que su jefe nunca ha sido autoritario, aunque a veces llama la atención, el 13.33% expresó que el jefe es un manipulador que aparentemente trata bien pero sólo para conseguir lo que quiere y el 1.66% consideró que su jefe siempre es un autócrata que benevolentemente consigue lo que quiere. De lo anterior se deduce que no predomina este estilo de liderazgo e incluso ni siquiera como autócrata, lo que proyecta los jefes son genuinos e inspiran confianza. Por otro lado, existe un porcentaje que aunque es pequeño no deja de ser significativo, ya que indica que existen casos en los que el personal se considera como manipulado por un jefe que

con apariencia de benevolente impone su autoridad, lo que crea un ambiente de desconfianza e inconformidad que puede manifestarse en las diferentes expresiones de la Atención de Enfermería.

En el cuadro No. 8 relativo a consideraciones en torno a si el jefe consulta al personal se encuentra que el 41.68% cree que su jefe sí le consulta, pero especialmente cuestiones de trabajo y atención de pacientes, el 29.16% afirma que existe estupenda comunicación recíproca, el 17.50% que a veces hay comunicación con el jefe pero sólo cuestiones laborales y sólo en el 2.50% no hay comunicación de ningún tipo y es recíproca. Lo anterior permite apreciar que generalmente el jefe es consultor sobre todo de cuestiones de trabajo. Esto indica que en esto propicia posibilidades de acuerdos, compromisos y buenas relaciones entre el personal y el jefe. Sin embargo, merece especial atención que no sólo se deben contemplar situaciones laborales, ya que el jefe o líder debe conocer también las situaciones culturales, sociales y psicológicas del personal a su cargo a fin de detectar necesidades personales y puntos susceptibles de motivación que lleven a una mejor productividad laboral, lo que requiere de ampliar la comunicación y elegir canales idóneos.

En el cuadro No. 9 concerniente al estilo de liderazgo demócrata del jefe, se observa que el 35.85% cree que su jefe es demó-

crata, el 34.16% considera que es demócrata aunque le gusta la disciplina, el 14.16% afirma que su jefe es demócrata y otras autoritario y sólo el 2.50% que su jefe no es demócrata. De acuerdo a la información anterior, se deduce que el estilo de liderazgo que habitualmente ejercen los jefes es el demócrata, lo que clarifica que existe buena comunicación, armonía, entendimiento y compañerismo entre los diferentes miembros de equipo de Enfermería, siendo de esperarse que esto se refleje en la productividad. Por otro lado, los casos excepcionales en los que no existe este estilo de liderazgo o solamente matices, deben ser considerados, ya que reflejan presencia de conflictos e inconformidades que seguramente se proyecta en el tipo de atención de Enfermería y la falta de capacitación para ser jefe.

En el cuadro No. 10, presenta la habilidad comunicativa del jefe, al respecto se encuentra que el 36.69% considera que su jefe siempre se comunica en todo, el 36.66% que sólo se comunica lo indispensable para mantener al personal bien informado, el 14.16% que sólo es ocasionalmente comunicativo ya que no tiene esa habilidad y el 5.83% que es muy difícil que el jefe se comuniquen. Este cuadro apoya en gran medida el estilo de liderazgo que predomina y que de acuerdo al cuadro anterior, es el demócrata. Asimismo, se observa que existen porcentajes similares entre los jefes que se comunican en todos aspectos y los que

sólo lo indispensable, lo que indica que en términos generales, la habilidad comunicativa es característica inherente del jefe. Sin embargo, es de considerar que circunstancias tales como tiempo disponible, cargas de trabajo y tipo de unidad en atención determinan la profundidad y tipo de comunicación que puede ejercerse. Por otro lado, y relacionando nuevamente el cuadro anterior con el presente, se observa que existen porcentajes idénticos entre la consideración al que a veces el líder es democrata y otras autócrata y la presencia ocasional de la habilidad comunicativa, lo que confirma su estrecha relación y trascendencia.

En el cuadro No. 11 que se refiere a la creatividad del jefe, se observa que el 37.51% considera que el jefe es creativo pero lo limita el exceso de trabajo, el 32.50% afirma que siempre el jefe es creativo, el 15.83% que lo es pero de manera esporádica y cuando hay que solucionar conflictos y el 5.83% que nunca es creativo. Esto indica la capacidad que existe para innovar nuevas cosas.

En el cuadro No. 12 relativo a la cooperación del jefe con el personal, se observa que el 50.01% de los jefes son cooperativos el 27.50% afirma que el jefe siempre es cooperativo pero cuando tiene tiempo, el 10.83% considera que el jefe coopera sólo cuando hay dificultades y es con resistencia y el 6.66% indica que nunca es cooperador. Los datos expuestos señalan que los jefes del INER no asumen una actitud de mando o poder exclusivo, si-

no que son demócratas y se integran al trabajo cooperando, ayudando o asesorando en las diversas funciones y actividades de la Enfermería, lo que permite que conozcan todas las implicaciones que a esto conciernen y puedan comprender mejor al personal, además de tener un mejor control y crear un clima de compañerismo.

En el cuadro No. 13 concerniente a la capacidad de decisión del jefe, se observa que existe un 44.16% que afirma que el jefe siempre toma la decisión, pero pregunta qué piensa el personal, el 25.02% que siempre decide atinadamente, el 19.16% que toma decisiones, pero gestan inconformidades y el 4.16% que nunca se atreve a decidir por temor a equivocarse. Esto significa que los jefes del INER toman decisiones democráticas, pero existe al respecto un punto importante a reflexionar: que si bien siempre se toma en cuenta al personal consultándole lo que piensa lo cuál es positivo, si esto predomina siempre como lo muestra los porcentajes, es indicativo de que existe cierto margen de inseguridad que en situaciones de urgencia no es favorecedor, ya que deben tomarse decisiones prontas y ciertas sin esperar puntos de vista de los demás.

En el cuadro No. 14, se presenta la motivación del jefe al personal, indicando que el 50.01% afirma que el jefe sí motiva al personal pero cuando tiene tiempo, el 15.83% considera el jefe cada día premia y motiva, el 10% que es motivado a veces y sólo

cuando el jefe viene de buenas y el 9.16% nunca es motivado por el jefe. Esto indica que aunque el personal sí es motivado, no lo es de manera continua, ya que un porcentaje mayoritario in dica limitantes que ponen en peligro esta actividad que debe ejercerse permanente, individual y colectivamente.

En el cuadro No. 15 referente a la orientación que recibe el personal de su jefe, el 45% indica que sí recibe orientación permanente, el 22.50% sólo cuando es asignada a nuevas unidades o puestos, un 22.50% sólo cuando lo solicita personalmente y sólo un 2.5% nunca recibe ningún tipo de orientación. Esto representa que los jefes del INER están preocupados por informar permanentemente y que los problemas por falta de orientación son mínimos. Esto tiene estrecha relación con la habilidad comunicativa que tiene el jefe y que como ya se revisó, es en la gran mayoría satisfactoria; sin embargo, el personal que refiere ser orientado sólo cuando lo solicita es de llamar la atención, ya que indica que los jefes que omiten información relevante pueden crear inseguridad en el personal lo que determina que este tome la iniciativa y solicite al jefe la orientación necesaria.

En el cuadro No. 16 concerniente a la asistencia del personal al trabajo el 48.35% señala asistir siempre, el 34.16% siempre asiste, pero cuando tiene necesidad de ausentarse da aviso previo, el 12.5% asiste de manera regular, ausentándose por causas

personales, y el 1.66% no asiste con regularidad porque tiene otras actividades que le absorben más. Esto significa que en el INER no es alto el índice de ausentismo del personal y que por tanto, esto tal vez no sea agente causal de sobrecarga de trabajo, ya que se observa que hay responsabilidad y compromiso por asistir o dejar cubierto con suplencia cuando hay necesidad de ausentarse.

En el cuadro No. 17 concerniente al desarrollo de las tareas en el trabajo el 34.18% parte de una planeación previa, el 27.50% las planea pero el exceso de trabajo y el poco tiempo es una limitante, el 20.83% a veces las planea previamente y otras las desarrolla de manera incidental y el 14.16% parte de las rutinas fijadas o lo que le indique el médico o jefe inmediato. Es notorio que en promedio, la mitad del personal encuestado planea sus tareas de trabajo, lo que refleja profesionalismo y organización, sin embargo, vuelve a ser el exceso de trabajo y el tiempo reducido limitante que vale la pena sea estudiada en otras investigaciones. Llama la atención que un porcentaje significativo en la mayoría de las veces o nunca planea sus tareas asumiendo una actitud mecánica y pasiva ante el trabajo, guiándose por lo que digan los demás o las rutinas, situación que refuerza el carácter independiente a otras personas o profesiones.

En el cuadro No. 18 relativo al interés personal por el trabajo, el 63.35% afirma que siempre manifiesta interés, el 20.83%

aunque siempre se interesa, el cansancio por el exceso de trabajo le hace perder interés, el 11.66% es absorbido por la rutina pero cree sentir interés y el 1.66% no tiene mucho interés. Al respecto, se observa que la mayoría de la población encuestada siente agrado por lo que hace, y por tanto, concibe su labor como importante, lo que permite vislumbrar dos aspectos: 1) que el tipo de atención que se brinda es proporcional al interés y 2) que la rutina y falta de creatividad, así como el cansancio sobre todo en personal que dobla turno o tiene dos empleos, son situaciones potenciales de provocar la presencia más generalizada de desinterés por el trabajo.

En el cuadro No. 19 relativo a la iniciativa del personal en el trabajo, el 47.52% tiene iniciativa de participar activamente en el trabajo, pero sólo cuando le invitan o tiene tiempo, el 36.66% tiene iniciativa y no espera a que le digan lo que tiene que hacer, el 10% no tiene mucha iniciativa porque se le dificulta salir de la rutina y el 1.66% nunca la tiene. Esto significa que del personal encuestado, la mayoría es conocedor de sus funciones y actividades, lo que sugiere que es participativo y abierto a la búsqueda de desarrollo y mayor proyección profesional. Sin embargo, predomina el personal que debe ser motivado o invitado a tener iniciativa, pues la gran limitante suele ser la rutinización del trabajo, creyéndose incluso, aunque por una minoría, que esta es la misión del trabajo de Enferme-

ria.

En el cuadro No. 20 concerniente a la división del trabajo que realizan las Enfermeras, el 43.34% siempre la realiza en común acuerdo con sus compañeras, el 32.50% la realiza a veces porque el exceso de trabajo no siempre lo permite, el 8.33% la realiza sólo cuando hay pacientes graves y el 5% nunca la realiza porque hay inconformidades después. Esto significa que en términos generales el personal trabaja organizadamente y con base a las capacidades que tiene cada Enfermera y las necesidades de atención, reduciéndose esfuerzos y repetición de actividades.

En el cuadro No. 21 correspondiente a la realización del diagnóstico de Enfermería, el 28.35% lo realiza a cada paciente como pauta para la atención de Enfermería, el 28.33% a veces lo hace pero no a todos los pacientes, el 14.16% lo hace pero es similar al del médico, el 13.33% nunca lo realiza porque no tiene tiempo. Esto indica que poco más de la mitad de los encuestados en algunos momentos realizan el diagnóstico de Enfermería a sus pacientes, lo que representa la preocupación por conocer mínimamente la patología, necesidades, problemas y tipo de atención que necesita el paciente. Así mismo, refleja que existe comunicación entre la Enfermera y el paciente. Por otro lado, un porcentaje no menos importante del personal no tiene clarificado que es un diagnóstico de Enfermería y cuál es su diferencia con el diagnóstico médico, y peor aún, nunca lo realizan, argu

mentando falta de tiempo, causa que puede ser muy real y determinante o encubrir el desconocimiento de la relevancia de esta función.

En el cuadro No. 22 referente a la planeación de los cuidados de Enfermería a los pacientes, el 43.34% siempre lo hace antes de iniciar la atención, el 32.50% lo hace ocasionalmente, el 32.50% lo hace ocasionalmente, el 8.33% casi nunca se preocupa por este aspecto y el 5% nunca lo hace. La información recabada muestra a la luz como concibe la Enfermera su intervención terapéutica, pues si ésta es planeada indica que la Enfermera se preocupa por conocer primero a su paciente por lo menos en su diagnóstico, tratamiento y evolución. Así mismo, se vislumbra que en ocasiones no menos frecuentes, no se estructura un plan de cuidados que permita fundamentar y jerarquizar los cudados, reduciéndose el quehacer profesional de la Enfermera a cumplir con indicaciones médicas o con lo que señala la rutina o la experiencia pura.

En el cuadro No. 23 se presenta el desarrollo de los procedimientos de Enfermería observándose que el 36.67% los desarrolla con base a un diagnóstico de Enfermería previo y preocupándose por cumplirlos íntegramente, el 32.50% cuando tiene muchos pacientes no los hace con base en un diagnóstico de Enfermería limitando la calidad de éstos, el 20% se basa en la rutina y el 5% los desarrolla con prisa porque no los planea, teniendo

que repetirlos nuevamente. Esta información significa que el personal tiene limitantes para desarrollar de manera planeada y fundamentada los cuidados, pues el exceso de pacientes asignados y la dependencia a la rutina determina que se realicen con prisa por cumplir con el trabajo, ocasionando que sea necesario repetirlos por no tener resultados satisfactorios, situación que repercute directamente con el paciente.

En el cuadro No. 24, concerniente al interés por la evolución de los pacientes asignados, el 68.35% sí se interesa por considerarla una pauta para planear la atención, el 24.16% se interesa cuando no tiene exceso de trabajo y el 1.66% nunca se interesa. Esto significa por un lado, que poco más de la mitad de los entrevistados tiene la preocupación por observar y evaluar como se da la atención que proporciona y el tratamiento médico en la evolución del paciente y por otro, que existe continuidad de atención por la misma Enfermera, situación que es favorecedora para el restablecimiento del paciente y fortalece la comunicación terapéutica.

En el cuadro No. 25 referente a la satisfacción del paciente por la atención que proporciona la Enfermera, se observa que el 41.68% cree que la atención que proporciona aunque no es reconocida por el paciente, sí es determinante para el restablecimiento de éste; el 40% está seguro que la atención que proporciona permite la mejoría del paciente, el 15.83% considera que

el paciente no está satisfecho o se queja de la atención y el 1.66% considera que la atención que brinda no es satisfactoria para el paciente porque no lo expresa verbalmente. Lo anterior proyecta que existe autoestima en la Enfermera ya que considera que la atención que proporciona satisface al paciente. Sin embargo, es notorio que existe necesidad de que el paciente le exprese su satisfacción de manera personal y verbalmente, pues es frecuente que todos los créditos se los lleve el médico quedando relegada la Enfermera.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber analizado los resultados y comprobar la hipótesis se concluye lo siguiente:

CONCLUSIONES

- El objetivo general planteado fue logrado en virtud de que pudo identificarse la influencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.
- En relación a los objetivos específicos fue posible realizar un diagnóstico actual del estilo de liderazgo ya que se pudo conocer que el estilo que predomina es el demócrata. Asimismo, pudo identificarse que los principales alcances estriban en aspectos de comunicación, satisfacción, consultoría, creatividad, cooperación, motivación y capacidad de decisión. Las limitantes están en torno a pequeños grupos con matices de liderazgo autocrata y el poco tiempo generado por sobrecarga de trabajo que reduce las potencialidades del liderazgo demócrata y personal que prefiere no opinar al respecto.
- Fue posible también analizarse el tipo de atención de Enfermería que se proporciona a los pacientes, observándose que es mayoritariamente planeada y fundada en un diagnóstico de Enfermería caracterizado por iniciativa, creatividad e interés por

la evolución del paciente y considerándose por las mismas Enfermeras que la atención brindada es satisfactoria.

- En cuanto al problema de investigación se pudo identificar cuál es la incidencia del estilo de liderazgo en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.

- Concerniente al Marco Teórico, se presentaron los principales aspectos teóricos que fundamentan tanto a la variable Independiente: estilo de liderazgo como la variable dependiente: atención de Enfermería.

En relación al análisis de los cuadros, se puede concluir lo siguiente:

- De las Enfermeras entrevistadas el 32.50% tiene entre 26 y 30 años y el 58.33% son casadas, lo cual es justificable por las características propias de este grupo de edad.

- El 73.34% de los encuestados rechaza completamente que su jefe sea autoritario explotador ya que es cooperador, justo y no explota a la gente aunque se moleste.

- El 69.18% de las Enfermeras niegan que su jefe sea autoritario benévolo, ya que no es un manipulador que consiga siempre lo que quiere.

- El estilo de liderazgo que se ejerce es en un 70% democrata, lo que tiene estrecha relación principalmente con la concepción cooperativista que se tiene del jefe y que se muestra en el cuadro No. 12.
- El 85% de las Enfermeras consideran que su jefe le consulta constantemente sobre situaciones relacionadas al trabajo, no sólo consulta al personal, sino que también está considerado como un orientador en diversas situaciones de duda, acontecimientos fuera de rutina o cuando el personal mismo lo solicita.
- Los encuestados opinan sentirse motivados por el jefe en un 76% en promedio. Esto se relaciona con la habilidad comunicativa que tiene los jefes y que es en un porcentaje de 73.35%, siendo muy similar al anterior. A pesar de ello, los encuestados afirmaron que la limitante más frecuente para la motivación es la falta de tiempo y que el jefe a veces no va de buen humor al trabajo.
- La asistencia continua del personal al trabajo asciende al 82.51% pues las Enfermeras no son partidarias de ausentarse in justificadamente y cuando tienen necesidad de hacerlo afirman que se preocupan por conseguir suplencia o dar aviso al jefe inmediato. El 12.50% se ausenta con frecuencia por problemas personales.
- En relación a la planeación de las tareas un 48.33% de los en

cuestados mencionaron que el exceso de trabajo y el consecuente poco tiempo disponible son las limitantes para la planeación de éstas, además de condicionar a la repetición por efectuarlas con prisa.

- Las Enfermeras mencionaron interesarse y ser responsables por el trabajo que realizan. Esto se relaciona estrechamente con la iniciativa en el trabajo ya que contestaron en porcentajes idénticos de 84.18% de tener iniciativa e Interés; participando activamente en actividades técnicas y científicas en beneficio del paciente cuando son invitadas o por iniciativa propia.

- La rutinización y el exceso de trabajo aunado al cansancio sentido son las limitantes manifestadas del interés e iniciativa en el trabajo.

- En relación a la creatividad de los jefes se observó que el 69.18% siempre tiene esta cualidad, proyectando confianza en el personal. Esta situación se vincula con la capacidad de decisión del jefe, pues afirman las Enfermeras que su jefe sabe decidir atinadamente y que la creatividad ayuda mucho al respecto.

- Las limitantes de la creatividad y capacidad de decisión de los jefes estriban en el exceso de trabajo, la existencia de inconformidades posteriores a la toma de decisiones y el proyectar creatividad únicamente ante la presencia de problemas.

- En referencia a la división del trabajo el 75.84% de las Enfermeras manifiesta que la realizan en común acuerdo con sus compañeras y preocupándose porque sea equitativa.
- Una de las funciones más trascendentes de la Enfermera es la realización del Diagnóstico de Enfermería, encontrándose que el 56.68% lo realizan en la mayoría de las ocasiones a cada pa_ciente. Esto tiene relación con el desarrollo de procedimientos ya que las Enfermeras encuestadas manifiestan que el diagnóstico es la pauta para el desarrollo de los procedimientos.
- Llama la atención que las limitantes para la realización del Diagnóstico de Enfermería son que las Enfermeras encuestadas lo hacen similar al del médico o que nunca lo realizan porque no les da tiempo.
- Referente a la planeación de los cuidados de Enfermería el 75.84% lo realizan siempre u ocasionalmente antes de atender al paciente, lo que tiene relación con la estructuración de un diagnóstico previo.
- En el desarrollo de procedimientos el 36.67% de las Enfermeras afirman que los desarrollan a partir de un diagnóstico de Enfermería previo y que se preocupan por cumplirlos lo más íntegramente. Un 32.50% también toma como base un diagnóstico, pero el exceso de pacientes asignados limita la calidad de éstos. Merece especial atención que un 20% afirman que la rutina del

servicio y las indicaciones médicas son los principios que sustentan el desarrollo de procedimientos; porcentaje que se contrapone con los expuestos en el cuadro No. 19 correspondiente a la iniciativa en el trabajo.

- En cuanto al interés por la evolución de los pacientes asignados el 92.51% de las Enfermeras afirman que sí se interesan, aunque una parte de este porcentaje lo hace dependiendo de la carga de trabajo. Esto se vincula con la satisfacción del paciente por la atención de Enfermería, la cuál en un porcentaje cercano al anterior, es decir, el 81.69% se consideraba como satisfactoria por la misma Enfermera.

- Un 41.68% del personal de Enfermería manifiesta que no es reconocida la atención que le proporciona al paciente, a pesar de que en cuadros anteriores se menciona que tiene alto índice de interés e iniciativa en el trabajo.

- Las Enfermeras consideran que es satisfactoria la atención que brindan en un 81.68% ya que aprecian que su participación terapéutica es determinante para el restablecimiento de los pacientes, circunstancia que se relaciona con la motivación que reciben de su jefe y el interés por el trabajo.

- Concerniente a la comprobación de la Hipótesis General se ratifica que el Estilo de liderazgo influye en la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades

Respiratorias en el D.F.

- Con un coeficiente de $r = 0.9635$ con fuerte correlación positiva se comprueba la hipótesis de trabajo: A mejor liderazgo, mejor será la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.
- Se rechaza la hipótesis nula que dice: No existe relación entre el estilo de liderazgo y la atención de Enfermería a los pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.
- Las técnicas e instrumentos de investigación utilizados fueron las fichas de trabajo que permitieron recolectar e integrar toda la información que conformó el marco teórico.
- Mediante la observación se pudo indagar tanto en aspectos conductuales del liderazgo como de la atención de Enfermería que se brinda a los pacientes.
- El cuestionario fue el principal recolector de datos los cuales se aplicaron al personal profesional de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el D.F.

RECOMENDACIONES

Como propuestas que se sugieren para intentar solucionar las limitantes encontradas y fortalecer los alcances se proponen las siguientes:

- Efectuar investigaciones en torno a cálculo de tiempo real para las diversas funciones y actividades de la Atención de Enfermería en el INER.
- Revisar si el cálculo de personal es acorde con las necesidades de atención de Enfermería ya que el exceso de trabajo se expone como una limitante frecuente expuesta por las Enfermeras.
- Realizar un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación para jefes, con la finalidad de extender y afianzar el liderazgo demócrata en todos los niveles jerárquicos.
- Fortalecer el estilo de liderazgo demócrata mediante un programa de educación continua de Enfermería.
- Fortalecer la habilidad comunicativa de los jefes mediante cursos de relaciones humanas, ya que la comunicación no sólo debe estar en torno al trabajo, sino que debe ser el medio que permita conocer las necesidades del personal, sus sugerencias o recomendaciones.
- Favorecer y fortalecer la orientación oportuna al personal ante situaciones de duda y/o acontecimientos fuera de rutina a partir de la detección de necesidades observadas en el personal.
- Establecer un programa que brinde la oportunidad y facilidades al personal para que reciba actualización del Proceso Atención de Enfermería, a fin de motivar a las Enfermeras para que

realicen un diagnóstico de Enfermería que permita planear los cuidados y evitar la rutinización y la repetición de procedimientos mal desarrollados.

- Implementar cursos que muestren la importancia de la planeación de la atención como estrategia que permite ahorrar esfuerzo y tiempo.

- Implementar cursos en los que se busque fortalecer el trabajo en equipo equitativo, a fin de evitar que exista personal que considera que el exceso de trabajo y el consecuente poco tiempo para atender a cada paciente asignado limita la calidad de atención.

- Mantener actualizado al personal tanto técnica como científicamente.

- Distinguir cuáles son las funciones y actividades de rutina y cuáles con las que emanan de la detección de necesidades de atención al paciente, a fin de evitar que la rutina sea causa de desinterés y falta de creatividad en el trabajo.

6. ANEXOS Y APENDICES

- ANEXO No. 1 : PERSONALIDAD DEL LIDER
- ANEXO No. 2 : FUNCIONES DEL LIDER
- ANEXO No. 3 : TABLA CON VALORES DE "r" A LOS NIVELES DE CONFIANZA DE .05 Y .01
- APENDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION: LA INCI-DENCIA DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN LA ATEN-CION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL INS-TITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATO-GAS, EN EL D.F.
- APENDICE No. 2: MODELO DE TARJETA SIMPLE
- APENDICE No. 3: MODELO DE TARJETA DE CONCENTRACION DE DA-TOS.
- APENDICE No. 4: MODELO DE TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

ANEXO No. 1

PERSONALIDAD DEL LIDER

A raíz de las teorías de los rasgos se ha insistido en que existen ciertas características personales que favorecen el liderazgo en función de que éste, al ser un proceso dinámico en el que la interacción con las demás personas es elemento esencial; entonces la personalidad de líder es un factor determinante, incluso, para crear un ambiente agradable que modifique situaciones en la búsqueda de una relación interpersonal dinámica en la que la personalidad del líder invita a la imitación de los seguidores.

Al respecto, Mauro Rodríguez señala que hay rasgos que son identificables como favorecedores de la conducta del liderazgo, incluso el individuo que las posea será mejor líder. Este autor señala que el líder debe tener cualidades como:

- Buen comunicador, colaborador e instructor
- Orientado a la realidad y a la acción, es objetivo.
- Flexible, receptor, enfático, respetuoso.
- Seguro, independiente, animoso, motivado y motivador para el logro.
- Capáz de escuchar, entender y aceptar al grupo, está alerta de sus necesidades, sobre todo la de seguridad.

- Tiene capacidad para escuchar, incluso quejas y reclamaciones.
- Tiene confianza en las capacidades creativas del grupo y lo proyecta de manera verbal.
- Considera a los subalternos como colaboradores y como tal acude a ellos para solicitar sugerencias, comunicar expectativas y resultados.

Resumiendo las características que distinguen a un líder, son:

El líder debe autoconocerse y tener gran sentido de responsabilidad, vocación de servicio y ser capaz de vivir su puesto más que como un privilegio de poder, como un compromiso para con los demás.

Cabe mencionar que el intentar reunir estas características o adoptarlas concibiéndolas como una técnica para ser buen líder es un gran error, pues los rasgos personales del individuo no son producto de un sólo momento en la vida que puedan adquirirse en un curso de administración o liderazgo de seis o doce meses como en ocasiones se pretende en Enfermería, sino que como todo proceso formativo, requiere de capacitación y maduración tanto personal como académica en la que de manera paulatina se vayan gestando o reforzando cualidades y desechando limitaciones para ser líderes realmente genuinos.

En este sentido, la luz de la experiencia y la capacitación con

tinua son grandes formadoras de líderes exitosos.

FUENTE: Mauro Rodríguez. Liderazgo. Ed. Manual Moderno. México, 1985. p. 6

ANEXO No. 2

FUNCIONES DEL LIDER

- Ser Guía

La gran función del líder es la de guiar y coordinar, por un lado, las funciones que deberán realizarse para el logro óptimo de los objetivos propuestos y por otro la grupo de individuos que los ejecutarán.

Arnt y Huckabay proponen que la explicación de las funciones del liderazgo se puede estudiar desde tres puntos de vista: psicológico, sociológico y antropológico.

- La motivación

La función del líder bajo una perspectiva psicológica consiste en la motivación, siendo necesario entonces que el líder conozca y comprenda la jerarquía de las necesidades primarias y secundarias inherentes al hombre. El destacado científico del comportamiento, A. Maslow, considera que la motivación es "Un estado en el que existe una fuerza interior que mueve a una persona a realizar una acción. La motivación se forma en el interior de una persona y no se le puede imponer".¹

- Organización e integración del trabajo

Consiste en la asignación de funciones a los diferentes individuos de un organismo social, lo que conlleva a establecer je-

rarquías o niveles a través de la división del trabajo y delegación de autoridad.

- Integración

Consiste en articular los recursos humanos y materiales de manera armónica a fin de ahorrar esfuerzos y evitar el mal uso de recursos materiales.

- Fomentar la Comunicación

El éxito de una empresa depende en buena medida del ejercicio en la comunicación y los medios que se utilicen. La comunicación formal e informal deberá ser utilizada correctamente, según la situación, así mismo, el líder deberá fomentar con el ejemplo para que la comunicación se genere adecuadamente, tanto en sentido descendente como ascendente, enfatizando que esto facilita la integración del grupo.

- Servir de maestro a los subordinados

Esta función está íntimamente relacionada al liderazgo en el sentido en que un líder es un guía, por tanto, como tal debe enseñar el camino a seguir. Al respecto, el Dr. Murillo menciona "Querámoslo o no, los subordinados están situados dentro de un ambiente de aprendizaje, entonces, la cuestión no es si el líder tiene o no la función de profesor, sino la de realizar eficientemente dicha función".²

El trabajo como fenómeno social es un proceso dinámico y cir-

cunstancial que requiere de capacitación continua y actualización.

- El camino a seguir

El ejecutivo como dirigente no sólo debe indicar cuáles serán las funciones a realizar o el camino a seguir, sino explicar cómo deben hacerse, en este sentido, el líder tendrá que enseñar dentro de un proceso de enseñanza que no acaba, porque el trabajo, los objetivos y metas no son estáticas. Esto conlleva a que el líder deberá conocer y tener la experiencia de lo que realiza en cada puesto y buscar continuamente la capacitación y actualización propia. Cabe considerar que esto a su vez, sirve por un lado, de ejemplo a servir por los subalternos, en donde la actitud del líder invita a la imitación y por otro lado, a crear un clima de confianza y cambio en la imagen social del Jefe.

- Servir como representante del grupo

La representación social de los miembros de una empresa corresponde al líder, así tenemos que así como le corresponde el poder y la autoridad, también paralelamente es el responsable de lo que acontezca en el grupo que dirige. Ante él se presentan las peticiones, conflictos, necesidades que se generen en el grupo, con la finalidad de que este de opciones de solución: por ejemplo: las solicitudes de aumento de sueldo y prestaciones sociales son presentadas a él con la finalidad de que nego

cíe la satisfacción de éstas ante autoridades superiores.

... En Enfermería, estas funciones quedan reducidas casi exclusivamente al mando en donde el líder es igual a Jefe absoluto.

FUENTE:

¹ Clara Arnt y Cols. Administración en Enfermería. Ed. Carvajal. Bogotá, 1980. 308 pp.

² Soria, Murillo. Relaciones Humanas. Teoría y causa. Ed. Limusa. 2a. ed. México, 1984. 269 pp.

ANEXO No. 3

TABLA F CON VALORES DE "r" A LOS NIVELES DE
CONFIANZA DE .05 Y .01

TABLA F Valores de r a los	g)	.05 ✓	.01
Niveles de Confianza de 0.05 y 0.01	1	.99692	.999877
	2	.95000	.990000
	3	.8783	.95873
	4	.8114	.91720
	5	.7545	.8745
	6	.7067	.8343
	7	.6664	.7977
	8	.6319	.7646
	9	.6021	.7348
	10	.5760	.7079
	11	.5529	.6835
	12	.5324	.6614
	13	.5139	.6411
	14	.4973	.6226
	15	.4821	.6055
	16	.4683	.5897
	17	.4555	.5751
	18	.4438	.5614
	19	.4329	.5487
	20	.4227	.5368
25	.3809	.4869	
30	.3494	.4487	
35	.3246	.4182	
40	.3044	.3932	
45	.2875	.3721	
50	.2732	.3541	
60	.2500	.3248	
70	.2319	.3017	
80	.2172	.2830	
90	.2050 ✓	.2673	

FUENTE: Fisher y F Yates. Statistical Tables for Biological, Agricultural
and Medical Research. 4a ed. Oliver & Boyd, Edimburgo. Tabla IV,
con autorización de los autores y editores.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION

INCIDENCIA DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN LA ATENCION DE
ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO DR. FEDERICO GOMEZ EN EL D.F.

No. DE CUESTIONARIO _____

ELABORADO POR
NORMA HERRERA ROQUE

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

Fecha de elaboración: 25 de Agosto de 1994.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO:

Recabar datos de las fuentes fidedignas a fin de conformar y recabar la información necesaria para comprobar la hipótesis de trabajo y la general.

JUSTIFICACION

El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que es el instrumento vital con el que podrá obtener la información, conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar los datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones.

1. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marcar con una "X" una opción de respuesta de cada pregunta ya que si se contestan dos opciones, se invalida la respuesta.
3. Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que den a este cuestionario y si desea conocer los resultados estarán a su disposición al terminar la investigación.

DATOS GENERALES

1. ¿CUAL ES SU EDAD?

1. Tengo entre 18 y 25 años
 2. Tengo entre 26 y 30 años
 3. Tengo entre 31 y 35 años
 4. Tengo más de 36 años
 5. Sin respuesta

2. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

1. Soltera
 2. Casada
 3. Unión libre
 4. Divorciada
 5. Sin respuesta

3. ¿CUAL ES SU TURNO?

1. Matutino
 2. Vespertino
 3. Nocturno A
 4. Nocturno B
 5. Sin respuesta

4. ¿CUAL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?

1. Estudios de posgrado en su versión de Maestrías
 2. Licenciatura
 3. Especialización
 4. Técnico en Enfermería
 5. Sin respuesta

5. ¿EL NIVEL JERARQUICO QUE ACTUALMENTE OCUPA ES?

1. Supervisora
 2. Jefe de servicio
 3. Enfermera especialista
 4. Enfermera General
 5. Sin respuesta

6. ¿CONSIDERA UD. QUE EL ESTILO DE LIDERAZGO DE SU JEFE ES AUTORITARIO EXPLOTADOR?

1. No, yo creo que mi jefe inmediato es muy justo, a todo dar, cooperador y democrático.
 2. No, yo creo que a veces aunque se enoja no explota a la gente, mantiene la disciplina pero es muy justo.

- 3. A veces considero que es autoritario y explota a todos, pero otras veces se porta muy bien.
- 4. Sí, yo creo que mi jefe es muy explotador de la gente, autoritario e impone su razón sin tenerla.
- 5. Sin respuesta

7. ¿CONSIDERA UD. QUE EL ESTILO DE LIDERAZGO DE SU JEFE ES AUTORITARIO BENEVOLO?

- 1. No, yo creo que mi jefe aunque mantiene la disciplina, es cooperador y demócrata. Es un jefe que me ayuda siempre.
- 2. No, mi jefe nunca ha sido autoritario, aunque a veces nos llama la atención, pero con cordura y benevolencia.
- 3. Sí, mi jefe es a veces manipulador. Aparentemente nos trata bien, pero consigue todo lo que quiere de uno.
- 4. Sí, mi jefe es siempre un autócrata que benevolente, con sigue lo que quiere, ya que siempre se sale con la suya.
- 5. Sin respuesta.

8. ¿CONSIDERA UD. A SU JEFE UNA PERSONA QUE LE CONSULTA DIVERSAS COSAS?

- 1. Sí, yo creo que mi jefe y yo mantenemos estupenda comunicación, ya que me consulta algunas cosas y otras yo le pido su opinión.
- 2. Sí, yo creo que mi jefe me consulta, especialmente las cuestiones relacionadas con el trabajo y la atención de los pacientes.
- 3. A veces me comunico con mi jefe, pero sólo cuestiones de trabajo. Casi no hablamos.
- 4. No, yo no le consulto nada y mi jefe tampoco me pide la opinión de nada. Es mejor así.
- 5. Sin respuesta.

9. ¿CONSIDERA UD. A SU JEFE UN DEMOCRATA?

- 1. Sí, yo creo que es muy cooperador, comparte sus decisiones y pide opiniones nuestras siempre. Se comporta como un compañero más.
- 2. Sí, yo creo que aunque mantiene la disciplina, es democrático en sus decisiones y comportamiento para nosotros.
- 3. A veces mi jefe parece comportarse como un demócrata, pero otras veces parece un autoritario por la forma en que nos habla y se conduce.
- 4. No, creo que de demócrata no tiene nada. Su actuación y su forma de pensar nos dice que es un autócrata consumado.
- 5. Sin respuesta.

10. ¿TIENE SU JEFE HABILIDAD COMUNICATIVA?

1. Sí, siempre habla con nosotros, se preocupa por mantener la información al día y nos comenta todo.
2. Sí, creo que habla con nosotros lo indispensable. Nos mantiene informados.
3. Sí, ocasionalmente, ya que existen algunos jefes que no tienen esa habilidad.
4. No, le es muy difícil a mi jefe hablar y comunicarse con nosotros.
5. Sin respuesta

11. ¿ES SU JEFE CREATIVO?

1. Sí, siempre está iniciando cosas y pensando como mejorar en el trabajo.
2. Sí, creo que es creativo, sólo que el exceso de trabajo lo limita.
3. Sí, lo es, aunque de manera muy esporádica y cuando hay que solucionar problemas
4. No, nunca es creativo, más bien, espera que nosotras le digamos cómo hacer las cosas
5. Sin respuesta

12. ¿COOPERA SU JEFE CON UD.?

1. Sí, siempre es cooperativo, nos ayuda y nos alienta en el trabajo.
2. Sí, siempre lo es, pero cuando tiene tiempo.
3. Sí, sólo cuando existen dificultades y un poco a fuerza
4. No, nunca he recibido cooperación de mi jefe. Mas bien, se aparta y se va cuando hay exceso de trabajo.
5. Sin respuesta.

13. ¿TIENE SU JEFE CAPACIDAD DE DECISION?

1. Sí, siempre decide atinadamente todo. Eso nos ayuda mucho en el trabajo.
2. Sí, siempre toma la decisión, pero nos pregunta a ver que pensamos.
3. Sí, decide pero existen inconformidades por algunas decisiones tomadas.
4. No, para nada. Nunca se atreve a tomar una decisión por temor a equivocarse.
5. Sin respuesta.

14. ¿MOTIVA SU JEFE AL PERSONAL?

1. Sí, mi jefe cada día viene con un espíritu de superación

para todos, nos premia y nos motiva y nos da horizontes en la vida.

- 2. Sí, mi jefe cuando tiene tiempo, platica conmigo y me motiva a seguir adelante.
- 3. A veces mi jefe cuando viene de buenas, me da palabras de aliento, pero no siempre.
- 4. No, mi jefe nunca me motiva, no me premia ni me reconoce nada. Al contrario, trata de desalentarme.
- 5. Sin respuesta.

15. ¿RECIBE ORIENTACION DE SU JEFE?

- 1. Sí, de manera permanente y ante situaciones de dudas y acontecimiento fuera de rutina.
- 2. Sí, cuando soy asignada a nuevas unidades o puestos.
- 3. Sí, pero sólo cuando se lo solicito personalmente.
- 4. No, mi jefe nunca me da ningun tipo de orientación.
- 5. Sin respuesta

16. ¿ASISTE REGULARMENTE A SU TRABAJO?

- 1. Sí, siempre asisto y procuro no ausentarme sin causa in justificada.
- 2. Sí, siempre asisto y cuando tengo necesidad de ausentar me solicito licencia previa o consigo suplencia.
- 3. Sí, asisto de manera regular, pero con cierta frecuencia me ausento por problemas personales.
- 4. No, no asisto con regularidad ya que tengo otras activi dades que me absorben más.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿COMO DESARROLLAS LAS TAREAS EN TU TRABAJO?

- 1. Las desarrollo partiendo de una planeación previa y organización del trabajo en conjunto con mis compañeras.
- 2. Las desarrollo partiendo de una planeación previa, sólo que el poco tiempo y el exceso de trabajo es una limitan te.
- 3. A veces las desarrollo planeándolas previamente, pero cuando no tengo tiempo de hacerlo por exceso de trabajo las desarrollo como se van presentando.
- 4. Las desarrollo partiendo de las rutinas fijadas en cada servicio o lo que me indica el médico o mi jefe inmedia to.
- 5. Sin respuesta.

18. ¿TIENE INTERES POR SU TRABAJO?

1. Sí, siempre manifiesto interés ya que tengo el compromiso vocacional y profesional que me hace sentir responsable y creativo en mi trabajo.
2. Sí, siempre estoy interesado sólo que el exceso de trabajo me hace sentir cansancio y pierdo un poco de interés por lo que hago.
3. Sí, creo sentir interés por mi trabajo, pero la rutina a veces me absorbe y no me siento motivada.
4. No, en realidad no me interesa mucho, ya que me aburre hacer lo mismo todo el tiempo.
5. Sin respuesta

19. ¿TIENE INICIATIVA EN SU TRABAJO?

1. Sí, tengo iniciativa y busco participar activamente en innovaciones científicas y técnicas, no espero a que me inviten a hacer mi trabajo.
2. Sí, tengo iniciativa en mi trabajo y participo cuando tengo tiempo de hacerlo o cuando me lo solicitan.
3. A veces no tengo mucha iniciativa porque me es difícil poder salirme de la rutina. Sólo tengo iniciativa cuando me invitan a hacerlo.
4. No, en realidad no la tengo porque creo que todo ya está bien determinado en la rutina y por tanto, ya no es necesario tener iniciativa.
5. Sin respuesta.

20. ¿REALIZA DIVISION EN EL TRABAJO DE ENFERMERIA?

1. Sí, siempre realizo la división del trabajo en común acuerdo con mis compañeras y partiendo de las necesidades de atención de Enfermería que existan.
2. Sí, realizo la división del trabajo y me preocupo porque sea equitativo y planeado pero el exceso de trabajo no siempre lo permite.
3. Sí, sólo cuando existe exceso de trabajo o hay pacientes muy graves. A veces es mejor que cada quien sea ubicado en el área que más le gusta.
4. No, nunca hago división del trabajo porque siempre lo hacen mis compañeras o a veces existen inconformidades que crean conflictos personales.
5. Sin respuesta.

21. ¿REALIZA UD. EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES?

1. Sí, a cada paciente le realizo y dx. de Enfermería como pauta para planeación de cuidados.

- 2. Sí, a veces lo hago pero no a todos los pacientes que tenga asignados.
- 3. Sí, a veces lo hago, pero es similar al dx. médico.
- 4. No, nunca lo realizo porque no me da tiempo.
- 5. Sin respuesta.

22. ¿PLANEA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES?

- 1. Sí, siempre lo hago ántes de iniciar la atención al paciente.
- 2. Sí, ocasionalmente lo hago al atender al paciente.
- 3. No, casi nunca me preocupo por el plan de cuidados.
- 4. No, nunca lo hago ya que hay que estudiar y coordinar los cuidados.
- 5. Sin respuesta.

23. ¿COMO DESARROLLA LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA?

- 1. Los desarrollo en base a un diagnóstico de Enfermería previo y preocupándome por cumplirlos lo más íntegramente posible.
- 2. Los desarrollo con base en un diagnóstico de Enfermería pero cuando tengo muchos pacientes asignados, me veo limitada para poder desarrollar los procedimientos con calidad.
- 3. A veces los desarrollo con mucha prisa porque tengo mucho trabajo y no me da tiempo de planearlos, teniendo que repetirlos nuevamente.
- 4. Los realizo con base en la rutina establecida en el servicio y a lo que me indica el médico.
- 5. Sin respuesta.

24. ¿SE INTERESA POR LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES QUE TIENE ASIGNADOS?

- 1. Sí me intereso, ya que es la pauta para planeación de la atención de Enfermería.
- 2. Sí, a veces me intereso, cuando no tengo mucha carga de trabajo.
- 3. Sí, aunque eso ocurre cuando veo que el estado del paciente empeora.
- 4. No, nunca, ya que el exceso de trabajo me lo impide.
- 5. Sin respuesta.

25. ¿LE SATISFACE AL PACIENTE LA ATENCION QUE PROPORCIONA ENFERMERIA?

- 1. Sí, estoy segura que con los cuidados que Enfermería proporciona, son los que permiten la mejoría de los pacientes.

- ___ 2. Sí, creo que la mayoría de las ocasiones aunque no sea reconocido por el paciente, la atención de Enfermería es buena y determinante en el restablecimiento del paciente.
- ___ 3. A veces siento que la atención podría ser mejor, pero dadas las condiciones laborales y falta de recursos, el paciente se queja.
- ___ 4. No, considero que no le satisface porque nunca expresa la satisfacción verbalmente lo que indica que la atención no es la ideal.
- ___ 5. Sin respuesta.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	<p style="text-align: center;">INCIDENCIA DEL ESTILO DE LIDERAJO EN LA ATENCION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN EL D.F.</p>							11	
24								12	
23	<p style="text-align: center;">TARJETA SIMPLE</p>							13	
								<p style="text-align: center;">No DE CUESTIONARIO _____</p>	
22	21	20	19	18	17	16	15	14	

MODELO DE TARJETA SIMPLE

APENDICE No. 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____
2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____
3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____
4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____
5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____
25									11
1 _____									1 _____
2 _____									2 _____
3 _____									3 _____
4 _____									4 _____
5 _____									5 _____
24									12
1 _____									1 _____
2 _____									2 _____
3 _____									3 _____
4 _____									4 _____
5 _____									5 _____
23									13
1 _____									1 _____
2 _____									2 _____
3 _____									3 _____
4 _____									4 _____
5 _____									5 _____
22	21	20	19	18	17	16	15	14	
1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	1 _____	
2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	2 _____	
3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	3 _____	
4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	4 _____	
5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	5 _____	

TARJETA DE CONCENTRACION
DE DATOS.

DEL CUESTIONARIO ____AL ____

MODELO DE TARJETA DE CONCENTRACION DE DATOS

APENDICE No. 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	<p style="text-align: center;">TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS</p> <p style="text-align: center;">TOTAL DE CUESTIONARIOS _____</p>								11
1									1
2									2
3									3
4									4
5									5
24									12
1									1
2									2
3									3
4	4								
5	5								
23	13								
1	1								
2	2								
3	3								
4	4								
5	5								
22	21	20	19	18	17	16	15	14	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	

APENDICE No. 4

MODELO DE TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

7. GLOSARIO DE TERMINOS

- ACTIVIDAD DE ENFERMERIA** Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o restablecer la salud.
- ADMINISTRACION** La administración es la ciencia, el arte y la técnica que nos permite coordinar los factores humanos y los recursos físicos, materiales y financieros para el logro de los objetivos.
- ADMINISTRACION CONTIN-
GENTE** Es aquella que reconoce las diferencias o contingencias de las personas, en distintos momentos y ante situaciones reales, se conoce también como "Administración situacional"; técnica que subraya que no puede haber una "Única mejor forma".
- ADMINISTRADOR** Funciones de la planeación, organización, integración, dirección y liderazgo y control.
- ADMINISTRATIVO, MEDIO
AMBIENTE SOCIAL** Es donde los administradores deben tomar en cuenta las actitudes, deseos,

expectativas, grado de inteligencia, creencias y costumbres de las personas de un grupo social determinado; fuerzas sociales.

AUTOCRATICO

Sistema en el cuál el poder es ostentado por un sólo hombre que lo ejerce como dueño absoluto. Persona que ejerce autoridad ilimitada.

AUTORIDAD

Derecho o poder inherente a una posición para emitir instrucciones, o aprobar acciones, de las personas que ocupan puestos en los que informan directamente a quien tiene la autoridad; normalmente es una autoridad lineal limitada, aplicable sólo a áreas especializadas y que representa una delegación otorgada a un especialista por un administrador que tiene autoridad, tanto sobre la posición funcional como sobre el puesto.

CLIENTE

Los visitadores sanitarios, en particular, prefieren esta palabra para referirse a la persona a la que ellos

dan un servicio, ya que no tiene la connotación de enfermedad de la palabra paciente.

COMUNICACION

Transferencia de información de una persona, en forma comprensible hacia otra.

CONTROL

Función administrativa que se ocupa de evaluar y corregir el desempeño de las actividades de los subordinados para asegurar el cumplimiento de los objetivos y planes empresariales.

DIRECCION

Incluye técnicas para comunicar, guiar capacitar y motivar a los participantes de la organización a desempeñar efectivamente con celo y confianza sus tareas.

DIRIGENCIA

Persona, grupo social que ejerce la capacidad de estar el frente de un organismo o jefe.

EJECUCION

Corresponde a la cuarta etapa del proceso de enfermería, que supone la puesta en práctica del plan de cuidados.

ELABORACION

Tendencia de un sistema abierto, y de un sistema social en particular, para ampliar sus fronteras o crear un nuevo suprasistema con horizontes más extensos.

EQUIPO

Dentro del sistema de salud, el concepto de equipo significa que, para un determinado paciente/cliente, una serie de profesionales están trabajando hacia el mismo objetivo: la óptima independencia del paciente/cliente según sus circunstancias y los recursos disponibles.

EQUIPO DE ENFERMERIA

Equipo formado por varios profesionales de enfermería, con distintas especializaciones, que ejecutan el plan de atención de enfermería para varios pacientes, a menudo aquellos situados en el mismo lado dentro de una sala tipo Nightingale.

ESTRATEGIAS

Programas generales de acción y despliegue de esfuerzos y recursos para alcanzar objetivos comprensibles, pro

grama de objetivos de una organización y sus cambios, recursos empleados para alcanzar los objetivos, políticas que gobiernan la adquisición, uso y disposición de los recursos, determinación de los objetivos básicos a largo plazo de una empresa y la adopción de cursos de acción, así como asignación de los recursos necesarios para alcanzar las metas.

EVALUACION

Técnica para ayudar en la selección y evaluación de los administradores potenciales, mediante la cual los candidatos se sujetan a ciertas pruebas y ejercicios, y su desempeño es evaluado y observado por varios analistas.

EXPERIENCIA

La actividad profesional únicamente se conceptúa como experiencia cuando el individuo sabe valorar de forma activa conceptos y expectativas preconcebidas. Esta apreciación "negativa" de la experiencia tiene ribetes positivos. Se obtiene experiencia cuando los conocimientos teóricos se ven de-

purados, contradichos o refutados por pruebas clínicas tangibles que, o bien confirman o contradicen los postulados teóricos.

INTEGRACION

Reclutamiento de personal para la estructura de la organización, a través de los requerimientos de fuerza de trabajo, la formulación del inventario de personal, su apreciación, selección, compensación y entrenamiento.

JERARQUIA DE LAS NECESIDADES

Teoría del psicólogo Maslow, que afirma que las necesidades humanas básicas existen en orden ascendente de importancia (fisiológicas, de seguridad, de afiliación o aceptación, estima y autorrealización) y que una vez que se satisface una necesidad de nivel inferior, las acciones involucradas dejan de ser un motivador.

LIDERAZGO

Arte o proceso de influir sobre las personas, de tal modo que se esfuerce en forma voluntaria hacia el logro de las metas del grupo.

- LIDERAZGO CONTINGENTE** Es la teoría que afirma que el liderazgo depende de la situación del trabajo colectivo y del grado hasta el cual el estilo del líder, su personalidad y criterio se ajusten al grupo.
- LIDERAZGO DE LA TRAYECTORIA** Este contempla el tipo más efectivo de liderazgo, como aquel en que los líderes siguen distintos criterios para establecer una situación en la cuál las motivaciones de un grupo puedan ser atendidas con eficiencia, definiendo primordialmente y con claridad los papeles administrativos, eliminando los obstáculos para el desempeño, y haciendo otras cosas que hagan posible que las personas realicen sus deberes en forma adecuada, y obtengan así una satisfacción.
- LIDERAZGO DE RASGOS** Este estudia el liderazgo identificando rasgos físicos, mentales y de personalidad.
- LINEA** Relación de autoridad en un puesto organizacional, donde una persona (administrador)

nistrador) tiene responsabilidad por las actividades de otra (subordinado). A menudo se concibe erróneamente como un departamento o una persona, y no como una relación; también se suele concebir como los departamentos principales de una empresa que contribuyen en forma más estrecha hacia el lo gro de los objetivos de ésta, tales como mercadotecnia y producción en el caso de una empresa manufacturera.

MANDO

Fenómeno que consiste en que hay un número limitado de personas que un administrador puede supervisar, aún cuando éste límite varía, dependiendo de las situaciones y competencia de un administrador; claridad de delegación tasa de rotación de una empresa.

MOTIVACION

Teoría del psicólogo Herzberg: Afirma que ciertas necesidades humanas motivan y otras sólo producen descontento al no ser satisfechas; en otras palabras, la satisfacción de este último tipo de necesidades es un factor de

"mantenimiento" o "higiene" en una situación de trabajo. Estos factores se serían: salario, administración y políticas de la compañía, calidad de la supervisión, condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, categoría y seguridad en el puesto.

OBJETIVOS O METAS

Fines hacia los cuales se dirige la actividad, puntos finales de la planeación.

ORGANIZACION

Concepto usado en muy diversas formas como: 1) sistema o patrón de cualquier conjunto de relaciones en cualquier empresa; 2) la empresa en sí misma; 3) la operación de dos o más personas 4) todo el comportamiento de los participantes de un grupo y 5) la estructura intencional de papeles administrativos en una empresa formalmente organizada.

ORGANIZAR

Establecimiento de una estructura intencional de funciones administrativas en una empresa formalmente organizada.

PACIENTE

Se refiere a una persona cuyo nombre está en una lista de clientes de un médico, tanto se acude a la clínica o quirófano de dicho médico como si no lo hace.

PLANEACION

Selección de misiones y objetivos y las estrategias, políticas, programas procedimientos para alcanzarlos; toma de decisiones, selección de alternativas.

PLANES

Tipos de propósitos, omisiones, objetivos, estrategias, políticas, procedimientos, reglas, programas y presupuestos.

PROCESO

Desarrollo, evolución en las fases sucesivas de un fenómeno, método, sistema adoptado para llegar a un determinado fin.

PROCESO DE ENFERMERIA

Método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el concepto básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma dis-

tinta ante una alteración real o potencial de la salud.

SUBORDINADO

Persona que está a las órdenes de otro, que está en una situación de dependencia jerárquica, subalterno.

SUPERVISOR

Equivalente a administrador. Suele utilizarse para referirse a los que se encuentran al nivel más bajo, o primera línea de la administración.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALFARO, Rosalina. Aplicación del proceso de Enfermería. Ed. Doyma. México, 1988. 182 pp.

ARNDT, Clara. Loucine M. Paderian. Administración en Enfermería. Ed. Carvajal. Colombia, 1980. 375 pp.

BAENA, Guillermina. Instrumentos de investigación. Ed. Editores Mexicanos Unidos, 13a. ed. México, 1991. 134 pp.

BALSEIRO A. Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado, S. A. de C.V. México, 1991. 216 pp.

BALSEIRO A. Lasty. Principios de Administración. Ed. Acuario, S.A. de C.V. México, 1989. 191 pp.

BALSEIRO A. Lasty. Liderazgo en Enfermería, alcances y limitaciones. Enfermera al Día. Publicación mensual. Pedro Vera Cervera. México, D.F. Nov. 1988. Vol. 13 No. 11 20 pp.

BENNER, Patricia. Práctica progresiva en Enfermería. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1987. 329 pp.

BRUNNER, Lillian Sholtis. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Tomo I. Ed. Interamericana. 3a. ed. México, 1984. 835 pp.

BUNGE, Mario A. La investigación científica. Ed. Ariel. 2a. ed. México, 1983. 958 pp.

CAMERO, Francisco. La investigación como método de enseñanza y aprendizaje. Ed. Quinto Sol. México, 1989. 118 pp.

CALVICHE P. Manuel. La Enfermería sistemática. Propuesta de un modelo ecológico. Ed. Díaz de Santos. Barcelona, 1989. 245 pp.

CRUZ, Atilana. La supervisión en los servicios de enfermería. Ed. Copilco. México, 1983. 159 pp.

CHURDEN, Herber. Arthur W. Sherman Jr. Administración del personal. Ed. CECSA, 8a. ed. México, 1987. 661 pp.

DIVICENTI, Marie. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Limusa. México, 1984. 499 pp.

ETAGLIA K. Louis. Organización y supervisión de recursos humanos. Ed. Limusa. México, 1988. 101 pp.

FUENTE, Juan Ramón de la y cols. La investigación en salud. Ed S.A. y Fondo de Cultura Económica. México, 1990. 476 pp.

GARCIA, Manzanedo Héctor. Manual de investigación en servicios sociales y de salud. Ed. Prensa Médica. México, 1989. 222 pp.

GLOVER M. Marlene. Cuidados de Enfermería. Planeación, control y casos. Ed. Lumisa. México, 1983. 393 pp.

KERSHAW, Jane Salvage. Modelos de Enfermería. Ed. Doyma. Barcelona, 1988. 129 pp.

KING, Imogene M. Enfermería como profesión. Ed. Limusa. México, 1988. 189 pp.

KOONTZ, Harold. Curso de administración moderna. Ed. Mc Graw Hill. 6a. ed. México, 1993.

KRAMER, Marlene y cols. "Trabajo, satisfacción y retención" Reflexiones para la década de los 90s. 2a. parte. En la Revista Nursing. Mensual. Margarita Peya Gascons. Barcelona. Febrero, 1992. Vol. 10 No. 2. 23 pp.

KRON, Thora y cols. Liderazgo y administración en Enfermería. Ed. Interamericana. 5a. ed. México, 1993. 327 pp.

LUTHANS, Fred. Introducción a la administración. Ed. McGraw Hill, México, 1986.

MARRINER, Ann. Manual para administración en enfermería. Ed. Interamericana. 2a. ed. México, 1986. 344 pp.

MARRINER, Ann. Proceso atención de enfermería. Un enfoque científico. Ed. Manual Moderno. México, 1983. 325 pp.

MARRINER, Ann. Modelos y teorías de enfermería. Ed. ROL, S.A. 2a. ed. Barcelona, 1989. 345 pp.

MATTHEHUS, Arline. Atención de enfermería. Ed. Limusa. México, 1991. 124 pp.

MORGAN J. William Jr. Administración de personal de institución

nes hospitalarias. Ed. Limusa. México, 1983. 212 pp.

NOTTER, Lucille E. Jacqueline Rose Hott. Principios de la investigación de Enfermería. Ed. Dayma. 1a. ed. Barcelona, 1992. 196 pp.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Administración de los servicios de salud en enfermería. Ed. C.I.E.S.A. 2a. ed. México, 1992. 560 pp.

PATERSON, Josephine G. Loretta J. Zderad. Enfermería humanística. Ed. Limusa. México, 1990. 201 pp.

PEPLAU, Hildegard. Relaciones interpersonales en enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1990. 263 pp.

POLIT, Denise. Investigación científica de la salud. Ed. Interamericana. México, 1992. 3a. ed. 595 pp.

REAGAN B. Mary. ¿Es usted un buen subordinado? En la Revista Nursing. Mensual. Barcelona, Enero, 1993. Vol. 11 No. 1. 59 pp.

RODRIGUEZ E. Mauro. Liderazgo. Ed. Manual Moderno. México, 1985. 63 pp.

ROJAS, Soriano R. Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. Plaza y Valdés. 12a. ed. México, 1993. 275 pp.

ROSALES B. Susana, Eva Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería.

Ed. Manual Moderno. México, 1991. 463 pp.

RYAN, Sheila A. Clínicas de enfermería de Norteamérica. Ed. Interamericana. México, 1990. 753 pp.

SIMMS, Lilliana. Administración de servicios de salud de Enfermería. Ed. Interamericana. México, 1986. 410 pp.

SORIA, Murillo. Relaciones Humanas. Teoría y causa. Ed. Limusa 2a. ed. México, 1984.

SORRENTINO, Sheila A. Enfermería práctica. Ed. Manual Moderno. S.A. de C.V. México, 1987. 422 pp.

STENHOUSE, Laurence. La investigación como base de la enseñanza. Ed. Morata. Barcelona, 1987. 183 pp.

TAMAYO, T. Mario. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa. 2a. ed. México, 1985. 159 pp.

WRIGHT, Stephen. Mi paciente, mi enfermera. Ed. Doyma. Barcelona, 1993. 114 pp.