

M^a Nieves López Ibort

Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de enfermería

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
Gascón Catalán, Ana María
De Luis Carnicer, Pilar
Roche Roche, María Pilar Asunción

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

RELACIONES INTERPERSONALES CLAVES EN EL
LIDERAZGO DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE
ENFERMERÍA

Autor

M^a Nieves López Ibort

Director/es

Gascón Catalán, Ana María
De Luis Carnicer, Pilar
Roche Roche, María Pilar Asunción

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2018



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

RELACIONES INTERPERSONALES CLAVES EN EL LIDERAZGO
DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA

Autora:

NIEVES LÓPEZ IBORT

Directoras:

De Luis Carnicer, Pilar
Gascón Catalán, Ana María
Roche Roche, M^a Pilar Asunción

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Fisiatría y Enfermería

2018

Dña. Pilar de Luis Carnicer, Doctora en Ciencias Económicas y Empresariales, Profesora Emérita del Departamento de Dirección y Organización de Empresas, de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza, hace constar:

Que la memoria de Tesis Doctoral titulada ***“Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de Enfermería”*** presentada por Dña. Nieves López Ibort ha sido realizada bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para ser presentada por su autora para optar al grado de Doctora por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, 22 de enero de 2018

Fdo. Pilar de Luis Carnicer

Dña. Ana M^a Gascón Catalán, Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Titular del Departamento de Fisiatría y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, hace constar:

Que la memoria de Tesis Doctoral titulada ***“Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de Enfermería”*** presentada por Dña. Nieves López Ibort ha sido realizada bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para ser presentada por su autora para optar al grado de Doctora por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, 22 de enero de 2018

Fdo. Ana Gascón Catalán

Dña. M^a Pilar Asunción Roche Roche, Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza y Facultativo Especialista del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Lozano Blesa hace constar:

Que la memoria de Tesis Doctoral titulada ***“Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de Enfermería”*** presentada por Dña. Nieves López Ibort ha sido realizada bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para ser presentada por su autora para optar al grado de Doctora por la Universidad de Zaragoza.

Zaragoza, 22 de enero de 2018

Fdo. M^a Pilar A. Roche Roche

Agradecimientos

Son muchas las personas (por ello me olvidaré de más de una y pido disculpas por adelantado) del ámbito personal y profesional, las que de una forma u otra, han colaborado en hacer realidad un sueño que desde hace años tenía en mi pensamiento y que sin ellas no hubiera sido posible: la elaboración de esta tesis. Por todo ello, quiero expresar mi más sincero reconocimiento y agradecimiento:

A mis directoras de tesis, Dra. Pilar de Luis, Dra. Ana Gascón y Dra. Pilar Roche, por el tiempo y esfuerzo que han invertido y por la confianza que han depositado en mí. Quiero hacer una mención especial a Pilar de Luis, que desde el primer momento no solo mostró su disposición a dirigir esta tesis, sino que aun en momentos difíciles de su vida personal, ha seguido estado junto a mí llevando las riendas de esta investigación, ayudándome y apoyándome constantemente con su experiencia y gran profesionalidad. Gracias por tu inestimable ayuda y dedicación en todo momento y ser mi guía durante todo el proceso.

A los Directores y Directoras de Enfermería de los distintos hospitales que han colaborado en este proyecto, facilitándome el acceso a sus organizaciones y animando a las compañeras a rellenar los cuestionarios. Teresa Antoñanzas, Amalio Bermejo, Pilar Catalán, Pilar Lanao, M^a Dolores Llorens, M^a Luisa Martínez y Ana Belén Zapata, gracias por todo vuestro apoyo.

A las Supervisoras y Enfermeras por dedicar su tiempo a responder encuestas desinteresadamente, sin cuya colaboración hubiera sido imposible realizar esta investigación.

A Delia y Macu, por poner en orden mi caos, y por todas vuestras aportaciones y opiniones siempre constructivas.

A todos los que han colaborado en el apoyo logístico.

A todas las compañeras enfermeras, por sus palabras de aliento y los ánimos que en todo momento han expresado, ayudándome a seguir con el estudio hasta el final.

A Teresa Antoñanzas por ser el motor que puso en marcha mi interés por la investigación sobre el liderazgo enfermero hace quince años, una parcela de conocimiento hasta entonces desconocida para mí.

A mi amiga canariona, Piti, quien a pesar de la distancia ha estado constantemente siguiendo el proceso de elaboración, y compartiendo su entusiasmo con esta investigación.

A Javi, por su disponibilidad en todo momento; por hacerme con su compañía, más llevaderos los obligados viajes por tierras aragonesas, y sobre todo por trasmitirme su alegría.

A todos mis amigos, por estar siempre en los buenos y malos momentos.

Finalmente quiero expresar mi gratitud a mi familia. A mi madre, por su paciencia, apoyo y comprensión durante todo este tiempo, por entenderme y permitirme concluir este sueño; sé que estás feliz de verlo acabado. En especial a mi padre, quien con su ejemplo me transmitió su espíritu luchador; allá donde estés, sé que te sentirás orgulloso y satisfecho de mí por la finalización de este proyecto, yo siempre lo he estado de ti. A Ana, quien ostenta el rango de hermana aun sin serlo, por estar a mi lado incondicionalmente y creer siempre en mí, tu inestimable ayuda me ha permitido terminar este trabajo. Quiero agradecer también a Fina, fiel seguidora de mi trayectoria y que siempre demostró su ilusión en este proyecto; por desgracia, mi tardanza no ha permitido que su cuerpo aguantara para asistir a la presentación y defensa de esta tesis.

A todos, muchas gracias.

A mis padres, Manolo y Lola

A Ana

A Fina

Siglas y Abreviaturas

- CCL:** Center for Creative Leadership
- CNAC:** Canadian Nursing Advisory Committee
- EMP:** Empoderamiento
- I + D:** Investigación y Desarrollo
- IOM:** Institute Of Medicine
- LLX:** Leader-Leader Exchange (Intercambio Líder-Líder)
- LMX:** Leader-Member Exchange (Intercambio Líder-Miembro)
- LMX(l):** Leader-Member Exchange (Intercambio Líder-Miembro), desde el punto de vista de la supervisora
- LMX(m):** Leader-Member Exchange (Intercambio Líder-Miembro), desde el punto de vista de la enfermera
- OCB:** Organizational Citizenship Behavior (Comportamiento Cívico Organizacional)
- OCQ:** Organizational Commitment Questionnaire (Cuestionario de Compromiso Organizacional)
- OMS:** Organización Mundial de la Salud

POS: Perceived Organizational Support

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

WHO: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

INDICE

Resumen	21
1. Introducción	23
1.1 La gestión y el líder en el siglo XXI	25
1.2 Inicios de la gestión enfermera	27
1.3 Entornos saludables en Enfermería. Hospitales magnéticos	29
1.4 Unidades de Enfermería	30
1.5 La Supervisora	31
1.6 Enfoque relacional del liderazgo	35
1.7 Sanidad pública. Sistema Nacional de Salud en España	38
2. Liderazgo	43
2.1 Definición de liderazgo	45
2.2 Líder vs gestor	48
2.3 Teorías de liderazgo	50
3. Teoría del Intercambio Líder-Miembro (LMX)	55
3.1 Teoría del Intercambio Líder-Miembro (LMX)	57
4. Variables de resultados organizacionales y variables moderadoras	63
4.1 Compromiso organizacional	65
4.2 Satisfacción laboral	70
4.3 Comportamiento Cívico Organizacional (OCB)	73
4.4 Intención de rotación	76
4.5 Empoderamiento	80
4.6 Apoyo Organizacional Percibido (POS)	84
4.7 Intercambio Líder-Líder (LLX)	89

5. Objetivos de la investigación	91
5.1 Justificación	93
5.2 Definición de objetivos e hipótesis de la investigación	94
5.3 Marco teórico o modelo.....	99
6. Metodología.....	101
6.1. Diseño del estudio	103
6.1.1. Tipo del estudio.....	103
6.1.2. Población y muestra de estudio	103
6.1.3. Variables del estudio	104
6.1.3.1. Variables socio-demográficas	104
6.1.3.2. Variable independiente	105
6.1.3.3. Variables dependientes	106
6.1.3.4. Variables moderadoras	106
6.1.3.5. Otras variables	106
6.2. Instrumentos de medida	106
6.2.1. Intercambio Líder-Miembro (enfermera) LMX(m)	107
6.2.2. Intercambio Líder-Miembro (supervisora) LMX(l)	107
6.2.3. Compromiso Organizacional	107
6.2.4. Empoderamiento.....	108
6.2.5. Apoyo Organizacional Percibido (POS)	108
6.2.6. Satisfacción Laboral.....	108
6.2.7. Intención de rotación	109
6.2.8. Intercambio Líder-Líder (LLX)	109
6.2.9. Comportamientos Cívicos Organizacionales (OCB).....	109
6.3 Procedimiento.....	110
6.4. Consideraciones éticas.....	111
6.5. Gestión y análisis de datos	112
7. Resultados	113
7.1. Análisis descriptivo.....	115
7.1.1. Estadísticos descriptivos sociodemográficos y diferencias significativas.....	117
7.1.2. Estudio de las escalas de la investigación	124
7.1.2.1. Análisis descriptivo de las escalas de la investigación	124
7.1.2.2. Validez y fiabilidad de las escalas. Análisis Factorial Exploratorio	128
7.1.2.2.1. Global	128

7.1.2.2.2. Por escalas.....	130
7.1.2.2.2.1. Empoderamiento	130
7.1.2.2.2.2. Compromiso organizacional.....	133
7.1.2.2.2.3. Comportamientos Cívicos Organizacionales.....	134
7.1.2.2.2.4. Intenciones de Rotación.....	138
7.1.2.2.2.5. Satisfacción laboral	139
7.1.2.2.2.6. Apoyo Organizacional Percibido.....	142
7.1.2.2.2.7. LMX(m), LMX(l) y LLX.....	144
7.1.2.2.2.8. Descripción de los comportamientos de las enfermeras	146
7.1.2.2.2.9. Grado de acuerdo.....	147
7.2. Análisis inferencial	149
7.2.1. Correlaciones	149
7.2.2. Confirmación de las hipótesis principales (H1, H2, H3 y H4).....	152
7.2.3. Grado de acuerdo (H5).....	154
7.3. Estudio de las moderaciones entre variables	167
7.3.1. Variable dependiente: Compromiso	167
7.3.2. Variable dependiente: Satisfacción.....	168
7.3.3. Variable dependiente: Comportamientos Cívicos Organizacionales	169
7.3.4. Variable dependiente: Intenciones de Rotación	170
7.4. Variables moderadoras y variables de control	172
7.4.1. Variable de control sexo	172
7.4.1.1. Variable dependiente Compromiso	172
7.4.1.2. Variable dependiente Satisfacción	173
7.4.1.3. Variable dependiente Comportamientos Cívicos Organizacionales.....	174
7.4.1.4. Variable dependiente Intenciones de Rotación	174
7.4.2. Variable de control tamaño del hospital	175
7.4.2.1. Variable dependiente Compromiso	175
7.4.2.2. Variable dependiente Satisfacción	176
7.4.2.3. Variable dependiente Comportamientos Cívicos Organizacionales.....	177
7.4.2.4. Variable dependiente Intenciones de Rotación	178

8. Discusión.....	185
8.1. Relaciones con las variables sociodemográficas	192
8.2. Relaciones entre las variables de resultado.....	195
8.3. Hipótesis principales.....	196
8.4. Grado de acuerdo.....	200
8.5. Hipótesis de las variables moderadoras.....	203
9. Límites y fortalezas	215
9.1. Límites	217
9.2. Fortalezas	218
10. Implicación para la práctica.....	219
11. Futuras líneas de investigación	223
12. Conclusiones.....	227
13. Bibliografía.....	231
14. Anexos	279
14.1. Anexo I.	281
14.2. Anexo II.	282
14.3. Anexo III.	284
14.4. Anexo IV.	292
14.5. Anexo V.	293
15. Índice de tablas y figuras.....	295
15.1. Tablas	297
15.2. Figuras.....	300

Resumen

Desde la sociedad se demanda que las organizaciones sanitarias sean más productivas, siendo necesario para ello un cambio de paradigma, pasando del paradigma dirección al paradigma liderazgo. Las organizaciones necesitan ser gestionadas, pero necesitan mucho más, ser lideradas. La enfermería se enmarca en este contexto, por ello se apela a un fuerte liderazgo profesional y visión de las enfermeras gestoras, para implantar nuevos modelos sanitarios que lleven el bienestar a estas profesionales, a la vez que logren una adecuada asistencia, en términos de calidad del cuidado, seguridad del paciente y eficiencia.

En la enfermería hospitalaria, son las supervisoras las que encarnan el liderazgo organizativo, influyendo de modo significativo en los entornos de trabajo y en las actitudes de las enfermeras relacionadas con la organización.

El constructo de liderazgo evoluciona desde los modelos más estáticos basados en los rasgos de los líderes, hacia modelos conductuales y situacionales. En la actualidad los modelos teóricos de liderazgo ponen el énfasis en aspectos como la interacción diádica entre líder-seguidor; dentro de este paradigma se desarrolla la teoría del Intercambio Líder-Miembro, base de esta investigación.

La relación líder-miembro se ha desvelado como una variable de gran relevancia para comprender los comportamientos y actitudes de las personas en las organizaciones hasta el punto de pensar que el éxito empresarial depende en gran parte, de la calidad de las relaciones que los líderes establecen con sus colaboradores. Este hecho ha sido confirmado en estudios empíricos realizados fuera de España con enfermería hospitalaria: relaciones de alta calidad supervisora-enfermera, se relacionan con actitudes positivas de trabajo de la enfermera. Del mismo modo, el intercambio supervisora-enfermera también afecta a la hora de proporcionar entornos de trabajo de calidad, mejorando los resultados de la enfermera y de los pacientes.

Los objetivos e hipótesis de esta investigación se centran en conocer la calidad de la relación supervisora-enfermera y cómo esta calidad influye en variables de resultado que son positivas para la organización (compromiso organizacional, satisfacción laboral, comportamientos cívicos organizacionales e intenciones de rotación). Del mismo modo, se quiere averiguar si esta influencia puede ser moderada por otras variables organizacionales como el empoderamiento, el apoyo organizacional percibido y el intercambio Líder-Líder. Por último, se estudia el grado de acuerdo entre supervisora y enfermeras sobre la calidad de la relación.

La muestra estudiada está compuesta por supervisoras y enfermeras de hospitales públicos aragoneses. Los datos fueron recogidos a través de encuestas validadas en un cuestionario único, en el periodo de abril-junio de 2016. La tasa de respuesta, con 2541 cuestionarios válidos, fue del 70% y los datos se estudiaron con el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

Se ha observado unos valores medios en la relación supervisora-enfermera para esta muestra, y se ha podido confirmar su influencia en las variables de resultados positivas para la organización. También se encuentra un alto grado de acuerdo, en las percepciones sobre la calidad de su relación, entre la supervisora y la enfermera. Sin embargo, la influencia del empoderamiento, el apoyo organizacional percibido y la relación Líder-Líder en los comportamientos de la enfermera, no puede explicarse exclusivamente por un efecto moderador.

En el campo de la enfermería, la identificación de factores que estimulen actitudes laborales positivas en el trabajo tiene una importancia considerable, puesto que el rendimiento de las enfermeras afecta directamente a la calidad de la atención y, por tanto, a la salud y al bienestar de los pacientes.

Esta investigación, primera que se ha realizado con la teoría LMX en enfermeras hospitalarias en España, muestra la importancia que tiene para las organizaciones implantar prácticas de gestión que promuevan relaciones de alta calidad enfermera-supervisora, debiendo velar las direcciones de los hospitales, no sólo por el rendimiento de las supervisoras, sino también por el liderazgo que realizan y las relaciones que mantienen con sus enfermeras.

1

INTRODUCCIÓN

1.1. La gestión y el líder en el siglo XXI

Desde la sociedad se demanda que las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas, sigan los principios de buena administración, que sean responsables en términos de cifras (Barendsen y Gardner, 2007) y que, por tanto, se conviertan en más productivas.

La rapidez de respuesta a esta petición no está siendo la idónea, pues aunque el tejido empresarial español se encontraba en el año 2015 en el puesto 35 del ranking mundial de competitividad (World Economic Forum, 2014), hay que reconocer, de acuerdo con Belenes (2003), que la gestión sanitaria española no ha tenido el dinamismo ni la innovación que se ha dado en la gestión de otros sectores empresariales.

La explicación puede estar, de acuerdo con Matos y Pires (2006), en que la mayor parte de las organizaciones sanitarias, siguen utilizando esquemas y sistemas de gestión burocráticos (organigramas jerarquizados verticales, formalización de comportamientos...), modelos basados en las teorías clásicas y científicas de gestión (Fayol y Taylor), que hacen hincapié en el trabajo humano regido por reglas y con una visión sistémica y cerrada (Ciapone y Kurcgant, 2004) y que no responden a los grandes cambios devenidos en la asistencia sanitaria en los últimos años. Los factores que han propiciado estos cambios son tan variados como la racionalización de los recursos, la evolución sociodemográfica de las poblaciones (más numerosa, de edades más avanzadas...), la situación cada vez más crítica de los pacientes, los avances tecnológicos, el impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones... además de la necesidad de responder a una ciudadanía que demanda más y mejores servicios consumiéndolos de forma más sofisticada. La consecuencia de todo ello es con frecuencia un aumento creciente de servicios sanitarios, acompañándose en muchos casos de un aumento desproporcionando del gasto sanitario efectuado por los organismos públicos (Hidalgo, Del Llano y Pérez, 2007).

Para dar respuesta a todas estas demandas, se requiere un cambio de mentalidad y un nuevo tipo de comportamientos, se solicita un cambio de paradigma, pasando del paradigma dirección, que pone el acento en la visibilidad y protagonismo del líder, al paradigma liderazgo que pone el acento en un líder que, desde sus conocimientos, habilidades y cualidades éticas, aspira a desarrollar a cada miembro de su equipo, se centra en los demás y se pone al servicio de la sociedad (Álvarez de Mon, 2006, citado en March, 2014), aún sabiendo que el liderazgo efectivo en las organizaciones de hoy en día también está determinado por factores contextuales, como las jerarquías, posiciones formales de trabajo, normas, tradiciones, entre otros (Graen, Rowold y Heinitz, 2010).

Bennis (1999) afirma que las organizaciones aprovechan tan sólo el cinco o diez por ciento de las habilidades de sus empleados, siendo el reto de los líderes, reconocer y aprovechar las capacidades infrautilizadas de sus colaboradores. Un motivo que conduce a esta situación es

que los supervisores tienden, según Kanter (1977), a reproducirse a sí mismos a través de la socialización, dando mayores oportunidades a aquellos empleados que son más afines y, este estilo, es peligroso para tomar buenas decisiones, no aprovecha el potencial del personal con valía y limita las posibilidades de innovación.

Barret (2001), señala que el reto de las organizaciones del siglo XXI es crear un ambiente laboral que apoye la realización de las personas, teniendo en cuenta que éstas, interpretan los acontecimientos en función de lo que ven que ocurre y de cómo les tratan los que están a su alrededor, de tal manera que, las circunstancias en las que nos movemos influyen en nuestra cultura, ésta a su vez, influye en nuestra percepción y ésta en la confianza para actuar (Kanter, 2006). Por tanto, los líderes influyen de manera decisiva en la medida que contribuyen a crear un clima colaborador que facilita el logro de las metas organizacionales y la satisfacción de los profesionales (Saavedra, 1998).

Judge, Bono, y Locke (2000) argumentan que es más probable que las actitudes de trabajo de los colaboradores, sean el resultado de respuestas de comportamiento y señales sociales que de características personales únicamente, por lo que la receta para esos directivos que buscan constantemente palancas con las que aumentar el nivel de compromiso del empleado, el apego a la organización, la participación en el trabajo, el buen rendimiento... posiblemente está en la afirmación de Pons y Ramos (2012, p. 81), cuando afirman que las organizaciones: "... necesitan ampliar el ámbito de actuación sobre sus miembros e ir más allá de la esfera de lo observable. Necesitan influir positivamente en las actitudes de sus miembros para generar una movilización voluntaria hacia los objetivos organizacionales".

Dicho de otra manera, se necesitan directivos-líderes, es decir, personas que sean capaces de entusiasmar a sus colaboradores en la ejecución de proyectos (Urcola, 1998), que apoyen a sus colaboradores para que desarrollen todo su potencial y para que se comprometan a desarrollar nuevas competencias en el futuro (Delgado y Delgado, 2003). Muchas veces, el éxito de una organización puede estar en la habilidad del líder de saber aprovechar la fuerza y actitudes de sus colaboradores para lograr las metas organizacionales (Errasti, 2008). Por tanto, el liderazgo, tiene que ver con ser sensible a las necesidades de las personas y a los objetivos de la organización (Sallenave, 1994).

De todo lo expuesto se deduce que las organizaciones necesitan ser gestionadas, pero necesitan mucho más ser lideradas (Pérez y Oteo, 2006) y, para ello, no basta con cambiar la etiqueta del jefe tradicional y reconvertirla a líder. Ser jefe consiste en ocupar un cargo, ser líder tiene que ver con las actitudes (González –Gálvez y Rey, 2013).

Sin embargo, el perfil de directivo que tenemos actualmente, es muy hábil en aplicar la parte "*hard*" de la gestión (técnicas), pero no tan hábil o incluso presenta dificultades en manejar la

parte “soft”, que es la que valora más el liderazgo (Belenes, 2003; Graen y Schiemann, 2013). Esta circunstancia revela la escasez de talento que hay para liderar. Kotter (citado en Casado, 2001) ha llegado a cuantificar que sólo un 20% de los actuales directivos que gestionan las empresas tiene talento de líderes.

1.2. Inicios de la gestión enfermera

Dentro de la atención sanitaria, los hospitales juegan un papel esencial en el cuidado de la salud si se tiene en cuenta el alcance de las actividades que ofrecen, los retos a los que se enfrentan (*Dos Santos y Henriques, 2013*) y los recursos limitados existentes.

En estas organizaciones, las profesionales de Enfermería¹ se erigen en una pieza clave ejecutando el 70% aproximadamente de las intervenciones directas sobre el paciente y/o cuidador, llegando a consumir al menos el 65% del presupuesto reservado para los recursos humanos de un hospital (Salvadores, Sánchez y Jiménez, 2002). Este dato es importante porque, a medida que el número de personal sanitario es más grande, las enfermeras tienen una influencia significativa en la optimización de la productividad de los servicios de salud y efectividad en los resultados de salud del paciente (Buchan y Aiken, 2008; Cathcart, 2008).

Para gestionar a estas profesionales, en 1985, se crean las Direcciones de Enfermería en los hospitales públicos situándolas al mismo nivel en la organización que la Dirección Médica y de Gestión; la enfermería desde ese momento, pasa de ser vista como un mero recurso logístico para la organización, a ser considerada un agente profesional cualificado y capaz de elaborar sus propias contribuciones a la calidad y eficiencia asistenciales (Hernández, 2010).

La gestión en enfermería, es definida por Del Barrio-Linares (2013), como el proceso de trabajo a través del personal de enfermería para proporcionar cuidados, curar y ofrecer confort tanto al paciente como a la familia, velando y potenciando el desarrollo profesional de las enfermeras. Desde la creación de las direcciones de enfermería y en concordancia con esta definición, lo que se requiere de los ejecutivos de enfermería, es que asuman el reto de liderar los sistemas organizacionales hospitalarios cumpliendo con la regulación, con las expectativas del paciente, la familia, el médico y el personal, y con el objetivo de proporcionar la excelencia en enfermería a través de entornos de cuidado (Parsons y Cornett, 2011; The Kings Fund, 2011; Patton y Pawar, 2012).

¹ La utilización del genérico “femenino” a lo largo de todo el documento, quedaría justificada por la costumbre popular, aun a pesar de las normas de la RAE. De hecho, la búsqueda en Google de la palabra “enfermeras” obtiene 10.500.000 resultados, la búsqueda de la palabra “enfermeros” obtiene 607.000 resultados.

Se está apelando a un fuerte liderazgo profesional y visión de las gestoras enfermeras, para implantar nuevos modelos sanitarios que lleven el bienestar a un agotado y estresado personal de enfermería (Ruchlin, Dubbs y Callahan, 2004; Sheahan, Duke y Nugent, 2007), a la vez que logren una adecuada asistencia, en términos de calidad del cuidado, seguridad del paciente y eficiencia (Institute of Medicine (IOM), 2001; Institute of Medicine (IOM), 2010; Queensland Government, 2013; Vesterinen, Isola y Paasivaara, 2009; Adams *et al.* 2009) y, lógicamente proporcionando para ello, los recursos que se necesiten para garantizar el entorno y las condiciones en que las enfermeras puedan realizar de la mejor manera posible su trabajo (Autry, 2003).

La calidad del cuidado de enfermería tiene un fuerte efecto en la capacidad de las organizaciones de salud para prestar servicios con el estándar profesional deseado (Moritz, Hinshaw y Heinrich, 1989); quizá este sea uno de los motivos que haya llevado a la Organización Mundial de la Salud a identificar a las enfermeras como un recurso humano de salud clave para mejorar los resultados de salud (World Health Organization (WHO), 2010). A su vez, se pide que se aborde la productividad de la enfermera para ayudar a mejorar la rentabilidad de los sistemas de salud en todo el mundo (World Health Organization (WHO), 2006).

Para mejorar la calidad del producto enfermero, es vital disfrutar de un liderazgo efectivo que proporcione una guía para solucionar los problemas complejos relacionados con el cuidado dado por la enfermería (Smith *et al.*, 2006; Kanste, Kyngas y Nikkila, 2007).

Un mecanismo por el cual el liderazgo de las gestoras enfermeras puede impactar en los resultados en la enfermera y en los pacientes es a través de la promoción de entornos de trabajo de enfermería de calidad y climas de seguridad positivos (Heath, Johanson y Blake 2004). Este escenario ya lo sugiere el Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC 2002), afirmando que es responsabilidad de las líderes de enfermería reconstruir y mantener la fuerza de trabajo de enfermería, implementar nuevos modelos de atención, y proporcionar entornos de trabajo saludables para su personal. El Institute of Medicine (IOM) (2004), también aconseja cambios en el entorno de la práctica de enfermería para aumentar la seguridad del paciente, ampliando posteriormente Goodman (2004), el concepto de seguridad al hospital y por lo tanto abarcando a pacientes, trabajadores y sistemas que están interrelacionados e interconectados.

Estas recomendaciones vienen avaladas por estudios de enfermería que han evidenciado que un liderazgo efectivo de sus líderes formales y gestores tiene un impacto positivo en los resultados, en este caso tanto para las organizaciones a nivel financiero (Aldana, 2001), como para los pacientes (Wong y Cummings, 2007), y para los profesionales sanitarios (Cummings, Hayduk y Estabrooks, 2005; Upenieks, 2002; Stordeur, Vandenberghe y D'hoore, 2000).

1.3. Entornos saludables en Enfermería. Hospitales magnéticos

Las organizaciones saludables se caracterizan por invertir esfuerzos de colaboración sistemáticos e intencionales, para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo y mediante las oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de la carrera y del balance trabajo-vida privada (Wilson, et. al, 2004). La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2006, pp. 14) define un entorno de trabajo saludable para las profesionales de enfermería como *"... un lugar de trabajo que maximiza la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad en los resultados de los pacientes o clientes, las funciones organizativas y los resultados sociales"*.

El entorno de trabajo de la enfermera es multifacético y se compone de un conjunto de características organizacionales que pueden facilitar o limitar la práctica profesional de enfermería (Lake, 2002), siendo las características y competencias del líder, las que juegan un papel importante en el logro de estos entornos empoderados tan aconsejados para las enfermeras (Laschinger et al. 1999; Greco, Laschinger y Wong, 2006).

La calidad de entornos de trabajo de enfermería es un factor importante porque, aunque no se ha medido el efecto específico del liderazgo, los investigadores sí que han relacionado la evolución de los pacientes a la calidad de estos entornos (Wong y Giallonardo, 2013). Concretamente, se han evidenciado relaciones entre entornos de práctica de calidad y resultados en pacientes como la disminución de la mortalidad a los 30 días y disminución del fracaso en la reanimación, mientras aumenta su satisfacción (Aiken et al. 2008; Friese et al., 2008), disminución de infecciones de las vías urinarias asociadas al catéter (Stone, et al., 2007) y, reducción en errores de medicación (Duffield et al. 2011a).

En estas organizaciones sanitarias que apoyan la práctica profesional enfermera y crean entornos de calidad, además de obtener mejores resultados en los pacientes (mencionados anteriormente), obtienen también mejores resultados en las enfermeras, pues éstas sienten mayor satisfacción laboral, apoyo de los directivos y un bienestar general (Aiken, Sochalski y Lake, 1997; Warshawsky y Havens, 2011).

Existe otro aspecto, no menos importante, para defender los entornos de trabajo de enfermería de calidad: la seguridad del paciente. Desde que se publicó el libro "Errar es humano" los hospitales han sido reconocidos como entornos de alto riesgo (Kho et al. 2005; Hutchinson et al. 2006). Consciente de que los entornos de trabajo de enfermería se caracterizan por serias amenazas para la seguridad del paciente, el Institute Of Medicine (IOM) (2004) vuelve a recalcar la importancia de un liderazgo de enfermería efectivo en la creación de entornos de trabajo de enfermería de alta calidad para la seguridad de los pacientes.

Tomando las características definitorias de las organizaciones saludables, da la sensación de estar hablando de los hospitales magnéticos.

Estos hospitales surgen en Estados Unidos, como respuesta a una mala práctica de gestión o ausencia de liderazgo enfermero en niveles directivos, hecho que se ha identificado como un factor que contribuye a la alta rotación enfermera (Brunetto, Farr-Wharton y Shacklock, 2010) y a un personal de enfermería desmoralizado (Duffield, *et al.*, 2007; Duffield, *et al.*, 2011b).

Se llaman así por su capacidad de atraer y retener constantemente a las enfermeras, apoyar a los profesionales enfermeros y proporcionar unos cuidados de enfermería excelentes a los pacientes. Las características de estos hospitales y que los hacen un “buen lugar para trabajar”, son un fuerte y visible liderazgo enfermero, la autonomía de la enfermera y la responsabilidad para la atención de los pacientes (Kramer y Hafner, 1989), teniendo como uno de sus pilares el empoderamiento de las enfermeras (Buchan, 1999; Laschinger y Wong, 1999).

La importancia que se confiere a un liderazgo fuerte y visible en estos hospitales queda reflejado en el estudio de Kramer, Schmalenberg y Maguire (2005), donde el ratio medio entre comportamiento de gestión/comportamiento de liderazgo por parte de las supervisoras, fue de 1:3,985 en los hospitales magnéticos, de 1:2,138 en los hospitales aspirantes a la categoría de magnéticos y de 1:1,588 en el resto de hospitales. Como puede verse, las supervisoras de enfermería de los hospitales magnéticos, comparadas con el resto de supervisoras, estaban más centradas en los comportamientos de liderazgo.

1.4. Unidades de Enfermería

Dentro de los hospitales, las enfermeras desarrollan su trabajo en las Unidades de Enfermería. La Unidad de Enfermería, es el ambiente donde enfermeras trabajan e interactúan diariamente. Bae, Mark y Fried (2010) la definen como el contexto proximal para las personas y el contexto interactivo acotado creado por atributos, interacciones y respuestas de las enfermeras.

Estas unidades son el centro neurálgico del hospital al servir de nexo de unión de todos los profesionales; por tanto, de su buena coordinación y eficacia dependerá en gran medida, que se consigan los objetivos organizacionales. La unidad de enfermería es una unidad funcional que proporciona valor al producto final hospitalario a través del producto intermedio, que es el producto enfermero. Ahora bien, dada la complejidad y las peculiaridades del producto enfermero se requiere una gestión competente y conocedora de la totalidad de ese producto (incluyendo todas las funciones: asistencial, docente, gestora e investigadora), siendo este el

camino para garantizar la calidad del servicio prestado y la mejora e innovación en la práctica enfermera.

Los investigadores afirman que la eficacia de una unidad de enfermería y la calidad de la atención que las enfermeras son capaces de proporcionar, se ve afectada por las condiciones de trabajo (Aiken, *et al.*, 2011; Hoffmeyer, 2003; Kowalski, *et al.*, 2010; Laschinger, 2008; Laschinger y Leiter, 2006); por eso es, principalmente a nivel de unidad, donde el liderazgo juega un papel esencial en la creación de entornos de trabajo saludables, que no sean perjudiciales para la salud de las enfermeras y que aseguren que éstas estén facultadas para prestar atención sanitaria de alta calidad.

1.5. La Supervisora

Con el organigrama vigente en la mayoría de los hospitales, españoles en general y aragoneses en particular, es en la figura de la supervisora de unidad, en la que recae el liderazgo de las unidades de enfermería, convirtiéndose de esta forma, en un elemento de gestión con un gran potencial para impactar de manera positiva en la calidad de la atención de su unidad (Carvalho y Chaves, 2011). En este sentido, Kramer, Schmalenberg y Maguire, (2005) manifiestan que las supervisoras encarnan el liderazgo organizativo de la enfermería hospitalaria influyendo de modo significativo en los entornos de trabajo, llegándose a demostrar que las percepciones que las enfermeras tienen de sus supervisoras inmediatas, influyen en sus percepciones de la estructura de empoderamiento en sus lugares de trabajo (Greco, Laschinger, y Wong, 2006), y recordemos que el empoderamiento es uno de los pilares del hospital magnético.

La palabra supervisión proviene del latín, y significa “mirar o ver por encima de”. Este significado primario motivó que se viera la supervisora con una función de vigilancia fundamentalmente u observación del trabajo realizado por otras personas (Mompert, 2003).

Aunque se les sigue denominando supervisoras de enfermería, su rol tradicional ha evolucionado en su contenido desde la década de los 90, hacia funciones de gestora de procesos y de cuidados, convirtiéndose en una persona que facilita, apoya, asesora y ayuda al equipo, es decir, que coordina el equipo de trabajo además de seguir desempeñando el contenido que realizaban hasta ese momento de gestora de recursos materiales y humanos (Salvadores, Sánchez y Jiménez, 2002; Prieto, Suess y March, 2005). Ahora se espera de estas profesionales comportamientos de liderazgo mucho más elaborados que en épocas anteriores, manejando herramientas de gestión, técnicas de negociación... La supervisora es quien puede dar apoyo emocional, ofrecer información, consejo, oportunidades de formación (Wayne, Shore y Linden,

1997) y proporcionar un trato justo a las enfermeras, convirtiéndose de este modo, en la responsable del desempeño de las enfermeras que tiene en su Unidad (Errasti, 2008).

Al ser la supervisora, el nexo de unión entre la enfermera y el hospital, también es un elemento clave para la evaluación del rendimiento, el reparto de responsabilidades y la asignación de recursos para su desarrollo (Bhal y Ansari, 2007).

En una revisión sistemática Germain y Cummings (2010) muestran cómo el estilo de liderazgo de enfermería tiene un impacto en su rendimiento, concepto con el que está de acuerdo la World Health Organization (WHO) (2006), al declarar que una de las causas del desempeño deficiente (si lo hay) de las enfermeras, es el cómo se les supervisa y gestiona. La WHO (2006, p. 67), entiende por correcto desempeño “el de un personal que trabaja de forma sensible a las necesidades, justa y eficiente para lograr los mejores resultados sanitarios posibles dados los recursos y las circunstancias”, añadiendo que es fundamental un buen desempeño puesto que repercute en última instancia en la salud de la población.

Ekvall y Arvonen (1999) señalan que la conducta del líder afecta a las variaciones ocurridas en el clima laboral, y cuantifican hasta en un 65% esta influencia. Estas variaciones pueden ser en la promoción de ambientes de trabajo que mejoran la salud de las enfermeras, garantizando al paciente cuidados de alta calidad (Laschinger, Fiengan y Wilk, 2011; Brady y Cummings, 2010), en la determinación del poder y la autonomía de las enfermeras (Ackroyd, Kirkpatrick y Walker, 2007), en la creación de entornos seguros de atención al paciente (Kane *et al.*, 2007; Richardson y Storr, 2010), en el grado de innovación en la asistencia sanitaria (Batcheller, 2010; Talbert, 2012), en el trabajo en equipo (Stokols *et al.*, 2005), en el trabajo de colaboración y dirección compartida (Clavelle, *et al.*, 2012; Hayes, *et al.*, 2012; Upenieks, 2003), etc.

Un modo de influir es a través del ejemplo. Edmondson (2003), mantiene que cuando los supervisores tienen comportamientos habituales de compartir información, recursos y apoyo, los empleados tienen más probabilidades de copiar esos comportamientos. Ahora bien, es importante advertir que el profesional en el sistema sanitario jerarquizado antepone su lealtad y colaboración, primero al grupo profesional y después a la institución (Arenas, n.d.).

En el sistema de salud, un supervisor tiene una influencia importante en el trabajo de las enfermeras y las actitudes relacionadas con la organización (McGuire y Kennerly 2006, Portoghese *et al.* 2012).

Se debe tener siempre presente que lo que los líderes de enfermería hagan o dejen de hacer, tiene un impacto directo en los niveles de calidad de la prestación sanitaria (Ovretveit, 2005).

Si bien la mayoría de la evidencia proviene de EEUU y Canadá, en el entorno europeo, concretamente en Inglaterra, también se han documentado relaciones significativas entre un

mayor uso de prácticas de gestión de recursos humanos tales como la claridad de las funciones del personal y un sistema eficaz de evaluación/gestión del desempeño con la menor mortalidad de los pacientes (West *et al.*, 2002, 2006).

En algunos países, como Australia, las supervisoras ya tenían el poder y la responsabilidad de monitorizar, evaluar y gestionar el desempeño de las enfermeras, entre otros profesionales (Neuman, Maylor y Chansarkar, 2002), y ahora como resultado de las reformas en materia de salud en ese país, se espera que lo hagan en un grado mucho mayor (Kirkpatrick y Ackroyd, 2003). Aunque deberemos reconocer que esto no es lo que ocurre en Aragón.

La supervisora, como puede verse, se enfrenta a dos tipos de responsabilidades; la primera es ofrecer una asistencia segura y eficaz a un elevado número de pacientes y la segunda, es proporcionar el bienestar físico, emocional y laboral a un grupo determinado de subordinadas. Esta idea es defendida por Blanchard (2007, p. 382), al observar que “hay dos pruebas para un líder. La primera es si obtiene resultados. La segunda, si tiene seguidores”. También fue defendida por Jims Collins (2001, citado Blanchard y Carey, 2007), el cual enfatizó que cuando los líderes tienen una filosofía orientada a sus resultados o a su gente, y no a los dos, la única pregunta por la que se interesarán a la hora de tomar una decisión es: ¿es esto legal?

Una de las explicaciones del camino por el cual se llega a esta pregunta es que, al igual que la enfermera siente la dualidad sobre gestionar versus cuidar con respecto a la supervisora (Liberali y Dall’Agnol, 2008), la supervisora también siente una dualidad, sufriendo un conflicto continuo y moviéndose de forma insegura entre las expectativas contrarias de su dirección de enfermería y sus enfermeras dado que, desde el punto de vista de la dirección, una buena supervisora es la que consigue la máxima productividad con el mínimo personal posible y el mínimo gasto de tiempo, esfuerzo y material y, desde el punto de vista de la enfermera, una buena supervisora es la que tiene suficiente influencia y sensibilidad para proporcionarles un entorno de trabajo sin riesgos, sin modificaciones y que les apoye cuando lo necesiten (Gillies, 1994). De esta manera, la supervisora debe representar el parecer, la filosofía y las reglas de la dirección de enfermería ante sus enfermeras y debe representar las preocupaciones, intereses e ideas de estas ante la dirección (Autry, 2003).

Este conflicto de las supervisoras se ve agravado además, por la pugna que mantienen todas las gestoras de enfermería entre valores y responsabilidades organizacionales no enfermeros y los de la profesión de enfermería. La investigación revela esta dualidad de priorizar las responsabilidades organizacionales o las profesionales y el conflicto que les genera (Dixon, 1999; Naughton y Nolan, 1998; Fosbinder *et al.*, 1999). Es esta diferencia de valores y expectativas de trabajo, así como la incongruencia entre los valores individuales y organizacionales, la causa del agotamiento emocional de casi todas las gestoras de enfermería (Laschinger y Finegan, 2008). A su vez, son todas estas dualidades las que les impiden realizar un liderazgo eficaz.

Estas circunstancias descritas, están llevando a que en muchos países, entre ellos España, exista un alto porcentaje de supervisoras que estén pensando en abandonar el puesto (Goñi *et al.*, 2008), mientras que otras estén manifestando la necesidad de integrar los nuevos discursos de gestión, en la cultura organizacional de la enfermería (Cohn *et al.*, 2005; Apker, 2004).

Aunque en un principio parece complicado conciliar estos intereses, no debería serlo, puesto que sólo son contrapuestos aparentemente, dado que todos los actores intervinientes (directora, supervisora y enfermera) deberían tener el mismo objetivo: prestar cuidados sanitarios de calidad, (Pacheco, 1995) en entornos saludables para las enfermeras.

Para lograr este objetivo único, es imprescindible que la supervisora responda a las necesidades de la enfermería. El personal clínico necesita estar seguro de que las enfermeras gestoras son sensibles a sus necesidades y que están en contacto con su trabajo (Ballein, 1998).

Según el modelo de Mayer, Davis, y Schoorman (1995), las características que determinan si una enfermera gestora es digna de confianza son, la capacidad, la benevolencia y la integridad. La capacidad se define como las habilidades y competencias que permiten a uno tener influencia dentro de un determinado dominio. La benevolencia se refiere al deseo del gestor de ser útil y que le pasen cosas buenas al subordinado. Actuar con integridad significa que el líder se adhiera a un conjunto de principios que sean aceptables para el subordinado (Rogers, 2005). Sin embargo, investigaciones realizadas en España, ponen de manifiesto que las enfermeras no confían en sus líderes (Celma, 2007).

De la investigación sobre el tema, se desprende que la confianza con el superior se relaciona con el buen funcionamiento de las Unidades de Enfermería, e incluso, que esta confianza influye indirectamente en la relación enfermera/paciente (Mullarkey, Duffy y Timmins, 2011). En esta misma línea, Vogus y Sutcliffe (2007) encontraron que la confianza de las enfermeras en sus supervisoras de unidad contribuía a menos errores de medicación.

Por último, otro reto que deben asumir las supervisoras en desempeño de su rol es el modelaje de las actitudes de las enfermeras relacionadas con la organización y con el trabajo (McGuire y Kennerly, 2006; Portoghese *et al.*, 2012), hecho fundamental, si se tiene en cuenta que las actitudes de las enfermeras a pie de cama están estrechamente vinculadas a indicadores de desempeño de los hospitales como la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente (Helmreich y Merrit, 1998, citado en Tangirala, Green, y Ramanujam, 2007, p. 309).

De estas actitudes que deben modelar las supervisoras, dependen también las respuestas al cambio y aceptación de nuevas innovaciones como la práctica basada en la evidencia por parte de las enfermeras (Rycroft-Malone *et al.* 2004; Manojlovich, 2005; Gifford *et al.* 2007), o la forma en que éstas comprenden y se comprometen con los cambios organizacionales (Coatsee, 1999;

Kiffin-Petersen y Cordery, 2003; Self, Armenakis y Schraeder, 2007; Jaros 2010). Por ello, directivos y supervisores deben ser los conductores del mismo; deben ser los “agentes del cambio”.

El camino para lograr un liderazgo eficaz, es que todos se sientan miembros del mismo equipo de trabajo. Los líderes deben promover un fuerte orgullo por trabajar todos juntos, formando parte de un equipo (McClelland y Burnham, 2004).

Cada vez existe mayor cantidad de literatura dedicada a demostrar cómo las supervisoras de enfermería, influyen en la práctica clínica y entornos laborales, y cómo estos factores influyen en los resultados del paciente y de la organización (Jones, Havens y Thompson, 2008). El mecanismo que conduce a los resultados en el paciente y la organización es, según Dolan, Martín y Soto (2004) el clima, ya que éste condiciona la conducta de los individuos que lo integran.

Por esta consideración, las conductas de las supervisoras van a tener más influencia en el bienestar de las enfermeras que las de los directivos más lejanos (Alimo-Metcalfe y Alban-Metcalfe, 2001).

Este contexto, puede ser uno de los elementos que justifique la necesidad de descentralizar la gestión en enfermería, de modo que las supervisoras de unidad sean la piedra angular y las protagonistas en la gestión de cuidados (Ayuso y Grande, 2006). El proceso deber comenzar porque los altos cargos directivos establezcan una dirección clara y definan el rol y la contribución que se espera de ellas (Tichy y DeRose, 2007); es necesario que la supervisora tenga una expectativa bien articulada sobre su rol. El problema estriba en que esto no se ha hecho, por lo cual, la sensación que se transmite es de indefinición (Kanter, 1982), lo que a su vez deriva en una dificultad en las enfermeras para identificar el trabajo de la supervisora y, lo que es peor, contribuye a crear una cultura de cuidar versus gestionar (Menezes *et al.*, 2008).

1.6. Enfoque relacional del liderazgo

Un aspecto del comportamiento de liderazgo investigado en otros sectores, pero poco en el sector del cuidado de la salud, incluye la perspectiva relacional que se da como consecuencia del intercambio líder-miembro (LMX) (Thompson *et al.*, 2011).

La relación con el superior, se ha desvelado últimamente como una variable de gran relevancia para comprender los comportamientos y actitudes de los individuos en las organizaciones (Liden, Wayne y Stilwell, 1993; Graen, Novak y Sommerkamp, 1982; Duchon, Green y Taber, 1986; Ansari, Hung y Aafaqi, 2007; Kinicki y Vecchio, 1994), hasta el punto de pensar que el éxito

empresarial depende en gran parte, de la calidad de las relaciones que los líderes establecen con sus colaboradores (Rodríguez, 2009), lo cual justifica el aumento de interés existente en el estudio de las relaciones de intercambio líder-miembro.

El inmediato superior se está considerando un elemento clave en la motivación de los miembros del equipo y en las actitudes que estos desarrollen hacia la organización. Los colaboradores suelen percibir al jefe directo como algo más que un representante de la organización, llegando a percibirlo como la personificación misma de la empresa (Eisenberger *et al.*, 2002), es decir, el colaborador toma al superior inmediato como el referente más cercano y directo de la organización, entendiendo que lo que ocurre entre ellos es el reflejo de lo que sucede en la organización en general. Esta circunstancia explica que la relación que surja entre ellos pueda condicionar en gran medida las percepciones que los empleados desarrollen de la empresa, pudiéndose verse afectado el compromiso (Liden, Wayne y Sparrowe, 2000; Nystrom, 1990; Lee, 2005).

Investigaciones anteriores enfatizan la implicación en el trabajo, la identificación con la organización, el compromiso organizacional y la satisfacción en el trabajo como importantes actitudes positivas de trabajo (Lee, 1971; Blau, 1985, 1986), evidenciándose relaciones entre la calidad del intercambio líder-miembro y estas variables de resultado (Gerstner y Day, 1997).

En el sector sanitario también se confirma que relaciones de alta calidad se relacionan con actitudes positivas de trabajo, concretamente en enfermería, al menos en otros países distintos a España (Cohen, 2006; Taunton, *et al.*, 1997). Del mismo modo, el intercambio líder-miembro también afecta a la hora de proporcionar entornos de trabajo de calidad, que en última instancia, mejora los resultados de la enfermera y de los pacientes (Squires, *et al.*, 2010).

La investigación sobre el liderazgo en las instituciones sanitarias ha ido avanzando y profundizando. Gilmartin y D'Aunno (2007), en una revisión de 60 estudios de liderazgo sanitario, informaron que el liderazgo estaba positiva y significativamente asociado a la satisfacción laboral individual, la rotación, y el rendimiento. Por su parte, Wong y Cummings (2007), en su revisión sistemática llegan a especificar que dentro del liderazgo enfermero, los estilos de liderazgo relacionales, son los que se asociaron, con un aumento de satisfacción del paciente y disminución de resultados adversos en los pacientes.

Del mismo modo, la habilidad de liderazgo de alta calidad de los gestores de enfermería afectó el creciente compromiso afectivo de las enfermeras (Cummings *et al.*, 2010; Cowden, Cummings y Profetto-McGrath, 2011). Por lo tanto, el desarrollo de las habilidades de liderazgo de los gestores de enfermería es importante para fortalecer el compromiso afectivo y mejorar el ambiente de trabajo.

En torno al liderazgo coexisten otras variables que según la literatura pueden moderar los resultados de la relación del líder y su subordinado y que por lo tanto, van a incidir también directamente o indirectamente en la calidad asistencial y en el bienestar del profesional enfermero como pueden ser el apoyo por parte de los líderes (Paquet *et al.*, 2013), el empoderamiento del personal enfermero (Laschinger, Finegan y Shamian 2001; Laschinger, Finegan y Wilk 2009; Manojlovich y Laschinger 2002) o el apoyo organizacional (Laschinger *et al.*, 2006).

La relación supervisora-enfermera se enmarca en un contexto en el que coexisten diversos factores que es interesante analizar. Uno de ellos es la carga de trabajo aumentada a la que se enfrentan las supervisoras hoy en día, como resultado, entre otros factores, de grandes tramos de control (número de personas que reportan directamente a ella), lo cual produce que se vea reducida su visibilidad y la disponibilidad de apoyar y asesorar al personal de enfermería (Patz, Biordi y Holm, 1991). Este ambiente de trabajo ha llevado a la frustración de enfermeras y supervisoras, amenazando la calidad de sus relaciones de trabajo, factor que ya se ha dicho, es esencial para un buen desempeño de la enfermera (Laschinger, Purdy y Almost, 2007). Es necesario tener en cuenta además, que la misma supervisora puede supervisar de forma eficaz muchas menos enfermeras si el trabajo es interdependiente y deben interactuar con frecuencia para conseguir los objetivos de la unidad u hospital (Gillies, 1994).

Otro factor que puede afectar a la calidad de la relación entre supervisora y enfermera es la influencia hacia arriba y lateral que tenga la supervisora de cara a beneficiar a las enfermeras, obtener recursos necesarios, proteger a las enfermeras de exigencias poco razonables, facilitar el trabajo en equipo y representar eficazmente sus intereses (Yukl, 2008).

Así mismo, para que la supervisora realice su función de forma eficaz es necesario que esté motivada en su puesto. Sin embargo en un artículo de Harvard Business Review, titulado "El mito del Directivo bien formado" (Sterling Livingston, citado en Mintzberg, 2005, p. 28) se argumentaba que muchas personas que aspiran a posiciones directivas carecen de la "voluntad de dirigir". No están motivadas para dirigir. Están motivadas para ganar sueldos más elevados, tener turnos fijos, alcanzar un estatus más alto... Es otra razón por la cual el liderazgo puede ser ineficaz.

De cualquier forma, los estudios demuestran que los líderes son importantes dado que, las organizaciones con líderes fuertes y efectivos en todos los niveles, logran mejores resultados (Ulrich y Smallwood, 2007).

1.7. Sanidad pública. Sistema Nacional de Salud en España

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, son varios los motivos por los que se ha de ser cauteloso al pensar que esta evidencia se pueda trasladar a nuestras organizaciones sanitarias y concretamente, a las enfermeras obteniendo los mismos resultados. Uno de estos motivos es que, la mayor parte de la investigación se ha realizado en empresas privadas, y nuestro Sistema Nacional de Salud se nutre principalmente de centros públicos, y con un servicio enfermero que también es público. Esta circunstancia puede tener connotaciones importantes.

Las organizaciones públicas han de gestionar los servicios que tienen confiados y orientar su acción hacia los ciudadanos, que son los destinatarios de estas prestaciones. Por servicios públicos se entiende "el conjunto de acciones de gestión que tienen por objeto desarrollar los fines del Estado y que éste debe garantizar para satisfacer el interés general" (HayGroup, 2006, p. 468).

Según Friederikson (citado en Mompert, 2003, p. 45 y en Pacheco, 1995, pp. 53-54) la enfermería tiene característica de servicio público y, por tanto, se relaciona con la administración pública por tres motivos importantes: a) las enfermeras actúan para conservar la salud (bien público), b) trabajan en su mayoría en instituciones de servicio público y, c) la prestación de cuidados de enfermería está avalada legalmente por una titulación académica universitaria sometida a regulación estatal.

Para conseguir la efectividad/eficiencia que se requiere a la hora de prestar los servicios públicos demandados por los ciudadanos, el grupo directivo es una herramienta imprescindible al igual que en las empresas privadas.

Como punto de partida se podría plantear la misma pregunta que se plantearon Milner y Joyce (2005, citado en Martínez y Morales, 2011, p. 226): ¿es posible hablar de liderazgo en los servidores públicos? En principio la pregunta parecía tener una respuesta negativa, ya que se esperaba que los directivos públicos gestionaran con eficacia las prestaciones públicas; sin embargo, después de sus investigaciones y admitiendo que la investigación sobre liderazgo y gestión directiva en las administraciones públicas es incipiente, concluyeron que "resulta difícil llevar a cabo las (supuestas) tareas de gestión que se les encargan a dichos servidores sin poner en marcha acciones de liderazgo" Milner y Joyce (2005, citado en Martínez y Morales, 2011, p. 229).

Desde esta perspectiva, es exigible el liderazgo como una cualidad imprescindible para las personas que ocupan puestos directivos en las instituciones públicas. Es necesaria la búsqueda del estilo directivo óptimo y eficaz que permita a la Administración Pública, como cualquier otra organización del sector privado, gestionar y conseguir las metas al menor coste. De este modo, se fortalecerá la Administración y se contribuirá a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional

de Salud. Parece probable con estos argumentos, que el éxito del futuro directivo público pase por tener un liderazgo apropiado y la actitud requerida para el puesto que va a desempeñar.

Bozeman (1993) afirmó que las organizaciones del sector público, entre las que se encuentran las sanitarias, estaban caracterizadas por un alto nivel de normas y procedimientos administrativos muy estrictos, lo cual tenía un efecto negativo en el rendimiento. Años más tarde, Boyne (2002) encontró apoyo a este testimonio en una revisión sistemática de la literatura, ratificando la afirmación de que las organizaciones públicas son más burocráticas que las organizaciones privadas.

La burocracia se define por la especialización (división del trabajo), la normalización (existencia de procedimientos) y la formalización (las reglas, los procedimientos, las instrucciones y las comunicaciones quedan escritas), y según Crozier (1964, citado en Mintzberg, 2002, p. 121) existen 4 puntos que la guían:

1. Aplicación de reglas al total de actividades, que sirve para destruir la relación de dependencia entre supervisora y enfermera. Al tener que aplicar las mismas reglas a todos por igual, existe la perversión del “café para todos”.
2. Las decisiones que no están detalladas en las reglas, se toman fuera del núcleo de operaciones, es decir, de las enfermeras a pie de cama en este caso. De este modo, se produce la separación entre el poder de decisión y los conocimientos necesarios para utilizarlo.
3. Un sistema de comunicación rígido, debido a las presiones de los grupos de compañeros dentro de los niveles jerárquicos, lo que merma las interacciones entre dichos niveles.
4. Las normas y la autoridad central no consiguen controlar todo, por lo que se desarrollan relaciones informales de poder.

Como consecuencia de ello las organizaciones públicas sanitarias, caracterizadas por ser burocráticas, se definen por estructuras jerárquicas, especialización funcional, funciones ambiguas, procedimientos muy detallados, dificultad para medir el rendimiento y el carácter funcional del vínculo que une a los trabajadores y la organización entre otros elementos. Es decir, rígidos sistemas de decisión que responden ineficaz y lentamente a las necesidades de adaptación y cambio (Ortún, 2003) y, que muchas veces, están “diseñados para garantizar la previsibilidad y la seguridad profesional” (Harvard Business School Press, 2006, p. 83).

Ni la formalización, ni la burocracia “per se” tienen nada de malo. Las dificultades aparecen, y la palabra burocracia adquiere un sentido peyorativo, cuando la institución se inclina demasiado hacia esa dirección, convirtiéndose en una organización impersonal e inflexible y con directivos distantes y aislados (Mintzberg, 2005).

Con el profesional funcionario o contratado ha nacido lo que Mintzberg ha denominado “una nueva burocracia profesional” (Errasti, 2008). Esta estructura es muy frecuente en los hospitales y universidades y depende de las habilidades y conocimientos de sus profesionales de primera línea para funcionar, ya que estas organizaciones producen productos o servicios normalizados (Mintzberg, 1991).

Aunque en los hospitales esta estructura afecta preferentemente a los médicos, las enfermeras muestran la misma insatisfacción por la falta de perspectivas futuras y por los cambios que se han dado y se están dando en el desempeño de su trabajo (Errasti, 2008).

Un problema que presenta la estructura de burocracia profesional es la dificultad que se tiene para hacer frente a los profesionales inconscientes o incompetentes. Con los incompetentes lo único que se puede hacer es mejorar los procesos de selección. Con los profesionales inconscientes, los que se niegan a actualizar sus habilidades una vez conseguido el título, el problema es mucho más grave (Mintzberg, 2002). En las organizaciones públicas esta situación se empeora con el sistema de mérito, ya que incorpora un conjunto de restricciones a la libertad de decisión de los titulares de la Administración. Este sistema implica que cuando el candidato supera las pruebas objetivas, su estabilidad profesional es muy alta, ya que únicamente podrá ser apartado del servicio/cargo, si su trabajo estuviera dispuesto en alguna de las causas que la Ley hubiese previsto como rechazable (HayGroup, 2006).

Las características del personal que trabaja en las organizaciones públicas, entre las que se encuentran las enfermeras de los hospitales públicos, se pueden resumir en las siguientes: trabajo fijo de por vida, no someterse a evaluaciones periódicas, gran flexibilidad para la asistencia a cursos, congresos y otros eventos, mejora económica según aumente la antigüedad en la organización, mediante los trienios y la carrera profesional... Pese a estas condiciones, hay un desapego generalizado por parte de las trabajadoras, muchas profesionales no consideran que trabajen para una empresa, no tienen sentimiento de pertenencia a una organización (López del Val y Arenas, n.d.). La motivación de estos profesionales, muchas veces queda limitada a conservar el trabajo. No hay necesidad de pretender algo mejor, lo que conduce a un rendimiento deficiente (Kanter, 2006).

Una de las posibles causas de esta situación pudiera ser la falta de confianza que existe en las organizaciones burocráticas entre los colaboradores directos y los directivos. Como consecuencia, las personas invierten grandes cantidades de energía en tratar de protegerse de los demás (Blanchard, 2007). Esta pérdida de energía, no sería necesaria si existiera confianza.

Blair y Stout (1999), definen la confianza como la facultad de hacerse uno mismo vulnerable ante otro, en la creencia de que este último no se aprovechará de ello.

Mayer, Davis y Schoorman (1995) la definen como “la voluntad de ser vulnerable a otra persona cuando esa parte no puede ser controlada o monitorizada”.

La confianza organizacional también puede ser vista como la creencia de que un empleador será sincero y seguirá adelante con sus compromisos (Gilbert y Tang, 1998).

A partir de las diversas definiciones de confianza, Hernández *et al.* (2014), adaptándola al sector sanitario, la definen como: “un proceso dinámico en el tiempo en el que los profesionales de la salud llegan a tomar decisiones que impliquen creer o sentir que el líder actuará favorablemente hacia ellos”.

De todas las definiciones se extraen elementos de riesgo, expectativas positivas sobre el comportamiento de otro, vulnerabilidad...

La confianza es un valor que los directivos tienen que ganarse de sus empleados, es un ingrediente imprescindible para construir relaciones interpersonales, hasta tal punto que Malloch (2002), establece la metáfora de que la confianza es el pegamento emocional que une a líderes y empleados. De hecho, la confianza es uno de los elementos que definen Intercambios Líder-Miembro de alta calidad. Sin embargo, Goleorkhi (2006) es categórico al afirmar que existe un deterioro de la confianza en las organizaciones. Delgado y Delgado (2003) van más lejos al afirmar que existe una falta de liderazgo basado en los principios que construyen confianza en las organizaciones.

2

LIDERAZGO

2.1. Definición de liderazgo

Los líderes existen en todas las sociedades y son indispensables para el funcionamiento de las organizaciones. Quizás sea este el motivo por el cual en la investigación de las organizaciones, el liderazgo es una variable a la cual se ha concedido mayor importancia (Morales y Molero, 1995, citado en Castro, Becerra y Lupano, 2006). Esta idea ya había sido recogida por Bennis (1959, PP. 259-260, citado en Palomo, 2007, p. 19), a mediados del siglo pasado, expresándolo de esta forma:

... De entre todas las áreas oscuras y confusas en psicología social, la del liderazgo lucha indudablemente por alcanzar el primer puesto. E, irónicamente, probablemente sea el Liderazgo, más que cualquier otro tópico en ciencias sociales, el tema del que más se ha escrito, pero sobre el que menos se conoce...

Actualmente se considera que el liderazgo es un constructo muy complejo y que, como cualquier otro fenómeno psicológico, se encuentra multideterminado (Castro y Minervino, 2007). Este puede ser el motivo por el que Cronin (1990, en Pariente, 2009, p. 181) afirma:

... el liderazgo es todavía difícil de definir y aún más difícil de cuantificar, porque es parte propósito, parte proceso y parte producto; parte el por qué y parte el cómo; parte artístico e intuitivo y, sólo en parte, un asunto administrativo.

Del mismo modo, según Bass, (1990) el liderazgo ha sido concebido desde varias perspectivas: como el arte de inducir a la sumisión, como un comportamiento persuasivo, el líder como el núcleo de los procesos grupales, como un proceso de influencia, el líder como una persona con personalidad impactante, como un proceso de atribución o como expresión de determinadas conductas, entre otras.

Este puede ser el origen de que, a pesar de que el estudio científico del liderazgo comenzó a principios del siglo XX, hasta el momento no haya una definición específica y ampliamente aceptada del mismo, teniendo múltiples enunciados, formulados por cada una de las personas que lo han estudiado y que han intentado precisar el concepto (La Monica, 1994; Lindgren, 1990).

En un primer acercamiento al tema, el Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española (2014), define el término "liderazgo" como una "situación de superioridad en que se halla una empresa, un producto o un sector económico, dentro de su ámbito". En otra acepción, nos indica que es la condición de líder. Al buscar la palabra líder, nos dice que proviene del inglés "leader", guía y que define como "persona que dirige o conduce un partido político, un grupo social u otra colectividad".

Otras definiciones de autores investigadores sobre liderazgo son:

El liderazgo puede ser considerado como el proceso de influenciar las actividades de un grupo organizado en sus esfuerzos hacia el establecimiento y logro de metas (Stodgill, 1950).

Koontz, O'Donnell y Wehrich (1988), lo entienden como la influencia, el arte o el proceso de influir sobre las personas para que estas intenten, con buena disposición y entusiasmo, lograr metas de grupo.

El liderazgo es una interacción entre dos o más miembros de un grupo que frecuentemente involucra una estructuración o re-estructuración de la situación y las percepciones y expectativas de los miembros. Los líderes son agentes de cambio, personas cuyos actos afectan a otras personas más que lo que otras personas pueden afectarles. El liderazgo ocurre cuando un miembro del grupo modifica la motivación o competencias de otros en el grupo (Bass, 1990)

Para Kotter (1990a), el liderazgo es el proceso de llevar a un grupo en una determinada dirección, fundamentalmente por medios no coercitivos.

Hogan, Curphy y Hogan (1994), lo definen como la capacidad para crear y mantener un equipo eficaz. Aquél que es capaz de hacerlo mejor que su propia capacidad.

Chiavenato (1994), sostiene que el liderazgo es la influencia interpersonal ejercitada en una situación, orientada a la consecución de objetivos específicos mediante el proceso de comunicación humana. Es un acontecimiento que ocurre exclusivamente en grupos sociales.

Stoner, Freeman y Gilbert, (1996) definen el liderazgo como la habilidad de convencer a los demás para que busquen con entusiasmo el logro de los objetivos definidos.

El liderazgo es el proceso de influir en las actividades de un individuo o grupo en los esfuerzos por alcanzar una meta en cierta situación (Hersey, Blanchard, y Jhonson, 1998).

Robbins (1998) define liderazgo como "la capacidad de influir en el grupo para que logre las metas".

El liderazgo es el proceso por el cual una persona tiene la capacidad de influir y motivar a sus seguidores de modo que contribuyan al logro de los objetivos establecidos y al éxito del proyecto organizacional (House et al., 2002).

McDougle (2006) argumenta que liderazgo son acciones de influencia y dirección sobre el desempeño de otros, para la consecución de los fines de la organización.

Para Castro y Lupano (2007) el liderazgo es un proceso natural de influencia entre una persona y sus seguidores. El liderazgo es esencialmente un proceso atributivo en el que la esencia del mismo es ser percibido como líder por los demás.

Para McDougale (2006), el liderazgo se define como acciones de influencia y dirección sobre el desempeño de otros para la consecución de los fines de la organización.

Si centramos la atención en los elementos o características comunes que están presentes en la mayoría de las definiciones de los expertos en el tema, destacan los siguientes (Haslam, Reicher y Platow, 2011; HayGroup, 2006):

- a) Es un proceso que se localiza en el centro de los procesos grupales. No en algo que el individuo tiene, sino algo que hace.
- b) Supone influencia sobre los subordinados, por tanto no es algo que una persona puede hacer sola. Involucra a otras personas, pero no tiene nada que ver con el poder descarnado. El liderazgo existe cuando el líder influye en el comportamiento, acciones, opiniones... de los seguidores.
- c) Tiene lugar en el contexto de un grupo, es decir, es un fenómeno grupal. La prueba de la existencia del liderazgo no se halla en el liderazgo de los líderes, sino en el seguimiento de los seguidores. Sólo hay líder si hay seguidores.
- d) Supone la consecución de unas metas colectivas. Es necesario que exista un objetivo.
- e) Es un fenómeno de atribución. El liderazgo aparece cuando los seguidores le atribuyen el estatus de líder.

Para Yukl y Van Fleet (1994, citado en Gorriti, 2009, p. 8) los criterios que definen el liderazgo son: a) en qué medida los colaboradores hacen bien su trabajo y consiguen los objetivos; b) en qué medida el líder influye sobre las variables que afectan a la productividad de los colaboradores; c) Cuál es el grado de satisfacción de los colaboradores con su líder; d) Cuál es el nivel de compromiso de los colaboradores con las proposiciones del líder; e) cuál es la contribución del líder a los procesos grupales.

A pesar de que el liderazgo es uno de los constructos más estudiados en la literatura de dirección y gestión empresarial, y que nadie duda de su existencia e importancia, existen preguntas que son difíciles de responder ¿Qué hace un líder?, ¿Qué es liderazgo?, ¿Qué competencias, aptitudes o habilidades convierten a un directivo en líder? Esta dificultad estriba, sobre todo, en que el propio liderazgo está continuamente en proceso de cambio (Harvard Business School Press, 2006)

Apoyando esta línea, un estudio realizado por el CCL (Center for Creative Leadership), concluyó que la definición de liderazgo efectivo ha cambiado últimamente y que cambiará más en los próximos años, cuando las "técnicas blandas" de desarrollar relaciones, colaboraciones y gestión del cambio adquieran mayor importancia (Alexander, 2007).

2.2. Líder vs gestor

Aun existiendo abundante literatura en la que se trata la diferencia entre liderazgo y gestión o líder y gestor, la distinción entre estos conceptos es aún difusa. Algunos autores como Bennis y Nanus, (1985) afirman que liderazgo y dirección son procesos tan cualitativamente diferentes entre sí, que hasta llegan a ser excluyentes. La máxima de que determinadas personas son directivos y otras son líderes queda reflejada en su famosa frase "los administradores hacen correctas las cosas, mientras que los líderes hacen las cosas correctas" (Bennis y Nanus, 1985, p. 21).

Para otros reconocidos expertos en el tema, el liderazgo es, o debería ser, una actividad fundamental del gestor en las organizaciones modernas (Drucker, 1955; Mintzberg, 1975). Autores de esta línea de pensamiento afirman que, liderazgo y dirección, deben estar presentes en quienes gestionan grupos de personas en las organizaciones (De José, Danvila y Martínez – López, 2011).

Para Mintzberg (2005, p. 18), "la dirección sin liderazgo es estéril; el liderazgo sin dirección está desconectado y fomenta la fatuidad". Uno de los diez roles, el más importante, que este autor asigna a los directivos, es el liderazgo, entendiéndolo que en el desempeño de este rol, debe definir el clima de la organización así como definir los objetivos organizacionales (Mintzberg, 1983). Este pensamiento es compartido por Kotter (1990b, p. 6); en su investigación queda claro, que cualquier combinación distinta a la existencia de un liderazgo fuerte y una gestión directiva bien desarrollada, puede producir resultados insatisfactorios. Un liderazgo fuerte sin una adecuada gestión directiva, podría llevar a la organización a desaparecer por seguir las directrices de un "mesías" con una visión esotérica de futuro y que realiza cambios incluso innecesarios; una gestión directiva apropiada sin liderazgo fuerte, podría suponer la extinción de una organización inmersa en un ambiente burocrático y competitivo, tanto en el sector público como el privado.

De una manera u otra, para lo que sí existe práctica unanimidad, es para aceptar que son dos acciones distintas, describiendo cada especialista las diferencias en el tema.

Warren Bennis, establece estas diferencias entre liderazgo y dirección de forma gráfica como se muestra en la tabla 1:

GESTOR	LÍDER
Administra	Innova
Es una copia	Es un original
Conserva	Desarrolla
Se concentra en sistemas y estructura	Se concentra en las personas
Se vale del control	Inspira confianza
Tiene una visión a corto plazo	Tiene una perspectiva a largo plazo
Pregunta cómo y cuándo	Pregunta qué y por qué
Siempre fija la vista en los beneficios	Mira al horizonte
Imita	Origina
Acepta el "statu quo"	Lo desafía
Es el clásico buen soldado	Es la persona que no depende de nadie
Hace las cosas bien	Hace las cosas que se deben hacer

Tabla 1: Diferencias entre gestor y lider según Warren Bennis ((Hay Group, Factbook Recursos Humanos, 2006, pp. 605-606).

Zaleznik (2004) delega a los gestores los papeles más mecánicos y rutinarios del proceso, dejando que los líderes se ocupen de la visión. En los procesos de cambio, los gestores realizan el control de los avances y de la resolución de problemas, mientras que los líderes se centran en la dirección del cambio.

Yukl (2008) afirma que mientras los gestores valoran la estabilidad, el orden y la eficiencia, los líderes toman en consideración la adaptación, la innovación y la flexibilidad. Los gestores definen cómo llevar a cabo las tareas y forman a las personas para que las realicen de forma adecuada, intentando con ello, mejorar el desempeño de los colaboradores. Los líderes sin embargo, se preocupan por el sentido de las cosas, por las necesidades de las personas que integran su equipo y además hacen que participen en la toma de decisiones.

Para Kotter (citado en Llopis y Ricart, 2012, pag. 16), dirección y liderazgo se complementan. Según este autor, líder es el que genera el cambio, el que tiene la visión, el que define la dirección a seguir, el que alinea a la gente para que le siga, el que motiva, compromete e inspira a la organización. Gestor es el que ordena lo existente, el que organiza, el que lleva el día a día, el

que controla y resuelve problemas. Kotter (citado en De José, Danvila y Martínez-López, 2011, p. 41), concluye que el liderazgo sobrepasa a la gestión ya que el líder, además de las competencias del directivo, debe tener visión estratégica, reputación, conocimientos de su área, alta motivación y energía, honestidad...

2.3. Teorías de liderazgo

El liderazgo es reconocido por la mayoría de los autores como un fenómeno universal (Bass, 1990) abarcando un variado y amplio número de teorías.

Pese a esta universalidad, el interés de las ciencias sociales por los líderes en el ámbito organizacional, no surge hasta las primeras décadas del siglo XX (House y Aditya, 1997), con las investigaciones de Lewin, Lippit y White (1939) en grupos de niños, demostrando que el líder podía influir en la satisfacción y el rendimiento de los miembros de un grupo a través del manejo del clima organizacional.

A lo largo de las décadas de estudio sobre liderazgo, las clasificaciones del mismo se han realizado habitualmente teniendo en cuenta el foco principal donde se ha centrado la teoría. El abordaje más antiguo sobre el liderazgo estuvo relacionado con las características personales e invariables de los individuos de dicha cualidad, es decir, el liderazgo es un rasgo de la personalidad. A continuación, la aproximación al tema fue ver el liderazgo como un conjunto de conductas específicas que exhibe el líder. Posteriormente, el enfoque que dominó las teorías de este concepto se centró en las condiciones contextuales en las que se ejerce el liderazgo. Como nos expone Yukl, (2008), el paradigma que domina el estudio del liderazgo evoluciona desde los modelos más estáticos basados en los rasgos de los líderes, pasando por los modelos conductuales, hacia modelos situacionales en los que ya se toma en cuenta para su análisis las variables del ambiente y de la persona.

Más tarde, y hasta la actualidad, aparecen otros acercamientos teóricos de liderazgo que ponen el énfasis en distintos aspectos, tales como la interacción diádica entre líder-seguidor, la importancia de las emociones como base de la influencia en el proceso de liderazgo, en las percepciones, nuevamente en el carisma, en el procesamiento de la información... En general, se presta cada vez más atención a los procesos de relación y comunicación que tienen lugar entre el líder y su colaborador y a los procesos grupales, proporcionando consideración a la eficiencia y productividad, pero también ahora a la satisfacción laboral (March, 2014).

Tomando como base la clasificación que realiza Bass (1990), sobre la evolución del concepto del liderazgo, se pueden diferenciar las distintas etapas, e incluir en cada una de ellas las siguientes teorías:

- 1900-1930: se conceptualiza al líder como un hombre excepcional, que nace más que se hace.

Teorías del gran hombre

- 1930-1940: se estudia como emerge el líder dentro de grupos concretos. Se investiga las características de los grupos que permiten que surjan líderes.

Estilos de liderazgo de Lewin, Lippitt y White: Estos autores fueron pioneros en estudiar los efectos del comportamiento del líder en un grupo (Lewin, Lippitt, y White, 1939).

- 1940-1950: se intenta dar respuesta a la pregunta: ¿tienen los líderes como factor diferencial unos rasgos de personalidad específicos?

Teorías de los rasgos. Intentan describir las cualidades que conducen a ser un líder efectivo (Terman, 1904).

- 1950-1960: se pretende dar solución al interrogante: ¿existen como factor común propio entre los líderes unos comportamientos determinados?

Estudios de la Universidad de Ohio. Tratan de identificar las dimensiones en la conducta de los líderes (Koman, 1966).

Estudios de la Universidad de Michigan. Igualmente tratan de examinar las características de conducta de los líderes (Katz, *et al.*, 1951).

Teoría de los cuatro factores explicativos de las conductas de liderazgo de Bowers y Seashore. Establece cuatro factores para explicar las conductas de liderazgo (Bowers y Seashore, 1966).

Modelo de Likert. Propone una supervisión basada en el empleado y no en la tarea como era habitual en su época (Likert, 1965).

Modelo de Rejilla Gerencial de Blake y Mouton. Diagrama que permite medir el interés del líder por las personas y por la tarea. Define cuatro estilos de liderazgo extremo y un estilo medio (Blake y Mouton, 1964).

Teoría X Teoría Y de McGregor. El comportamiento del líder hacia sus subordinados depende de lo que éste piense de ellos (McGregor, 1996).

- 1960-1980: liderazgo situacional. Cada situación requiere de un tipo específico y distinto de líder.

Teoría de Tannenbaum y Schmidt: el continuo de la conducta del líder. Basándose en las dimensiones de orientación a relaciones o a tareas, se definen siete tipos de liderazgo (Tannenbaum y Schmidt, 1958).

Teoría de la contingencia de Fiedler. Propone que el éxito del líder depende de su estilo de liderazgo y las características de la situación (Fiedler y Chemers, 1985).

Modelo de liderazgo participativo de Vroom y Yetton. Identifica cinco estilos de liderazgo basados según el grado de participación del subordinado (Vroom y Yetton, 1973, citado en Lupano y Castro, 2006).

Modelo de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard. Plantea que el líder debe tener un estilo de liderazgo flexible, según la situación y las condiciones de sus colaboradores (Hersey y Blanchard, 1969).

Teoría del Path Goal de House & Mitchell. Es una mezcla de los enfoques conductuales tradicionales con los estudios de la motivación de ese momento. El comportamiento del líder consiste en facilitar la ruta o metas para que el subordinado alcance sus objetivos en el trabajo (House, 1996).

- 1980-hoy: liderazgo y excelencia. Intento de síntesis de todos los componentes que influyen en un liderazgo que lleve a una empresa hasta la excelencia.

Liderazgo relacional: Teoría del Intercambio Líder-Miembro (Leader-Member Exchange). Destaca la relación que tiene lugar entre el líder y el subordinado. (Dienesch y Liden 1986)

Liderazgo transformacional: pone el acento en la labor del líder de hacer trascender a los subordinados a sus propios intereses en favor del bien colectivo (Bass, 1985).

Teoría de la atribución de liderazgo. Considera que el liderazgo es una atribución que los individuos asumen acerca de otras personas (Kreitner y Kinicki, 1997).

En la tabla 2 se resumen las teorías anteriormente comentadas.

1900-1930	Enfoque del hombre excepcional	Teorías del gran hombre
1930-1940	El líder en los grupos	Estudios de estilos de liderazgo
1940-1950	Enfoque de los rasgos	Teorías de los rasgos
1950-1960	Enfoque conductual	Estudios de la Universidad de Ohio Estudios de la Universidad de Michigan Teoría de Bower y Seashore Modelo de Likert Modelo de Rejilla Gerencial de Blake y Mouton Teoría X y Teoría Y de McGregor
1960-1980	Enfoque situacional	Teoría de Tannenbaum y Schmidt Teoría de Fiedler Modelo de Vroom y Yetton Modelo de Hersey y Blanchard Teoría de House & Mitchell
1980- hoy	Enfoques contemporáneos	Liderazgo relacional: Teoría LMX Liderazgo transformacional Teorías de atribución del liderazgo

Tabla 2: Evolución de los enfoques del liderazgo (adaptado de Bass, B., 1990, pp. 116-164)

Como puede observarse, hasta la década de los ochenta del siglo pasado, las teorías se centraban principalmente en la persona del líder, posteriormente aparecen otras aproximaciones teóricas que se centran en otros elementos. Uno de estos nuevos enfoques es el relacional, en el que como su nombre indica, el foco para el estudio del liderazgo se centra en la relación. En esta perspectiva se encuentra enmarcada la teoría del intercambio líder-miembro, a partir de ahora LMX, derivado de la traducción Leader-Member Exchange (LMX).

La teoría del LMX es la piedra angular de esta investigación, siendo la variable dependiente del estudio, la calidad de la relación que tiene lugar entre la supervisora de las unidades de trabajo de enfermería y la enfermera.

Dado que el intercambio supervisora-enfermera, es el constructo central en la investigación propuesta, en la siguiente sección se explora la teoría del Intercambio Líder Miembro, más detalladamente.

3

TEORÍA DEL INTERCAMBIO LÍDER-MIEMBRO (LMX)

3.1. Teoría del Intercambio Líder-Miembro (LMX)

La Teoría del Intercambio Líder-Miembro (Leader-Member Exchange), es desarrollada por Graen y sus colegas (Cashman *et al.*, 1976; Dansereau, Cashman y Graen, 1973), teniendo sus raíces en la Teoría del Nexo Vertical Diádico (Vertical Dyad Linkage), llamada así por su enfoque en las relaciones en las que una persona tiene autoridad directa sobre otra y distinguiéndose de otras teorías de liderazgo por su énfasis en la relación diádica entre un líder y un miembro (Kim, Lee y Carlson, 2010).

Esta teoría surge a mediados de los 70 del siglo pasado, como crítica o como alternativa a los enfoques prevalecientes del liderazgo en ese momento (conductuales y situacionales), que asumían el liderazgo como un estilo general del comportamiento del líder con sus colaboradores (Average Leadership Style) (Tordera y González-Romá, 2011), es decir, asumían que los líderes trataban a todos los colaboradores de la misma forma (Schriesheim, Castro, y Cogliser, 1999).

Cuestionando este punto de vista, la premisa básica del LMX es el concepto de diferenciación por el que los líderes establecen relaciones de liderazgo diferenciadas con cada uno de sus colaboradores directos dentro de la unidad de trabajo (Graen, Liden, y Hoel, 1982; Graen y Scandura, 1987), postulando además, que la naturaleza y la calidad de estas relaciones que con el tiempo se forman entre el líder y el seguidor, afecta de forma relevante a las actitudes y comportamientos del líder y del miembro (Liden, Sparrowe y Wayne, 1997; Liden *et al.*, 2006).

Para describir la base motivacional del desarrollo de los intercambios entre supervisor y colaborador y los vínculos entre los procesos de liderazgo y resultados como rendimiento y civismo, la teoría LMX se arraigó originalmente en la teoría de rol (Kahn, *et al.* 1964), pero ha evolucionado hacia una dependencia mucho más alta de la teoría del intercambio social (Kamdar y Van Dyne, 2007; Liao, Liu, y Loi, 2010).

La teoría del intercambio social argumenta que los lugares de trabajo son entornos colectivos donde los trabajadores interactúan constantemente entre sí (D' Amour *et al.* 2005), y que son las relaciones de intercambio social, las que constituyen la trama misma de la vida de la organización (Blau, 1964; Gouldner, 1960), destacando las relaciones con el supervisor inmediato y con la organización como las más relevantes (Masterson, *et al.*, 2000).

De acuerdo con la teoría del intercambio social, cada parte debe ofrecer algo que la otra parte vea como valioso. Se determina que la transacción es justa o equitativa, cuando el líder proporciona recursos de una manera que es percibida por el colaborador como beneficiosa. De esta forma, el receptor ve la relación de manera positiva y se siente obligado a corresponder a través de un mayor esfuerzo y compromiso (Cropanzano, Prehar y Chen, 2002). Estas transacciones sociales incorporan tanto los beneficios materiales como psicológicos, incluyendo el estatus, la lealtad y la aprobación (Yukl, 2008).

Lo importante por tanto, en la teoría del intercambio social, es el concepto de obligaciones no especificadas. Cuando una persona hace un favor a otra, hay una expectativa de algún retorno futuro, aunque exactamente cuándo ocurrirá y en qué forma es, a menudo, confusa. (Blau, 1964; Gouldner, 1960; Rousseau, 1989).

El constructo de LMX ha evolucionado considerablemente desde sus orígenes y se conceptualiza como un proceso a través del cual las relaciones de trabajo entre supervisores y empleados se negocian con el tiempo a través de una serie de interacciones o intercambios entre ellos (Gerstner y Day, 1997; Graen y Scandura, 1987; Graen y Uhl-Bien, 1995). La naturaleza de esta relación diádica, líder-colaborador, se desarrolla a través del proceso de la toma de rol, como socios que establecen los productos de valor en su proceso de intercambio (Bauer y Green, 1996).

La calidad de la relación que líder y miembro forman, sobre la base de su compatibilidad personal y competencia o fiabilidad del colaborador, se puede describir utilizando varios indicadores de calidad o monedas de cambio (Liden y Maslyn, 1998). De esta manera, las relaciones varían desde algo próximo al concepto de "asociación", hasta algo parecido a un "supervisor". Las primeras son llamadas de alta calidad y están caracterizadas por intercambio de comportamientos extracontractuales. El concepto "supervisor" representa relaciones de baja calidad definidas por intercambio de comportamientos únicamente contractuales caracterizados por una influencia jerárquica y relaciones definidas por el rol. (Dansereau, Graen, y Haga, 1975; Liden y Graen, 1980).

Dienesch y Liden (1986) consideran que son tres las dimensiones que comprenden una relación de alta calidad y que actúan como "moneda de cambio". La primera es la contribución, que se define como el grado de esfuerzo relacionado con el trabajo realizado. La segunda, la lealtad, que es la demostración pública de ayuda en la relación líder-miembro. La tercera, el afecto, que se describe como la relación interpersonal en la diada líder-miembro, la simpatía mutua que ambas partes se profesan.

Posteriormente, Liden y Máslyn (1998) añaden el respeto como cuarta dimensión, entendiéndolo como el reconocimiento y la admiración del valor de la otra persona por sus habilidades especiales o únicas. El respeto también contiene la cualidad de mostrar consideración y tener en gran estima a la otra persona.

En resumen y de acuerdo con Wech (2002), las diferentes relaciones entre supervisores y subordinados se desarrollan para reflejar el nivel conseguido de confianza y respeto mutuo.

Se ha utilizado toda una variedad de términos para describir estas dos situaciones, siendo muy utilizado el que diferencia entre miembros "in-group", para referirse a los miembros que tienen relaciones de alta calidad y llamados "asistentes de confianza" y miembros "out-group" para

describir a los miembros que mantienen intercambios de baja calidad, denominados "asalariados" (Dansereau, Graen, y Haga, 1975). En el in-group los subordinados realizan su trabajo de acuerdo a los deseos de los líderes, y los supervisores pueden contar con ellos como voluntarios para un trabajo y responsabilidades extra (Dienesch y Liden, 1986). En el out-group los subordinados tienden a evitar actividades voluntarias y es menos probable que se ajusten a los deseos de sus líderes (Deluga, 1998).

La calidad del LMX está relacionada con la cantidad de recursos que los empleados reciben de sus supervisores inmediatos, así como del valor percibido de los bienes intercambiados (Wayne, Shore y Liden, 1997). Esto es, los subordinados con relaciones LMX de alta calidad reciben recursos socio- emocionales/psicológicos más valiosos de sus supervisores que los colaboradores con relaciones de menor calidad (Sparrowe y Liden, 2005). Los colaboradores con alta calidad en el LMX, perciben que los líderes confían en ellos y les dan retroalimentación (Dienesch y Liden, 1986), les ayudan con tareas desafiantes (Liden y Graen, 1980) y les ofrecen mayores niveles de apoyo (Duchon, Green y Taber, 1986). Sin embargo, las relaciones de baja calidad en el LMX, se caracterizan por bajos niveles de confianza, un apoyo limitado, y feedback poco frecuentes (Dienesch y Liden, 1986; Gerstner y Day 1997).

Cuando la calidad en el LMX es mayor, los miembros de la díada invierten más tiempo y esfuerzo en la relación. Es en estas díadas de alta calidad LMX, cuando los supervisores se convierten en líderes y los roles de los empleados se desarrollan más allá del contrato formal para incluir más responsabilidades de gestión (Dansereau, Graen y Haga, 1975; Graen y Uhl-Bien, 1995).

Muchos autores coinciden en que las percepciones iniciales se basan en gran medida en las particularidades individuales de la pareja diádica como la personalidad y las características físicas (Fiske, 1993). Desde estas percepciones iniciales, los seguidores son elegidos por los líderes para relaciones de alta calidad basándose en gran medida, en la habilidad y competencia del colaborador, y en su motivación para asumir una mayor responsabilidad (Liden y Graen, 1980).

Graen y Scandura (1987) presentan un modelo de tres fases de desarrollo de LMX comenzando con "aceptación o asunción del rol" en la que supervisor y subordinado muestran sus comportamientos al otro y deciden si la relación se mantendrá en esta etapa o progresará a una relación LMX de más alta calidad. En esta etapa se espera el respeto mutuo como cualidad crítica, siendo la base de las interacciones. En una segunda etapa, se encuentra el proceso de "elaboración del rol", en el cual los líderes y miembros se influyen mutuamente con actitudes y comportamientos, aflorando entonces una realidad compartida entre las dos partes. Por último, la fase de "rutinización del rol" en la que emerge un sentido de reciprocidad entre el líder y miembro creando un sentido de interdependencia. En esta fase, según Graen y Uhl- Bien (1995), la relación va más allá del quid-pro-quo de la teoría del intercambio tradicional y la relación se

describe como “madura”. Estos mismos autores (Graen y Uhl- Bien, 1991), afirman que la primera etapa se corresponde con el liderazgo transaccional, mientras que la tercera etapa se corresponde con el liderazgo transformacional.

Estas afirmaciones teóricas han sido avaladas por un gran cuerpo de investigación empírica que ha demostrado de forma convincente que los líderes no se comportan de forma consistente con todos sus subordinados, sino que los líderes establecen relaciones de distinta calidad con sus colaboradores y que por tanto, hay una variación significativa en las calificaciones sobre la calidad de las relaciones que los distintos seguidores mantienen con un mismo líder (Hofmann, Morgeson, y Gerras, 2003).

La calidad del LMX se relaciona positivamente con ciertos comportamientos que han sido reconocidos como actitudes positivas de trabajo como la implicación en el trabajo, la identificación con la organización, el compromiso organizacional y la satisfacción en el trabajo (Brown 1996; Kanungo, 1982). Altas calidades del LMX conducen a mayores niveles de rendimiento (Liden, Wayne y Stilwell, 1993), a una mayor satisfacción general (Graen, Novak y Sommerkamp, 1982; Epitropaki y Martín, 2005), a una mayor satisfacción con el supervisor (Duchon, Green y Taber, 1986), a una mayor motivación (Tierney, Farmer, y Graen, 1999), así como a un fuerte compromiso con la organización (Liden, Wayne y Sparrowe, 2000; Lee, 2005; Martín, *et al.*, 2005; Bhal y Ansari, 2007; Ansari, Hung y Aafaqi, 2007).

En su meta-análisis, Gerstner y Day (1997), encontraron que el LMX se correlacionaba positivamente con el desempeño del subordinado, la satisfacción con la supervisión, la satisfacción general en el trabajo, compromiso organizacional, y la claridad de rol. En una revisión más reciente Erdogan y Liden (2002), observaron resultados positivos adicionales del LMX, incluyendo más innovación, menos estrés laboral, y una mayor seguridad en el trabajo. Posteriormente en otros trabajos, también se han encontrado estas relaciones entre la calidad del LMX con otros resultados positivos como por ejemplo la cohesión del equipo de trabajo (Anthony *et al.*, 2005).

La preponderancia de la evidencia empírica que rodea la calidad de la relación jefe-subordinado, ha llevado a los investigadores a concluir que esta relación es, potencialmente, una de las predictoras más importantes de los resultados del lugar de trabajo (Manzoni y Barsoux, 2002, citado en Harris, Wheeler y Kacmar, 2009).

Sin embargo, aunque tales efectos del LMX se consideran fiables, los expertos han expresado su preocupación en dos direcciones, la primera referente a que la investigación no ha examinado adecuadamente los moderadores del contexto o circunstancias en las que un LMX de alta calidad tiene mayor influencia que un LMX más débil en los empleados (Bauer, *et al.*, 2006), y la segunda, relacionada con el hecho de que el LMX se suele medir únicamente desde el punto de vista de los subordinados (Schriesheim, Castro y Cogliser, 1999).

En enfermería, también se ha investigado sobre la teoría de intercambio social para comprender las relaciones organizacionales (Hamrin, McCarthy y Tyson, 2010), haciéndose eco, de la demanda que existe sobre la necesidad de enfoques de liderazgo focalizados específicamente en las relaciones dentro de las organizaciones sanitarias (Cummings, *et al.*, 2010).

Aún existiendo pocos estudios de este tipo en el sector del cuidado sanitario (Thompson, *et al.*, 2011), quienes han investigado el efecto de un LMX de alta calidad en las actitudes del trabajo de los profesionales sanitarios, lo han relacionado con un mejor bienestar y mejores comportamientos laborales (Leiter, *et al.*, 2011).

Concretamente en las enfermeras, Squires *et al.* (2010) encontraron que el LMX desde el punto de vista de la enfermera (a partir de ahora LMX(m)) se correlacionaba positivamente con la percepción de las enfermeras de un clima de seguridad positivo. Del mismo modo, Moideenkutty, Blau y Al-Mandhari (2008), en una muestra de enfermeras de Omán, descubrieron que una percepción de mayor calidad en el LMX(m), tenía un impacto significativo en la reducción de agotamiento percibido entre dichas profesionales, y Portoghese *et al.* (2012), obtuvieron unos resultados que indicaban que las enfermeras con LMX(m) de alta calidad, mostraban más preparación para aceptar los cambios que las enfermeras con LMX(m) de baja calidad.

4

**VARIABLES DE RESULTADOS ORGANIZACIONALES
Y VARIABLES MODERADORAS**

El comportamiento y la actitud de los profesionales sanitarios, influyen de manera decisiva en el logro del objetivo capital de los sistemas sanitarios actuales: dar una atención sanitaria de calidad al menor coste.

Dentro del gran número de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas dentro de las organizaciones, el compromiso organizacional, los comportamientos cívicos organizacionales, la satisfacción laboral y la rotación/intención de rotación, han sido consideradas por diversos autores, como se ha dicho anteriormente, como resultados organizacionales muy importantes, siendo por tanto estas variables, unas de las más estudiadas en su relación con el LMX. (Blau, 1986, Organ y Ryan, 1995, Podsakoff *et al.*, 2000, Hom y Kinicki, 2001).

Desde otra perspectiva, entre las características que definen a los hospitales magnéticos, se encuentran el apoyo recibido de la dirección, bien directamente o a través de su supervisora, y el empoderamiento (Kramer y Schmalenberg, 2005).

Estos dos hechos han sido los que han impulsado la elección de las variables de compromiso organizacional, satisfacción laboral, comportamientos cívicos organizacionales y la intención de rotación, como variables de resultados organizacionales, y el empoderamiento, la ayuda organizacional percibida y la relación Líder-Líder, como variables moderadoras de este estudio.

4.1 Compromiso organizacional

El compromiso organizacional es una actitud relacionada con el trabajo (Buchanan, 1974). Dado que las actitudes influyen en el comportamiento hacia las situaciones, personas o grupos, se puede decir de forma sencilla que el compromiso organizacional es una actitud que describe el vínculo psicológico que los individuos sienten acerca de su organización, o tomando la opinión de Valderrama (2010), el concepto de compromiso se entiende como la disposición del trabajador para alinear su comportamiento con las prioridades y metas de la organización, contribuyendo con sus capacidades a alcanzar la misión de la empresa o institución.

Kanter (1968), es una de las primeras en tratar el tema, definiendo el compromiso como la voluntad de un actor social para dar su energía y lealtad a un sistema social. En términos de compromiso con la organización, "actor" se refiere a los empleados y "sistema" se refiere a la organización. Argumenta además, que el compromiso debe basarse en algo más que en un intercambio económico.

Porter, *et al.* (1974), definieron el compromiso organizacional como una creencia fuerte en la organización y en la aceptación de sus metas, una voluntad de ejercer un esfuerzo considerable

en nombre de la organización, y un deseo definitivo de mantenerse como miembro de la organización.

Bateman y Strasser (1984), lo definen entendiéndolo desde una naturaleza multidimensional, que involucra la lealtad del empleado a la organización, la voluntad de hacer un esfuerzo en nombre de la organización, el grado de congruencia de objetivos y valores con la organización, y el deseo de mantenerse como miembro de la organización.

Para Mowday *et al.* (1982), citado en Galletta *et al.*, 2013, pp. 1773) el compromiso organizacional, aplicándolo a las profesionales de enfermería, es el grado en que las enfermeras se identifican y se sienten involucradas en sus unidades de trabajo.

Rusbult y Farrel (1983), hablan del compromiso como la probabilidad de que una persona se quede con un trabajo y se sienta psicológicamente unida a él, ya le sea satisfactorio o no.

A pesar del gran número de definiciones existentes del compromiso, la gran mayoría coinciden en argumentar que se trata de una vinculación que establece el empleado con la organización (Betanzos y Paz, 2007), siendo una relación activa la que establece con ella, de tal manera que está dispuesto a dar algo de sí mismo con el fin de contribuir al bienestar de aquella. Por lo tanto, el compromiso se puede inferir no sólo a partir de las expresiones de las creencias y opiniones de un individuo, sino también de sus acciones (Mowday, Steers y Porter, 1979).

Un empleado comprometido se define como aquel que está implicado y, emocionalmente ligado al trabajo (Meyer y Allen, 1991), es aquel que demuestra apego, lealtad e identificación con su organización (Meyer y Allen, 1984).

Aunque al principio de la teoría del compromiso y de su investigación, se consideró como una variable unidimensional, posteriormente la mayoría de los autores hablan de tres tipos de compromiso organizacional, basado cada uno de ellos en un constructo teórico diferente (Konja, Grubic-Nesic, y Lalic, 2012).

El primero de los constructos, la teoría del intercambio social, constituye la base para el primer tipo de compromiso y sugiere que el compromiso es el resultado de una transacción entre las contribuciones que hace un empleado y los beneficios e incentivos que recibe de su organización. Es el compromiso conductual, llamado en la literatura, compromiso de continuidad, calculado o instrumental (Betanzos, Andrade y Paz, 2006). Se basa en la conceptualización de Becker (1960), que sugiere que una persona se compromete con su organización por una decisión individual, esto le conduce a realizar inversiones significativas que va acumulando (aportar sus esfuerzos) para obtener a cambio los beneficios que le brinda su empresa (jubilación, formación). Según esta perspectiva, el colaborador continúa en la organización porque abandonar la empresa y cambiar su situación, supondría sacrificar o perder las inversiones realizadas. Ahora bien, si el trabajador

percibe que los costes de permanecer en la organización son altos, su compromiso es menor (Betanzos, Andrade, y Paz, 2006). Se crea un compromiso formado por la relación de intercambio entre el colaborador y el entorno social (Meyer, *et al.*, 1989).

Desde la teoría del vínculo afectivo, segundo constructo, el compromiso hace referencia a la vinculación emocional entre el individuo y su organización, es decir, a lo que el empleado siente por ella. Es el llamado compromiso afectivo y, en él coexisten estos tres elementos: 1) la identificación con las metas y valores de la organización, que deriva de la orientación hacia la organización como un fin en sí mismo, 2) la contribución con altos niveles de esfuerzo para que la organización alcance sus metas y objetivos, y 3) el fuerte deseo de permanecer como miembro de una organización en particular (Buchanan, 1974; Porter, *et al.*, 1974).

De esta forma, los individuos fuertemente comprometidos se identifican e implican con los valores y metas de la organización, y manifiestan su deseo de continuar en ella (Steers, 1977), evidenciándose también, un interés del colaborador por los problemas de la organización, siendo solidario y cooperativo cuando las cosas no funcionan bien (Arciniega, 2002).

El tercer constructo, mediante la teoría de atribución, hace referencia al compromiso, como una obligación que adquiere el colaborador al ejecutar ciertos actos que son voluntarios, explícitos e irrevocables (Reichers, 1985). Es el llamado compromiso normativo o moral. Esta dimensión está más vinculada a la ética del trabajo, definida como una responsabilidad que nace del interior del individuo y que impulsa a hacer el mayor esfuerzo posible por realizar un buen trabajo (Varona, 1993). En el compromiso normativo hay una *obligación* de ser leal, a diferencia del componente afectivo que expresa un *deseo* de serlo (Betanzos, Andrade, y Paz, 2006).

Allen y Meyer (1990, 1996), resumen el vínculo del colaborador con la organización como el resultado de tres estados psicológicos, que son los que constituyen las tres dimensiones del compromiso organizacional. La primera, el compromiso de continuidad, calculado o instrumental, alude a los costes asociados a dejar la organización y la falta de alternativas de empleo disponibles, es el estado psicológico de necesidad; la segunda, el compromiso afectivo, es el estado psicológico que expresa el deseo; en tercer lugar, el compromiso normativo, indica el sentimiento que tiene el trabajador hacia la organización, de colaborar y permanecer en ella, es el estado psicológico de obligación.

Para Kanter (1968), los tres tipos de compromisos son: compromiso de control, que se corresponde con el compromiso normativo o moral, compromiso de continuidad, que se corresponde con el compromiso del mismo nombre y compromiso de cohesión que se corresponde con el compromiso afectivo. Esta autora afirma que estos tres tipos de compromiso están muy interrelacionados, y que las organizaciones utilizan los tres enfoques de modo simultáneo.

El compromiso afectivo ha sido considerado como un determinante importante de la dedicación y la lealtad del colaborador hacia la organización. Los empleados afectivamente comprometidos tienen un sentido de pertenencia e identificación que aumenta su participación en actividades de la organización, su voluntad de perseguir los objetivos de la organización, y su deseo de permanecer en la organización (Pitt, Foreman y Bromfield, 1995).

Para la organización el compromiso es un indicador, y demuestra su instrumentalidad ayudando a comprender las variables relacionadas con el trabajo y resultados organizacionales tales como rendimiento en el trabajo (Pitt, Foreman y Bromfield, 1995), efectividad organizacional (Meyer y Herscovitch, 2001), estrés laboral (Lee, Carswell y Allen, 2000) y absentismo (Eby, *et al.*, 2000) entre otros.

En las investigaciones, el compromiso afectivo se ha relacionado positivamente con la participación en la toma de decisiones (Rhodes y Steers, 1981), con la libertad sobre las actividades (DeCotiis y Summers, 1987; Gregersen y Black, 1992), con la autonomía de la tarea (Dunham, Grube y Castaneda, 1994), con la capacidad de trabajo (Mathieu y Zajac, 1990), y con la satisfacción laboral y productividad (Petty, McGee y Cavender, 1998). También se han encontrado relaciones negativas, con el absentismo (Eby, *et al.*, 2000), intención de rotación (Griffeth, Hom y Gaertner, 2000) y rotación entre otras, siendo ésta última, la que más fuerte y consistentemente se relaciona con el compromiso afectivo (Bluedorn, 1982; Farkas y Tetrick, 1989; Whitener y Walz, 1993).

Sobre los antecedentes del compromiso, éste se ha considerado una consecuencia de las características personales del empleado (Mathieu y Zajac, 1990) y de las características del trabajo (Bishop y Scott, 2000), entre otras.

Un antecedente que ha demostrado consistentemente que tiene un efecto directo sobre el compromiso organizacional es el LMX (Masterson *et al.*, 2000; Gerstner y Day, 1997). Incluso se ha identificado el LMX, como el factor que con más posibilidades mejora el compromiso (Tauton *et al.*, 1997; Cohen, 2006).

Con base en esta línea de pensamiento, si el líder no consigue generar compromiso en sus colaboradores, tendrá que reflexionar sobre este fracaso pues, como Blanchard (2007) argumenta, la causa principal de la pérdida de compromiso es algo que el líder y/o la organización han hecho o han dejado de hacer. En esta situación el líder estará desaprovechando el potencial de muchos de ellos (Vacas, 2009).

En las relaciones de alta calidad del LMX, el líder convence a los colaboradores de que la organización merece el compromiso (Wayne *et al.*, 2002). Este compromiso puede surgir porque cuando existe un LMX de alta calidad, los colaboradores tienen un sentido de lealtad al líder, y

esta lealtad es importante en el aumento de los sentimientos de apego (compromiso afectivo) y responsabilidad (compromiso normativo) hacia la organización (Kinicki y Vecchio, 1994).

Se argumenta igualmente, que el compromiso organizacional está influenciado por un trabajo desafiante, oportunidades para la interacción social, y la retroalimentación (Dulebohn *et al.*, 2012). Los líderes generalmente, son los responsables de asignar las tareas y proporcionar retroalimentación. Las personas con relaciones de alta calidad, normalmente reciben tareas más retadoras, (Brouer y Harris, 2007), y al estar en un contacto más estrecho con sus líderes, mejoran las oportunidades de retroalimentación y se aumenta la frecuencia de la interacción entre líderes y seguidores (Cogliser y Schriesheim, 2000).

Asimismo, cuando el LMX es de alta calidad en las relaciones, el líder facilita más información a sus colaboradores, lo cual disminuye su incertidumbre sobre el trabajo (Postmes, Tanis y de Wit, 2001). A su vez, estos colaboradores creen que reciben un importante apoyo y guía de su líder... generando todas estas acciones un sentimiento de obligación en los colaboradores de corresponder a la organización, como forma de pago a lo que sus líderes han hecho con ellos según argumenta la norma de reciprocidad (Gouldner, 1960).

En general, según Dansereau, Graen y Haga (1975), los seguidores de un LMX de alta calidad, reciben una gran proporción de beneficios formales e informales, a cambio de ser seguidores dedicados y comprometidos.

Las investigaciones realizadas en el sector sanitario por Laschinger, Fiengan y Wilk (2009), también comprobaron que el LMX predecía el compromiso organizacional de las enfermeras. Igualmente, Brunetto, Farr-Wharton y Shacklock (2010) descubrieron que la relación entre el supervisor-subordinado se asociaba positivamente con el compromiso afectivo de las enfermeras en países de la OCDE.

De todo lo anterior, se puede inferir que en el intercambio social o LMX de alta calidad, es decir, aquel que se ha desarrollado más allá del puro intercambio transaccional, los seguidores pueden tener un sentido de compromiso con la organización. Por el contrario, aquéllos que no alcanzan relaciones con un LMX de alta calidad con el líder, probablemente sentirán que no se les ofrece los mismos beneficios formales e informales, que los que reciben sus compañeros con un LMX de alta calidad, con lo cual, disminuirá su compromiso con la organización (Bhal y Ansari, 2007; Ansari, Kee y Aafaqi, 2007).

4.2. Satisfacción laboral

La satisfacción en el trabajo es una actitud del empleado de gran importancia teórica y práctica en el ámbito laboral (Organ y Ryan, 1995), pues aunque en un comienzo se investigó por su influencia en el rendimiento, posteriormente se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y como un objetivo de intervención organizacional (Meliá y Peiró, 1989).

Weinert (1985) expone que una de las razones del interés en este constructo se debe a la creciente sensibilidad de la dirección de la organización, respecto a la importancia de los sentimientos y actitudes de los colaboradores en relación con el trabajo, los superiores, el estilo de dirección y toda la organización.

Efectivamente, la satisfacción de los trabajadores es importante porque está relacionada con el compromiso y la estabilización del personal, los cuales son objetivos rentables y deseables (Jones, 2008).

Muchos autores han utilizado indistintamente los términos satisfacción laboral, actitudes laborales, clima organizacional, o moral, aun sin ser sinónimos (Harpaz, 1983). A esta situación hay que añadir, que este concepto ha sido conceptualizado de diferentes maneras según las ideas teóricas manejadas por los distintos autores, evidenciando que es un constructo en el que influyen múltiples variables. Estas, entre otras, son las razones por las cuales no existe una definición aceptada unánimemente (Alonso, 2006).

En psicología organizacional, de una forma muy genérica, la satisfacción laboral se define como el estado emocional positivo, resultante de la experiencia misma del trabajo (Lapierre y Hackett, 2007), siendo la forma más común y antigua de poner en práctica la felicidad en el lugar de trabajo (Wright y Bonett, 2007).

Robbins (1998) define la satisfacción laboral como la actitud general de un individuo hacia su trabajo, argumentando que una persona con un alto nivel de satisfacción laboral tiene actitudes positivas hacia su trabajo mientras que una persona insatisfecha con su trabajo tiene actitudes negativas hacia él.

Lee y Chang (2008), argumenta que la satisfacción laboral es una actitud general que el individuo tiene hacia su trabajo.

Para Wright y Davis (2003) la satisfacción laboral, es una interacción entre los trabajadores y su ambiente laboral, en donde se busca la congruencia entre lo que los empleados quieren de su trabajo y lo que los empleados sienten que reciben.

Una actitud global de carácter más o menos positivo ante diferentes aspectos de la experiencia laboral. Implica una evaluación de la situación del trabajo en diferentes aspectos considerados y

del grado en que esa situación responde a las expectativas y aspiraciones. Esta es la definición propuesta por García-Montalvo, Peiró y Soro (2003, p. 100).

Spector (1997, citado en Alas, 2007) afirma que es una variable actitudinal que puede ser un indicador diagnóstico del grado en que a las personas les gusta su trabajo.

Para Locke (1976, p. 1304, citado en Han y Jekel, 2011), la satisfacción laboral es un estado emocional placentero o positivo que surge como resultado de la evaluación del trabajo de uno mismo o de sus experiencias laborales.

Un aspecto que conviene matizar es la diferencia entre los constructos de compromiso y satisfacción. El compromiso es un constructo más global, enfatizando el apego a la organización donde se trabaja como un todo (a sus objetivos y valores), mientras que la satisfacción enfatiza la respuesta de una persona a su trabajo o a una tarea o aspecto específico de su trabajo como el salario o la supervisión (Mowday, Steers y Porter, 1979). Además, el compromiso parece desarrollarse lentamente y de una forma consistente y estable en el tiempo, mientras que la satisfacción laboral es más inestable temporalmente (Porter *et al.*, 1974).

Según Kalleberg y Mastekaasa (2001) la satisfacción laboral se refiere a una evaluación personal del rol en el trabajo o a una visión micro del mismo, mientras que el compromiso organizacional representa la evaluación del empleado de su vínculo global con la organización a un nivel macro.

La satisfacción laboral se ha relacionado positivamente con el rendimiento (Judge *et al.*, 2001; Miao y Kim, 2010; Riketta, 2008), con el compromiso organizacional (Lambert y Paoline, 2008; Buitendach y Rothmann, 2006), con la identificación organizacional (Randsley *et al.*, 2009), con la satisfacción del cliente (Homburg y Stock, 2005; Homburg y Stock, 2004; Harter, Schmidt y Hayes, 2002; Al Aameri, 2000; Ugboro y Obeng, 2000) y con los comportamientos cívicos organizacionales (Podsakoff *et al.*, 2000) mientras que se la ha relacionado negativamente con la rotación (Lambert y Hogan, 2009; Trevor, 2001).

Rowden (2002) afirma que es una variable independiente esencial que puede orientar el comportamiento de los colaboradores e influir en el funcionamiento de la organización.

También se ha argumentado que una falta de satisfacción laboral puede predecir comportamientos desviados como robos o vandalismo en los empleados (Greenberg y Baron, 2000). La insatisfacción tiene también importantes consecuencias. Cuando un empleado no está satisfecho con la tarea que se le asigna no estará seguro sobre cuestiones tales como sus derechos, condiciones de seguridad en el trabajo, cooperación de los compañeros de trabajo, el respeto por parte del supervisor y sobre si será considerado en el proceso de toma de decisiones; todo ello hará que se sienta separado de la organización, Clark (1997).

Como antecedentes de la satisfacción laboral, Brown y Peterson (1993) señalan que pueden clasificarse en cuatro categorías: resultados del trabajo (por ejemplo compromiso organizacional, desempeño, rotación...), variables organizacionales (por ejemplo estructura organizacional, comportamientos del supervisor, comunicación...) características personales (por ejemplo edad, antigüedad en la organización, formación, motivación, autoestima.. y percepciones de rol (por ejemplo ambigüedad del rol, conflicto del rol...). Más tarde, García (2010), subraya que el tipo de liderazgo ejercido por el jefe o supervisor, se constituye en uno de los antecedentes fundamentales de la satisfacción laboral.

Otros estudios también han encontrado que mayores cantidades de consideración y retroalimentación (Teas, 1981), comunicación (Churchill, Ford y Walker 1976), y comportamiento de aprobación contingente (Kohli, 1985) están asociados con mayor satisfacción laboral.

Con respecto al tipo de liderazgo ejercido por el superior, los estudios empíricos han demostrado de forma consistente que el LMX está positivamente relacionado con la satisfacción laboral del empleado (Scandura y Graen 1984, Sparrowe 1994). Esto se debe a que como se ha dicho anteriormente, los líderes hacen diferencias en las relaciones que establecen con sus colaboradores, y consecuencia de ello es que en las relaciones de alto LMX, se proporcionan mayores beneficios tangibles e intangibles a sus miembros (Liden, Sparrowe, y Wayne, 1997), favoreciendo una mayor satisfacción laboral en ese empleado (Gerstner y Day, 1997).

Los beneficios intangibles incluyen la comunicación con los líderes (Hofmann y Morgeson, 1999; Yrle, Hartman, y Galle, 2002) y tener una relación basada en la confianza (Bauer y Green, 1996). Dentro de los beneficios denominados como tangibles se encuentran, el influir en las decisiones (Scandura, Graen y Novak, 1986), la participación/empoderamiento (Liden, Wayne, y Sparrowe, 2000), la promoción profesional (Wakabayashi, *et al.*, 1988) y aumento de sueldo (Wayne, *et al* 1999). Todos estos beneficios crean un ambiente positivo para los miembros, dando lugar a una mayor satisfacción laboral (Erdogan y Enders, 2007). Epitropaki y Martin (1999, 2005) aún van más lejos afirmando que incluso en ausencia de beneficios tangibles, una relación de alta calidad es valiosa y está relacionada con la satisfacción laboral.

En las enfermeras, el fenómeno de la satisfacción laboral también ha sido extensamente estudiado, demostrándose de forma consistente que está relacionada con la autonomía, las relaciones positivas con los supervisores, el estrés laboral, el burnout y el compromiso organizacional (Blegen, 1993; Laschinger *et al.*, 2001), con la rotación del personal y rendimiento de la unidad (Harter, Schmidt y Hayes, 2002), con los resultados en la atención a los pacientes (Montoro-Rodríguez y Small, 2006; Aiken *et al.*, 2002; Aiken *et al.*, 2003) y con la satisfacción de los pacientes (Alba *et al.*, 2008).

Por el contrario, la insatisfacción laboral tiene un coste, que puede medirse por el aumento de la rotación voluntaria, la disminución de la seguridad del paciente, la disminución de la satisfacción del paciente y la frustración continua entre la plantilla de trabajo (McHugh *et al.*, 2011).

En lo concerniente a los antecedentes de la satisfacción laboral en las enfermeras, aunque no existe mucha investigación al respecto, Laschinger y Finegan (2005), encontraron que las relaciones con las supervisoras eran importantes para la satisfacción laboral de las enfermeras.

En general, la investigación existente ha demostrado una relación positiva entre LMX y satisfacción laboral, pero las explicaciones de tales relaciones son muy diversas e inconsistentes (Erdogan y Enders, 2007; Harris, Wheeler, y Kacmar, 2011; Ozer, 2008; Volmer *et al.*, 2011).

4.3. Comportamiento cívico organizacional (Organizational Citizenship Behavior (OCB))

En los últimos años, se ha prestado mayor atención a aspectos que describen el desempeño del trabajo individual y que quedan fuera de los límites de las concepciones tradicionales de la cantidad o calidad del desempeño del trabajo (Podsakoff *et al.*, 2000).

Para denominar estos aspectos, los investigadores han adoptado una variedad de diferentes etiquetas como son: comportamiento cívico organizacional (Smith, Organ y Near, 1983), comportamiento organizacional pro-social (Brief y Motowidlo, 1986), espontaneidad organizacional (George y Brief, 1992; George y Jones, 1997), desempeño contextual (Motowidlo y van Scotter, 1994) o comportamiento extra, más allá de la propia función (Van Dyne y Lépine, 1998).

En esta investigación se van a denominar comportamientos cívicos organizacionales (OCB), y consisten en comportamientos de trabajo que se definen como discrecionales, sin relación con el sistema de recompensas formal de la organización, pero que en su conjunto, juegan sin duda un papel decisivo promoviendo la eficacia organizacional (Moorman, 1991).

Ilies, Nahrgang y Morgeson (2007) definen de forma general el comportamiento cívico organizacional como aquella conducta que va más allá del rol prescrito de los empleados, es decir, el comportamiento discrecional de la persona que tiene menos posibilidades de ser reconocido por las descripciones de puestos y los sistemas formales de recompensa. Para estos autores tal comportamiento se puede desglosar en los comportamientos que son dirigidos hacia los individuos, por ejemplo, el altruismo y la cortesía, frente a los dirigidos a la organización, por

ejemplo, la virtud cívica, la lealtad y la deportividad. Esta idea es compartida por Lee y Allen (2002) y Organ y Konovsky (1989), cuando afirman que conceptualmente, los OCB de los colaboradores en el trabajo pueden distinguirse en función del objetivo de la conducta.

Los comportamientos con un objetivo individual, son aquellos que inmediatamente benefician a individuos concretos e indirectamente benefician a la organización. Son los comportamientos de ayuda, otras conductas de cooperación positiva (altruismo, cortesía) y la facilitación interpersonal (Podsakoff *et al.*, 2000). Los comportamientos con el objetivo puesto en la organización, por el contrario, se centran y benefician a la organización (Williams y Anderson, 1991). Esta dimensión incluye conductas creativas e innovadoras, y comportamientos indicativos de lealtad en la organización, la conformidad, conciencia, la virtud cívica, y la dedicación al trabajo (Podsakoff *et al.*, 2000).

Coleman y Borman (2000), proponen otra clasificación de las dimensiones de comportamientos de ciudadanía en tres categorías: la primera es el desempeño de ciudadanía interpersonal, dentro de la cual se incluyen comportamientos de ayuda y apoyo para desarrollar a los miembros de la organización, altruismo y conciencia interpersonal; la segunda es el desempeño de ciudadanía organizacional, que agrupa comportamientos que demuestran el compromiso con la organización a través de la lealtad a la organización y a los objetivos de ésta y el cumplimiento de las normas y procedimientos organizacionales; y la tercera es el desempeño de ciudadanía de trabajo o tarea, que abarca esfuerzos extra, que van más allá de los requerimientos del rol, demostrando así la dedicación y el deseo de maximizar su propio rendimiento.

Organ (1997), cimienta el constructo de comportamiento cívico organizacional sobre cinco dimensiones: altruismo (comportamientos de ayuda a otras personas o bien en sus tareas, o con algún problema relacionado con la organización); concienciación (comportamientos relativos a la asistencia al trabajo y al cumplimiento de los procedimientos y de la organización); deportividad (comportamientos de disposición a tolerar condiciones de trabajo no deseables sin quejarse de ellas); cortesía (comportamientos relativos a consultar con otras personas antes de tomar decisiones que les puedan afectar en su trabajo), y virtud cívica (comportamientos de participación, implicación y preocupación por la organización).

A partir de estas definiciones y de sus clasificaciones, se puede deducir que los comportamientos ofrecen valor a la unidad y, a su vez, al supervisor (Paglis y Green, 2002).

Los efectos del comportamiento cívico en el desempeño y éxito organizacional, se deben, según Podsakoff *et al.* (2000), a la estimulación de la productividad, a la liberación de recursos, que pueden ser usados para proyectos más productivos, al incremento de la estabilidad del desempeño organizacional, a la reducción de la necesidad del uso de recursos, a funciones de mantenimiento, a la ayuda en la coordinación de actividades en grupos de trabajo, a la

capacitación organizacional para adaptarse a los cambios y, por último, a la capacidad de la organización para atraer y retener a los mejores colaboradores.

Dentro de los antecedentes, los investigadores han argumentado que los comportamientos cívicos organizacionales aumentan cuando la calidad del LMX entre supervisor y colaborador es más alta (Anderson y Williams, 1996; Settoon, Bennett, y Liden, 1996).

Los comportamientos de ciudadanía según Organ (1988, citado en Ilies, Nahrgang y Morgeson, 2007), son las vías más probables para la reciprocidad, al ser comportamientos individuales discrecionales no reconocidos por las descripciones de puestos de trabajo ó por los sistemas formales de recompensa.

Sobre la misma idea, Wayne *et al.*, (2002), argumenta que para responder a las relaciones de alta calidad en el LMX, es probable que los subordinados vayan más allá de los comportamientos que requiere estrictamente su función y participen en comportamientos de ciudadanía con el fin de mantener un intercambio social equilibrado y equitativo.

Las relaciones de LMX se basan en un intercambio social, si el LMX es de alta calidad, existe una obligación percibida por parte de los subordinados (Blau, 1964; Gouldner, 1960). Bajo esta perspectiva, para Organ y Konovsky (1989), son las percepciones derivadas de este intercambio social entre el líder y sus colaboradores, las que estimulan el desarrollo de comportamientos de ciudadanía en los empleados, ampliando sus funciones más allá de sus requerimientos normales, como una forma de corresponder a estas relaciones. Ahora bien, para que esto ocurra, el intercambio social debe caracterizarse por una calidad alta del LMX.

Al igual que este intercambio social con el líder, cuando un miembro de la organización advierte que existe una relación de intercambio social entre él y la organización, él también corresponde con OCB sobre la base de la regla de reciprocidad con la organización (Lo, Ramayah y Hui, 2006).

Masterson *et al.* (2000), afirman que los subordinados compensan los beneficios de una alta calidad en el LMX, con un alto rendimiento y otros comportamientos que pueden beneficiar al líder, como las conductas o comportamientos de ciudadanía. Para Ilies, Nahrgang, y Morgeson (2007), las actitudes de ciudadanía organizacional son el resultado de recibir asignaciones y tareas laborales más retadoras y deseables, más ayuda y más atención por parte del líder, es decir, son el resultado de mantener relaciones basadas en la confianza con sus líderes.

Jones y George (1998) y Wat y Shaffer (2005), sostienen que el rol de los miembros de la organización se ampliaría en el momento en el que “una confianza incondicional” se desarrolle dentro de la organización. Como resultado de ello, los empleados estarían dispuestos a establecer “relaciones comunitarias”. En este caso, creen que ayudar a los demás no es sólo una obligación, sino una responsabilidad.

En esencia, los subordinados con relaciones con alta calidad en el LMX recompensan a sus líderes con estos comportamientos de ciudadanía es decir, comportamientos discrecionales que benefician al líder y a otros en el ámbito laboral (Liden, Sparrowe y Wayne, 1997), pues como varios autores afirman (Bateman y Organ, 1983; Smith, Organ y Near, 1983), las dos monedas de cambio que los colaboradores pueden ofrecer a sus supervisores son el rendimiento en el puesto y el comportamiento cívico organizacional.

Los estudios empíricos han confirmado que el LMX de alta calidad tiene una relación positiva con la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables de los empleados que van más allá del contrato de trabajo, es decir, de comportamientos cívicos organizacionales (Liden y Graen, 1980; Settoon, Bennett y Liden, 1996; Wayne y Green, 1993; Wayne, Shore, y Liden, 1997).

Posteriormente cuando en su meta-análisis, Ilies, Nahrgang y Morgeson (2007), separan los OCBs por su objetivo general, es decir, si los comportamientos iban dirigidos hacia el individuo *versus* hacia la organización, y diferencian entre OCBs organizacionales y profesionales, encuentran relaciones significativas moderadamente fuertes entre LMX y comportamientos cívicos organizacionales y profesionales.

De la misma manera, hay estudios que demuestran que la supervisión abusiva se asocia negativamente con comportamientos cívicos organizacionales (Aryee *et al.*, 2007; Tepper *et al.*, 2004; Zellars, Tepper y Duffy (2002).

En lo que respecta a enfermería, Chen *et al.* (2008) y Blau, Moideenkutty y Ingham (2010), encontraron que la alta calidad del LMX del personal de enfermería se asociaba positivamente con los OCB de las enfermeras. Esta relación es importante contemplarla si se acepta que en el entorno de servicios, como es el sanitario, tales comportamientos pueden ser vitales para la satisfacción de los clientes (Barroso, Martín y Martín, 2004).

4.4. Intenciones de rotación

La investigación sobre la rotación/intenciones de rotación ha sido otro de los temas más abordados en los estudios realizados sobre gestión (Hom y Kinicki, 2001), hasta el punto de que a finales de la década de los setenta, los modelos de rotación habían incorporado más de cuarenta variables (Moblely *et al.*, 1979).

Es preciso aclarar que los antecedentes de la rotación y de un movimiento interno a otro puesto de trabajo dentro de la misma organización son sumamente similares. Un movimiento intraorganizacional para la persona descontenta con su trabajo, parece ser un mecanismo de

distanciamiento tan efectivo como abandonar la organización (Todor, 1980, citado en Chinchilla, 1991, p. 8).

A nivel de análisis individual, los investigadores han aconsejado utilizar la intención de rotación del empleado, en lugar de utilizar los datos sobre la rotación real, porque es conveniente recogerla; se puede obtener de los empleados actuales ofreciendo un criterio continuo de medida y evita el problema del ratio de baja rotación encontrado en algunas muestras (Bluedorn, 1982). En la rotación real, el empleado ya ha abandonado la organización, y por tanto, es difícil de medir o incluso imposible de recoger (Griffeth, Hom y Gaertner, 2000).

A nivel individual de análisis, es comúnmente la intención de dejar una organización la que se estudia, porque los comportamientos reales de la rotación ocurren demasiado tarde (es decir, el empleado ya ha abandonado la organización) y son generalmente difíciles de medir (Griffeth, Hom, y Gaertner, 2000).

Empíricamente, también se ha comprobado de forma consistente, que la intención de rotación es el precursor más significativo de la conducta de rotación (Hom y Hulin, 1981; Dalessio, Silverman y Schuck, 1986; Steel y Ovalle, 1984; Griffeth, Hom y Gaertner, 2000; Robson y Robson 2015).

Por lo tanto, es la intención de rotación (Karatepe y Kilic, 2007), la que ha sido utilizada con frecuencia como una variable dependiente en los últimos estudios empíricos en lugar del nivel real de rotación. En este estudio se va a seguir el mismo criterio dado que según Robson y Robson (2015), las intenciones de rotación son particularmente útiles en estudios de enfermería por su efectividad en la predicción de la rotación real.

Tett y Meyer (1993) definen las intenciones de rotación como una intencionalidad consciente y deliberada de dejar la organización, mientras que Gaertner y Nollen (1992) lo explican como una intención de conducta que se da como resultado de las políticas de la empresa, las características del mercado laboral y las percepciones de los empleados. Para Steel y Ovalle (1984) la intención del empleado de permanecer o abandonar un puesto de trabajo es el paso cognitivo final en el proceso de toma de decisiones sobre la rotación voluntaria.

Según la teoría de la rotación (Mobley, 1977; Mobley, Horner y Hollingsworth, 1978), las decisiones de los empleados de abandonar comienzan en su grupo de trabajo inmediato, pero pueden ampliarse y tomar decisiones de abandonar la organización, e incluso la profesión según Sheridan y Abelson (1983). Por otra parte, Smith (2000), afirma que los empleados generalmente no dejan sus organizaciones, sino que dejan a sus jefes.

La rotación de los empleados tiene efectos negativos tanto para los clientes como para el resto de empleados que se quedan, quienes se esfuerzan por brindar servicios de calidad mientras los

puestos son ocupados por personal sin experiencia (Powell y York, 1992, citado en Kim, Lee y Carlson, 2010). También tiene efectos negativos para la organización propiamente dicha, ya que los gastos por rotación pueden representar hasta un 5% del gasto anual de ésta (Hinkin y Tracey, 2000). Tal vez sea por estos altos costes y efectos negativos asociados a ella, por lo que la rotación de los empleados ha sido de interés constante para las organizaciones e investigadores (Darmon, 1990).

Además de estas consecuencias en la rotación, existen otras no menos importantes, como por ejemplo que los individuos con altas intenciones de rotación a menudo tienen actitudes organizativas indeseables que contagian a otros empleados con los que interactúan en su camino de salida de la organización (Griffeth, Hom, y Gaertner, 2000).

Diferentes antecedentes pueden explicar los motivos por los cuales los empleados se van de una organización. Éstos incluyen factores ambientales (Lum *et al.*, 1998; Mobley *et al.*, 1979), factores relacionados con el trabajo y factores individuales (Cotten y Tuttle, 1986).

Griffeth, Hom, y Gaertner (2000), en su metaanálisis identificaron que las variables demográficas (edad, género) tienen asociaciones más débiles con la rotación, mientras que las variables organizacionales tales como la satisfacción en el trabajo, remuneración, liderazgo, compañeros de trabajo y el compromiso organizacional tienen relaciones más sólidas.

Con respecto al papel que juegan las relaciones interpersonales en la reducción de la rotación, se ha producido un renovado interés argumentado por algunos autores en la idea de que los estudios de rotación usualmente han subestimado la importancia teórica de las relaciones sociales en las decisiones de rotación (Mossholder, Settoon, y Henagan, 2005). Este interés quizá esté justificado al considerar que el contenido y la fuerza de las relaciones con los compañeros y líderes en el trabajo, puedan servir como una fuerza afectiva en las decisiones de rotación (Maertz y Griffeth, 2004).

Particular atención en estas relaciones interpersonales se ofrece a las relaciones que tienen lugar entre el colaborador y su líder, dado que éste, a través de relaciones del LMX de alta calidad con su colaborador, puede influir positivamente en la probabilidad de que el subordinado permanezca en la organización proporcionándole un aumento de arraigo con la empresa (Mitchell *et al.*, 2001). De esta manera disminuirá la probabilidad de que el individuo decida salir de ella. Este pensamiento ya había sido argumentado anteriormente por Pitt, Foreman y Bromfield, (1995). Más recientemente, algunos investigadores han identificado las relaciones efectivas supervisor-colaborador como el factor más probable para mejorar la retención (Cohen 2006), debido a la conexión existente entre ellos (Bauer *et al.*, 2006).

La mayoría de los hallazgos empíricos han puesto de manifiesto que la relación entre el LMX y la intención de rotación es significativa y negativa (Major *et al.*, 1995; Vecchio y Gobdel, 1984;

Wilhelm, Herd y Steiner, 1993; Le Blanc *et al.*, 1993), hallazgos que son recogidos en el meta-análisis, de Gerstner y Day (1997).

Estudios posteriores también corroboran que la relación entre el LMX y la intención de rotación es negativa en diversos ámbitos y tipos de trabajadores: en empleados de empresas multinacionales (Ansari, Hung y Aafaqi, 2007), en nuevos directivos (Bauer *et al.*, 2006) o en los empleados en investigación y desarrollo (I+D) en empresas o en la administración pública (Sparr y Sonnentag, 2008). Por tanto, el desarrollo de relaciones de alta calidad con los subordinados, parece estar asociado negativamente con las intenciones de rotación a tenor de la investigación existente publicada.

De la misma forma, la investigación sugiere que los miembros que perciben una menor calidad del LMX con su líder, son más propensos a mostrar mayor intención de dejar la organización que aquellos con una mayor calidad (Graen, Liden y Hoel, 1982; Schyns, Torka y Gössling, 2007).

Entre los mecanismos que se cree actúan, para que un LMX de alta calidad se relacione negativamente con la rotación, se encuentra el argumentado por Maertz y Griffeth (2004). Para estos autores, la fuerza que une un empleado a la organización es la "fuerza del cálculo". En las relaciones de LMX de alta calidad, ya se ha dicho que los líderes ofrecen a los colaboradores mayor cantidad de beneficios (Sparrowe y Liden, 1997), ofreciendo así una mayor utilidad para esos miembros debido a las alternativas que se le proporcionan (Mobley *et al.*, 1979). En esta situación dejar la organización tendría un precio muy alto, por lo cual los colaboradores con alta calidad en el LMX, estarán menos propensos a dejarla (Graen, Liden y Hoel, 1982).

Con respecto a la forma gráfica de la relación, la mayoría de los estudios indican relaciones lineales negativas (Vecchio y Gobdel, 1984). Paradójicamente a esta forma lineal, Harris, Kacmar y Witt (2005), encontraron que esta relación puede ser curvilínea. Esta forma puede explicarse por el hecho de que los subordinados con baja calidad de LMX serán "empujados" fuera de la organización, mientras que las personas con alta calidad LMX recibirán oportunidades y/o aspiraciones traduciéndose en su atracción por otras organizaciones, es decir, son "tiradas" desde fuera. Ambos extremos se traducen en mayores intenciones de rotación.

En el ámbito sanitario, la rotación de las enfermeras es considerada un problema muy serio que impacta en muchos niveles, incluyendo el hospital, la unidad de enfermería y los proveedores individuales de cuidados. Consecuencia de una excesiva rotación, es la reducción de la capacidad de los hospitales de satisfacer las necesidades de los pacientes y garantizar cuidados de alta calidad (Shortell *et al.*, 1994; Shields y Ward 2001, Meterko, Mohr y Young, 2004; Cidoncha y Campo, 2004; Mirabel-Chambaud, *et al.*, 2016). De ello se deduce que la estabilidad de plantillas debe ser un concepto clave en la mejora de la calidad de los cuidados que se proporcionan a los pacientes.

De acuerdo con O'Brien-Pallas *et al.* (2006), la rotación es un reto importante para la planificación de los recursos humanos en enfermería, máxime todavía si se tiene en cuenta que tiene naturaleza contagiosa (Coomer y Barriball, 2007).

En enfermería se han identificado como antecedentes más importantes de la rotación, los horarios de trabajo pobres o inflexibles (Simons, 2008), el estrés laboral (Ramrup y Pacis 2008), las duras cargas de trabajo (McGowan 2001), la satisfacción con las políticas y prácticas de gestión (Gray y Phillips, 1994) y los salarios inadecuados y baja condición social (Yun, Jie y Anli, 2010). Sobre este último antecedente, es interesante puntualizar que existen varios estudios que han sugerido que la intención de rotación está más influenciada por los supervisores o directivos que por los compañeros de trabajo (Zurmehly, Martín y Fitzpatrick, 2009; Delobelle *et al.*, 2011), circunstancia que revela el importante papel que desempeñan los supervisores en la prevención de la rotación de las enfermeras.

A nivel de unidad, también se han relacionado las intenciones de rotación de las enfermeras con el ambiente de trabajo y las características de la unidad (Beecroft, Dorey y Wenten, 2008, Galletta *et al.*, 2011, Hayes *et al.*, 2012, Lavoie-Tremblay *et al.*, 2011, Battistelli *et al.* 2012) y con la calidad del LMX (Kramer y Schmalenberg 2003), pues para Knudsen, Ducharme y Roman (2009), el comportamiento de rotación refleja una discrepancia percibida en el LMX entre un empleado y su organización.

Los estudios realizados entre enfermeras también demuestran la relación negativa entre la calidad del LMX y las intenciones de rotación en las enfermeras (Ferris, 1985; Aiken, Smith y Lake, 1994; Han y Jekel 2011; Shacklock y Brunetto 2012), aunque, como afirma McCarthy, Tyrrell y Lehane, (2007). La investigación sobre las intenciones de rotación en enfermería ha sido escasa, y esto, a pesar de la crítica importancia que tiene la intención de rotación a la hora de predecir la rotación real, y de las recomendaciones de investigar sobre ella en lugar de sobre la rotación real.

4.5. Empoderamiento

El empoderamiento en el lugar de trabajo es un constructo que merece investigación (Thomas y Velthouse, 1990), puesto que en gestión ha demostrado su éxito en la creación de ambientes de trabajo positivos en las empresas (Kirkman y Rosen, 1999), teniendo además, un gran potencial en los resultados organizacionales (Liden, Wayne y Sparrowe, 2000).

Según Bandura (1989), el empoderamiento refleja las percepciones de la persona acerca de sí misma, en relación con sus entornos de trabajo, y se mueve alejándose desde el control hacia

las estrategias orientadas al compromiso (Walton, 1985); de hecho, lo que se pretende con las prácticas de empoderamiento, es incrementar el control del trabajador sobre el contenido y el contexto de su trabajo (Kirkman y Rosen, 1999).

Kanter (1977, 1993) define el empoderamiento como la capacidad de movilizar recursos humanos y materiales para llevar a cabo las metas organizacionales. En su Teoría del Empoderamiento Estructural es crucial la idea, de que son las estructuras organizativas las que proporcionan a los empleados el poder para llevar a cabo las tareas, siendo estos factores estructurales dentro del ambiente de trabajo, comparándolos con las predisposiciones personales o experiencias de socialización, los que tienen más impacto en las actitudes laborales y comportamiento de los empleados.

Las estructuras de empoderamiento organizativas descritas por esta autora son: el acceso a la información, al apoyo, a los recursos necesarios para hacer el trabajo y a las oportunidades para aprender y crecer. Acceso a la información significa tener conocimiento de las metas, políticas y decisiones organizacionales, así como tener el conocimiento técnico y la experiencia/habilidad necesaria para ser eficaces en el marco del contexto de la organización. La información proporciona un sentido de propósito y significado para los empleados y mejora su capacidad para tomar decisiones que contribuyan a las metas de la organización. El acceso al apoyo o a la ayuda, incluye la retroalimentación y la orientación recibida de los superiores, compañeros y subordinados, así como el apoyo emocional, consejos útiles o asistencia práctica que otros pueden proporcionar. Acceso a recursos se refiere a la capacidad de la persona para acceder a los medios financieros, materiales, tiempo, y los suministros necesarios para hacer el trabajo y alcanzar las metas. El acceso a la oportunidad para la movilidad y crecimiento, implica el acceso a desafíos, recompensas y oportunidades de desarrollo profesional para aumentar los conocimientos y habilidades. De acuerdo con Kanter, los altos niveles de empoderamiento estructurales proceden del acceso a estas estructuras sociales en el ambiente de trabajo, y por tanto, son las organizaciones las que determinan la calidad del empoderamiento estructural experimentado por los empleados al influir en su acceso a los recursos, a la información, al crecimiento y al apoyo.

Conger y Kanungo (1988) definieron el empoderamiento como un proceso de mejora de los sentimientos de autoeficacia entre miembros de la organización, mediante la identificación de las condiciones que fomentan la impotencia y su cambio por prácticas organizativas formales y técnicas informales que proporcionen una información eficaz.

Desarrollando este enfoque, Thomas y Velthouse (1990), argumentaron que el empoderamiento es multifacético y que su esencia no puede ser capturada por un simple concepto, definiendo el empoderamiento de forma más amplia, como una mayor motivación de tarea intrínseca y que se

manifiesta en cuatro dimensiones que reflejan la orientación de un individuo a su rol de trabajo: significado, competencia (que es sinónimo de la autoeficacia de Conger y Kanungo), autodeterminación, e impacto. El significado se refiere al valor de una tarea propia, juzgado en relación al sistema de valores del individuo. La competencia se refiere a la autoeficacia o la creencia de que uno es capaz de realizar con éxito una tarea o actividad (Gist, 1987), es análoga al dominio personal. La autodeterminación es la sensación de un individuo de tener elección en la iniciación y la regulación de las acciones (Deci, Connell, y Ryan, 1989). El impacto es el grado en el que un individuo puede influir en los resultados administrativos, operativos o estratégicos en el trabajo (Ashforth, 1989).

Para Seibert, Silver, y Randolph (2004), la calidad del empoderamiento estructural se manifiesta en la percepción del empoderamiento psicológico de los empleados. En la misma línea, Laschinger *et al.* (2001) argumentaron que el empoderamiento psicológico representa una reacción de los trabajadores a las condiciones del empoderamiento estructural. Es decir, mientras que empoderamiento estructural es la percepción de la presencia o ausencia de las condiciones de empoderamiento en el lugar de trabajo, el empoderamiento psicológico es la reacción de los empleados a estas condiciones.

Spreitzer (2007), en una revisión de 20 años de investigación en empoderamiento, identifica dos conceptualizaciones o dimensiones del empoderamiento en el lugar de trabajo: el empoderamiento estructural, que se describe como las estructuras organizacionales y los procesos organizativos que facilitan el óptimo desempeño de los empleados, y el empoderamiento psicológico, que se define como las respuestas de los empleados a trabajar en un contexto concreto de empoderamiento organizacional particular. Según este autor, el empoderamiento psicológico se refiere a los niveles de poder percibidos por los empleados, y puede ser conceptualizado utilizando los cuatro constructos de significado, competencia, autodeterminación e impacto. Así, un empleado psicológicamente empoderado siente que los requisitos del trabajo son congruentes con sus propias creencias y valores, lo cual da mayor significado al trabajo, confía en su capacidad para realizar el trabajo, tiene control sobre su trabajo, y tiene un impacto sobre resultados importantes de la organización.

De esta forma, el empoderamiento psicológico puede verse como una herramienta para alentar a los trabajadores a pensar por sí mismos acerca de los requisitos de su trabajo, del significado de las tareas que se les asignan, y para mejorar sus niveles de competencia en todas las áreas de su trabajo (Laschinger *et al.*, 2004).

Uno de los determinantes más importantes para que un individuo se sienta empoderado, es la calidad de su relación con su supervisor (Liden, Wayne y Sparrowe, 2000). Al tener buenas relaciones con sus superiores, y por lo tanto, gozar de más responsabilidades y recursos

(Vandenberg, Richardson y Eastman, 1999), los trabajadores se sienten facultados, sienten que su trabajo es más significativo y perciben una mayor autodeterminación, impacto y competencia (Spreitzer, 1996).

Empíricamente, el empoderamiento se ha relacionado positivamente con el compromiso, bien como variable global (Spreitzer, Kizilos y Nason, 1997), o bien con alguna de sus dimensiones en particular como con la competencia (Mathieu y Zajac, 1990; Morris y Sherman, 1981), con la autonomía (Gómez y Rosen 2001; Seibert, Silver y Randolph, 2004) o con el significado (Mottaz, 1988), lo que se traduce en mayores niveles de rendimiento trabajo (Harmon *et al.*, 2003; Laschinger *et al.*, 2004) y productividad (Larrabee *et al.*, 2003; Morrison, Jones y Fuller, 1997), al sentirse el empleado comprometido con su trabajo.

La investigación también ha relacionado el empoderamiento psicológico a los resultados relacionados con el trabajo, tales como la satisfacción laboral (Carless, 2004; Lan y Chong, 2015; Hechanova, Alampay y Franco, 2006), los comportamientos cívicos organizacionales (Bogler y Somech, 2004) y con las intenciones de rotación (Kim y Fernández, 2017; Rajkumar y Bhuvaneswari, 2015), siendo en este último caso los efectos negativos e indirectos.

El empoderamiento puede contribuir a un sentido de compromiso organizacional a través de un proceso de reciprocidad. Es probable que los individuos sean agradecidos con las organizaciones que les proporcionan oportunidades para la libertad de decisión, desafíos y responsabilidad, así como por los sentimientos de significado, impacto, autodeterminación, y competencia que se derivan de estas condiciones y que correspondan con un aumento del compromiso (Eisenberger, Fasolo, y Davis-LaMastro, 1990; Kraimer, Sibert y Liden, 1999).

También pueden argumentarse las relaciones positivas entre las dimensiones del empoderamiento y la satisfacción laboral. Las personas deben obtener una sensación de satisfacción con el trabajo en sí mismo cuando sienten que han contribuido directamente a los resultados que afectan a la organización. Del mismo modo, cuanto más involucrados estén los individuos en la toma de decisiones, más satisfechos deben estar con el trabajo en sí mismo, ya que los logros pueden ser atribuidos a uno mismo más que a otras personas, como un superior. La investigación sobre la autoeficacia indica que los individuos que poseen confianza en ser capaces de tener éxito son más felices con su trabajo que los que temen que puedan fallar (Martinko y Gardner, 1982), y como resultado, tales individuos estarán más satisfechos con el trabajo que las personas que no están confiados en sus niveles de competencia.

Así mismo, cuando los trabajadores capacitados sienten que su trabajo es muy significativo, están más predispuestos a responder con altos niveles de persistencia y motivación, lo cual es probable que se traduzca en altos niveles de conductas cívicas organizacionales (Kirkman, *et al.*, 2004). Sobre la rotación, el empoderamiento tiene un efecto indirecto al

relacionarse con el compromiso y con la satisfacción, y éstos son antecedentes de las menores intenciones de rotación (Bluedorn, 1982), ya que cuando un empleado se siente comprometido con su organización y satisfecho laboralmente, desea seguir perteneciendo a la organización (Griffeth, Hom y Gaertner, 2000).

Los trabajos de investigación han demostrado que el empoderamiento psicológico es esencialmente importante en entornos de trabajo, como el sanitario, donde se han experimentado recortes y la moral está baja (Scotti, Harmon y Behson, 2007).

Los estudios sobre el empoderamiento estructural en los centros sanitarios (Laschinger 2008; Purdy *et al.*, 2010), indican que los cambios en la estructura en el lugar de trabajo, pueden dar lugar a empleados más sanos y culminar en la mejora de resultados organizacionales, incluyendo una mejor atención al paciente.

Al igual que en otros sectores económicos, la investigación ha demostrado que en el sector sanitario y concretamente en las enfermeras, el empoderamiento estructural está relacionado con la satisfacción laboral (Manojlovich y Laschinger, 2002), la autonomía (Laschinger, Sabiston y Kutzscher, 1997), con el respeto (Laschinger, 2004), con el burnout (Hatcher y Laschinger, 1996), con el compromiso organizacional (Laschinger *et al.*, 2000; Cho, Laschinger y Wong, 2006), con la rotación (Nedd, 2006) y con una mayor innovación en las enfermeras (Knol y van Linge, 2009).

Cabe esperar que cuando las condiciones de trabajo empoderen a las enfermeras para la práctica profesional, es decir, tengan el control sobre su propia práctica y autonomía para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes (una dimensión del empoderamiento), tengan niveles más altos de satisfacción en el trabajo (Laschinger *et al.*, 2003). Además, serán capaces de realizar sus habilidades técnicas de la mejor forma y por lo tanto ofrecerán una atención de alta calidad. A su vez, un cuidado de alta calidad es también un determinante importante de la satisfacción de las enfermeras, tanto con su trabajo como con su puesto de trabajo, alcanzando de esta manera el compromiso (Laschinger *et al.*, 2014), y determinando por tanto las intenciones de rotación (Eby *et al.*, 2000).

4.6. Apoyo Organizacional Percibido (Perceived Organizational Support (POS))

Dentro de los intercambios sociales que se han estudiado, se encuentra el intercambio entre los empleados y la organización, es el denominado apoyo organizacional percibido (POS, del inglés perceived organizational support). Este intercambio hace referencia a las percepciones o creencias globales que tienen los empleados acerca de la medida en que su organización valora sus contribuciones en el trabajo y se preocupa por su bienestar (Eisenberger *et al.*, 1986).

La investigación en comportamiento organizacional demuestra en primer lugar, que los empleados desarrollan juicios sobre el mayor o menor apoyo que les ofrece su organización, y en segundo lugar, que estos juicios tienen efectos significativos en su desempeño (Settoon, Bennett y Liden, 1996).

Los subordinados perciben que el apoyo es particularmente alto, cuando la organización proporciona recursos apropiados, como son los premios, el desarrollo de oportunidades y similares (Wayne *et al.*, 2002), destacando, que la relación entre las experiencias de trabajo favorables y POS es más fuerte, cuando estas experiencias se atribuyen a actos discrecionales de la organización frente a los que son vistos como acciones a las que la organización está obligada por limitaciones externas (Eisenberger *et al.*, 1997; Koys, 1991).

La teoría del intercambio social (Blau, 1964), proporciona la base para comprender el sentimiento de obligación que se crea con la organización, y para razonar que cuando los empleados perciben que están apoyados por la organización (es decir, cuando el POS es alto) éstos desarrollan confianza en ella y van a responder con un comportamiento positivo de cooperación y dando lo mejor de sí mismos para alcanzar el logro de las metas organizacionales (Eisenberger *et al.*, 2001; Eisenberger, Fasolo, y Davis-LaMastro, 1990). Por el contrario, cuando los empleados perciben una falta de apoyo organizacional, estarán más propensos a corresponder con comportamientos de trabajo que son perjudiciales para su organización, como el absentismo, el desempeño laboral insatisfactorio, y violaciones de las normas (es decir, comportamientos desviados) (Tangirala, Green y Ramanujam, 2007).

A pesar de que los constructos LMX y POS se basan en la teoría del intercambio social, la literatura ha encontrado que los dos son conceptualmente distintos, tienen un patrón distinto de antecedentes y resultados, y se relacionan de modo diferente con las actitudes y comportamiento de los empleados (Masterson *et al.*, 2000; Settoon, Bennett y Liden, 1996; Wayne, Shore, y Liden, 1997). El LMX hace referencia a los intercambios con el líder, y el POS es un indicador de los intercambios con la organización (Tekleab, Takeuchi, y Taylor, 2005); por tanto en el LMX de calidad, el subordinado se siente obligado a responder con conductas que benefician al líder, mientras que en el POS la organización se compone de muchas personas, el empleado no tiene una relación con una persona que representa a la "organización" que sería comparable a la relación con el líder, sino que los empleados consideran que la organización es una entidad con la que tienen relaciones de intercambio (Rousseau, 1990).

Levinson (1965), argumentó que las acciones de los agentes de la organización son a menudo vistas por los colaboradores como indicadores de la intención de la organización, más que únicamente, como acciones de un individuo en particular. Los empleados, al personificar la organización, verían el tratamiento favorable o desfavorable de estos agentes como indicativo de la orientación benévola o malévola de la organización hacia ellos.

Más tarde, Wayne, Shore y Liden (1997) argumentan que la obligación subyacente se basa en una historia de decisiones de la organización, algunas de las cuales fueron hechas por el superior jerárquico de un empleado individual, otras fueron realizadas por los superiores del pasado, y otras, por los superiores de más alto nivel, que no supervisan a los empleados directamente. Según estos autores, es esta historia la que genera sentimientos de obligación hacia la organización como un todo, ya que han sido una gran variedad de representantes de las organizaciones la que ha contribuido a las experiencias gratificantes del empleado.

Esta distinción se evidencia en un estudio (Chullen *et al.*, 2010), que informa que el POS se relaciona negativamente con comportamientos desviados hacia la organización (lentitud, bajas, robos...), mientras que el LMX se relaciona negativamente con comportamientos desviados hacia los individuos (chismes, insultos, acoso, agresiones...). También pueden existir efectos cruzados, es decir, en baja calidad del LMX encontrar comportamientos desviados dirigidos hacia la organización y en bajo POS comportamientos desviados dirigidos hacia la persona. Es la agresión desplazada, que sugiere que las personas expresan hostilidad contra blancos inocentes, cuando no pueden tomar represalias directamente con el origen de la provocación (Miller, 1941). Herold, Liden, y Leatherwood (1987) en otro estudio, encontraron a través del análisis factorial, que la cantidad, la utilidad y la consistencia del feed-back recibido de la organización es independiente de la cantidad, la utilidad y la consistencia del feed-back recibido del líder. En la misma línea, Kottke y Sharafinski (1988) mostraron en el análisis de factores de su investigación, que la percepción de apoyo del supervisor y apoyo organizacional, cargaban en factores separados, resultados que son consistentes con la opinión de que POS y LMX son constructos distintos. De estas investigaciones se deduce que aunque los líderes son representantes importantes de la organización, los empleados parecen considerar el intercambio con una organización y el intercambio con un líder como algo distinto.

A pesar del apoyo existente de los estudiosos del tema a este carácter distintivo conceptual y empírico entre POS y LMX (Masterson *et al.*, 2000; Wayne *et al.*, 2002), estos constructos se relacionan y se influyen mutuamente, siendo la calidad del intercambio líder-miembro la que parece tener un efecto más fuerte en la percepción de apoyo organizacional, lo que indica que el LMX juega un papel clave en lo que afecta a las percepciones de apoyo organizacional de los empleados (Wayne, Shore y Liden, 1997). Este hecho puede ser debido a que de acuerdo con Chen, Tsui, y Farh, (2002), el líder es a menudo el controlador o el distribuidor de los recursos y/o las recompensas discrecionales proporcionadas por la organización, es decir, los superiores inmediatos pueden actuar como transmisores de recursos que la organización pone a disposición de los empleados. Este argumento conduce a los colaboradores a ver al jefe directo como algo más que un representante de la organización, llegando a percibirlo como la personificación misma de la empresa (Eisenberger *et al.*, 2002).

Además del LMX, Eisenberger *et al.* (1986) teorizaron que las experiencias favorables donde los empleados creen que reflejan decisiones voluntarias e intencionales hechas por la organización, relacionadas con el desempeño en el trabajo, eran particularmente susceptibles de afectar al POS. Más tarde, Shore y Shore (1995) identificaron dos tipos fundamentales de prácticas de recursos humanos que están relacionados con el POS: (1) las prácticas discrecionales que implican una inversión por parte de la organización en un empleado y (2) el reconocimiento de la organización (por ejemplo, los aumentos de sueldo). Según estos autores, los beneficios disponibles para todos los empleados independientemente de su desempeño (por ejemplo, ayudas sociales) no se asociaban con la POS.

Con respecto a las posibles consecuencias del POS, la investigación sobre la teoría del apoyo social (Viswesvaran, Sánchez y Fisher, 1999), ha sugerido que el apoyo en diversas formas, puede actuar amortiguando los resultados negativos en el lugar de trabajo (Ganster, Fusilier y Mayes, 1986; Parasuraman, Greenhaus, y Granrose, 1992), así como creando sentimientos de obligación de apoyar a la organización mediante actitudes y comportamientos.

Concretamente, numerosos estudios han demostrado empíricamente que el apoyo por parte de la organización afecta al compromiso afectivo (Hutchison, 1997; Tsui *et al.*, 1997; Shore y Tetrick, 1991; Rhoades, Eisenberger y Armeli, 2001; Shore y Wayne, 1993) a la intención de rotación (Guzzo, Noonan y Elron, 1994; Allen, Shore y Griffeth, 2003), a los comportamientos cívicos organizacionales (Wayne, Shore y Liden, 1997; Masterson *et al.*, 2000; Moorman, Blakely y Niehoff, 1998) y a la satisfacción laboral (Eisenberger *et al.*, 1997), principalmente.

La norma de reciprocidad como componente de la teoría del intercambio social (Blau, 1964), se puede aplicar también a la relación organización-empleado (Rousseau, 1989; Wayne, Shore y Liden, 1997), por ello los investigadores del POS argumentan que cuando el colaborador percibe que la organización le ofrece el apoyo y los recursos necesarios, le trata bien... éste a su vez, a través de tal norma y teniendo una tendencia a atribuir a la organización características similares a las humanas (Eisenberger *et al.*, 1986), responde con actitudes y comportamientos que benefician a la organización para devolver el favor recibido y saldar así su deuda, con el fin de que el empleador alcance sus metas (Rhoades, Eisenberger y Armeli, 2001; Pérez y Oteo, 2006).

De este modo, y con base en la norma de reciprocidad, el POS crearía en el colaborador un sentimiento de obligación de preocuparse por el bienestar de la organización y ayudar a ésta a alcanzar sus objetivos. Los empleados buscan el equilibrio en su intercambio relacional con la organización, pudiendo saldar este endeudamiento de alto POS, a través de un mayor compromiso afectivo. El POS también aumentaría este compromiso mediante el resarcimiento de las necesidades socioemocionales del trabajador. La percepción de que la organización valora la contribución de

uno mismo y que se preocupa por su bienestar, evidentemente cubre las necesidades de estima, aprobación, y afiliación del trabajador (Armeli *et al.*, 1998).

Sobre la rotación voluntaria de los empleados, se podría concebir que el POS la disminuya indirectamente a través del compromiso afectivo (Eisenberger, Fasolo, y Davis-LaMastro, 1990). Basándose en que POS y compromiso están conceptual y empíricamente vinculados, y que el compromiso está identificado como un antecedente importante en los modelos de rotación (Tett y Meyer, 1993), se podría esperar que POS esté relacionado con la rotación a través de su impacto en el compromiso (Wayne, Shore y Liden, 1997). El fortalecimiento del vínculo emocional del empleado hacia la organización, haría que los trabajadores con alta calidad en el POS estuvieran menos propensos a buscar y aceptar puestos de trabajo en organizaciones alternativas, lo cual reduciría la tasa de rotación de empleados.

Por otra parte, una organización que ofrece apoyo, puede ser vista como que ofrece mayores incentivos, y así puede crear nuevamente en el empleado un sentido de obligación hacia ella, con lo cual, sería menos propenso a dejar voluntariamente la organización. Otro argumento que puede contribuir a las bajas intenciones de rotación con un POS alto es el realizado por Eisenberger, Fasolo, y Davis-LaMastro (1990), que sostuvieron que las percepciones de apoyo, alentarían la adopción de afiliación de la organización como una parte importante de la identidad de un empleado y por ende, las personas que perciben un mayor apoyo estarían menos propensas a buscar un empleo alternativo o a abandonar la organización voluntariamente.

También la teoría del intercambio social sirve de base para explicar la relación entre el POS y los comportamientos cívicos organizacionales, pues tales comportamientos deseables para toda organización, pueden ser realizados por el trabajador para responder recíprocamente a los favores recibidos y cumplir de esta forma con los sentimientos de obligación que tiene.

Respecto a la satisfacción, lo que hace que un trabajo sea satisfactorio o insatisfactorio, no depende sólo de la naturaleza del trabajo, sino también de las expectativas que tienen los individuos de lo que su trabajo debe proporcionar (Spector, 1997, citado en Al-Hussami, 2008). Ese podría ser el motivo por el que Wayne, Shore y Liden (1997) y Allen, Shore y Griffeth (2003), encuentran que el apoyo organizacional percibido, contribuye a la satisfacción de los empleados.

Las prácticas de gestión en la asistencia sanitaria que proporcionan un fuerte apoyo para la práctica profesional de enfermería, bien de forma directa o bien de forma indirecta, disminuyen la rotación voluntaria (Van den Heede *et al.*, 2013; Hinnö, Partanen y Vehviläinen-Julkunen, 2012), tienen niveles más altos de satisfacción laboral (Aiken *et al.*, 2011; Vahey *et al.*, 2004; Burke, 2003), un mayor compromiso con la organización (Tansky y Cohen 2001), y un aumento de comportamientos cívicos organizacionales (Pohl, Battistelli y Librecht, 2013; Gupta, Agarwal y Khatri, 2016).

4.7. Intercambio Líder-Líder (Leader-Leader Exchange (LLX))

Para entender mejor lo que sucede en un LMX, es útil ampliar nuestro enfoque e incluir el intercambio de los líderes hacia arriba.

Los supervisores actúan como enlace en las organizaciones, conectando los trabajadores de menor jerarquía con la alta dirección. De hecho, las estructuras de las organizaciones se pueden representar como la convergencia de varias cadenas de relaciones diádicas que van conectando al alto directivo de la organización con los trabajadores de primera línea. Cada eslabón de estas cadenas, tiene un superior que transmite la información y recursos desde el nivel superior hacia abajo, influyendo además en los subordinados (Graen, Dansereau, y Minami, 1972).

Estas relaciones diádicas en la jerarquía de una organización, a menudo anidan unas dentro de otras. Por ejemplo, los líderes, además de sus intercambios con sus colaboradores (LMX), mantienen intercambios con sus líderes o inmediatos superiores (leader-leader exchange, a partir de ahora LLX), es decir, la relación entre un supervisor y su colaborador anida dentro de la relación entre el supervisor y su superior (Tangirala, Green y Ramanujam, 2007).

Sias (1996) y Sparrowe y Liden (1997), argumentan que los intercambios hacia arriba y hacia abajo de una persona están interconectados. Más concretamente, los intercambios de los líderes con su superior, afectan a sus intercambios con los subordinados.

El LLX es el mismo constructo que el LMX, cambiando solo la posición de las personas que llevan a cabo la relación, por ello no se va a repetir la exposición teórica del mismo, pero sí se argumentarán las posibles consecuencias que esta relación líder-líder pueda tener en las actitudes del colaborador.

La mayoría de los estudios han asumido que los líderes tienen un potencial similar para proporcionar beneficios a los subordinados (Erdogan y Enders, 2007), sin embargo, es probable que en esta red de relaciones diádicas, la capacidad del supervisor de influir en el trabajo de sus colaboradores de menor jerarquía, se vea afectada por la calidad de la relación que mantenga con su superior inmediato.

El LLX evalúa la calidad de la relación del supervisor con su inmediato superior (relación líder-líder), y al igual que sucede en el LMX, dependiendo de la calidad de estas relaciones, el supervisor podrá obtener más o menos oportunidades y recursos tangibles e intangibles. Es decir, al estar la relación colaborador-supervisor anidada en la relación supervisor-inmediato superior, el supervisor podrá distribuir los trozos de la tarta entre los colaboradores, pero es la "línea ascendente del supervisor" la que desempeña un importante papel al decidir el tamaño de esa tarta (Sluss, Klimchak y Holmes, 2008).

Es por eso, que la relación del líder con sus propios superiores, tiene un papel importante en las actitudes de los colaboradores de niveles inferiores, y así lo reconocieron los primeros investigadores del LMX (Cashman, *et al.*, 1976), y posteriormente Hogg *et al.*, (2005), al afirmar que el LLX constituye una parte importante del contexto relacional que rodea las experiencias del subordinado en la organización.

Como consecuencia de un alto LLX, los supervisores están en condiciones de solicitar y obtener valiosos recursos organizacionales de sus superiores. Estos recursos pueden ser: reducir los trámites burocráticos, proporcionar una mayor autonomía, un apoyo a la innovación, o crear mayores oportunidades de carrera para los colaboradores (Graen *et al.*, 1977).

En estas situaciones, en las que los líderes o supervisores tienen un intercambio de alta calidad con su superior y por tanto, tienen una mayor cantidad de recursos que ofrecer a los subordinados, es cuando tiene utilidad aplicar la teoría del intercambio social, que predice que una persona puede recibir recursos de una relación y ofrecérselos a una persona diferente en otra relación (Molm, Peterson, y Takahashi, 2001).

Aprovechando este principio, se podría pensar que los supervisores con alta calidad en el LLX, tendrían más que ofrecer a los subordinados con quienes tuvieran una alta calidad en el LMX, viéndose posiblemente reforzadas, con base en la norma de reciprocidad, las relaciones positivas entre LMX y compromiso, satisfacción, comportamientos cívicos organizacionales y la relación negativa entre LMX e intenciones de rotación.

5

**OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y
METODOLOGÍA**

5.1. Justificación

La supervisora de enfermería en el contexto de los hospitales públicos, tiene un papel difícil, pero fundamental para mantener la participación activa de las enfermeras en el trabajo (Zapf, 2002). La importancia de esta figura, viene dada por el liderazgo fuerte y visible que debe ejercer y que se centra en dos vertientes: la primera, en la creación de ambientes saludables para dar una atención de calidad y la segunda, en la influencia positiva que debe realizar sobre las actitudes de las enfermeras que dirige. En las últimas décadas están cobrando más interés las teorías relacionales, afirmándose que en la base de un buen desempeño laboral se encuentran relaciones interpersonales efectivas (Rodríguez, 2009), todo ello, en favor de unos entornos seguros de atención al paciente, unos cuidados de alta calidad y un bienestar de las enfermeras, garantizando con ello resultados positivos para la organización, para los pacientes y para las profesionales de los cuidados.

Dentro de las teorías relacionales, muchas investigaciones se han focalizado en la teoría del Intercambio Líder-Miembro (LMX, del inglés Leader-Member Exchange), demostrando que la calidad del intercambio líder-miembro está relacionada con variables de resultado como satisfacción laboral, compromiso y desempeño laboral, entre otras (Gerstner y Day, 1997), hecho que se confirma en la enfermería de otros países distintos a España (Cohen, 2006). Este es el primer trabajo de investigación sobre el LMX en la enfermería de hospitales públicos españoles realizado hasta la fecha.

El liderazgo es un área que cobra cada vez más importancia en los entornos de enfermería por los resultados que su ejercicio eficaz conlleva, sin embargo existe un escaso conocimiento sobre esta cuestión. Pese a que Patrick y White (2005, citados en Registered Nurses' Association of Ontario, 2006, p. 74) sugirieron "la necesidad de seguir investigando sobre la relación entre los comportamientos de liderazgo en enfermería y los resultados de los pacientes o clientes para lograr el reconocimiento de la contribución de la enfermería a los cuidados", la producción científica sobre liderazgo enfermero en el entorno español es muy "escasa" tal como denuncia Carrión y Núñez (2014), e incluso en entornos anglosajones, como señala Cummings *et al.* (2010). Se podría decir más, las investigaciones sobre el liderazgo son escasas en las Administraciones Públicas españolas dejando un espacio enorme de estudio, como ya señalaba anteriormente Parrado (2001). Sobre la misma idea, Gutiérrez, Prieto y O'Connell (1999), afirmaban que en España se ha estudiado científicamente poco a los mandos intermedios en su liderazgo organizacional, por lo que no los podemos comparar con los de otros países, ni con sectores productivos equivalentes.

Se puede afirmar que la mayoría de los estudios sobre liderazgo se han realizado en países norteamericanos y europeos anglosajones (Yukl, 2008). Este dato es interesante porque según Hofstede (1993), las teorías de gestión estadounidenses contienen un número de idiosincrasias

no necesariamente compartidas por la gestión en otros lugares, y según Gerstner y Day (1994), el prototipo del líder organizacional, varía en función del país del que se trate.

Es necesario y se están reclamando, nuevos enfoques de gestión basados en la evidencia, de tal forma que se adapten a las nuevas necesidades de los profesionales de la salud y a los nuevos entornos de trabajo (Iriarte, 2013), para asegurar una atención de alta calidad con enfermeras productivas y satisfechas.

Según Polit y Hungler (1995), los conocimientos necesarios para el ejercicio profesional de las enfermeras, se han desarrollado en el área clínica dejando de lado otras áreas también importantes de la profesión, como la gestión de las instituciones de salud por enfermería. Con el desarrollo del área de gestión, se contribuye a clarificar en las enfermeras el significado de liderazgo, a definir la identidad del supervisor de enfermería y a aumentar el conocimiento y la aplicación de las habilidades de liderazgo.

En resumen, aunque la literatura ha concedido gran importancia a las relaciones entre el LMX y los constructos de compromiso organizacional, satisfacción laboral, intenciones de rotación y comportamiento cívico organizacional (OCB), tales relaciones no han sido lo suficientemente probadas en estudios empíricos realizados en entornos sanitarios españoles. Esta idea se refleja en Dulebohn *et al.* (2012), cuando afirman que las relaciones supervisor-enfermera en el puesto de trabajo, están bien establecidas en las "culturas occidentales" como USA, Australia y UK.

Es necesario señalar además, que si bien el impacto del LMX sobre las actitudes hacia la organización y hacia el trabajo está demostrado, no se ha prestado tanta atención a las variables moderadoras de las variables de resultado (Ansari, Hung y Afaqi, 2007; Schriesheim, Castro y Yammarino, 2000).

De ello se deduce que se debe profundizar en el liderazgo enfermero; que es necesario comprobar que el modelo de la teoría LMX (Intercambio Líder-Miembro) validado en otros países (en sus culturas, desarrollados fundamentalmente en líderes hombres, en empresas privadas...) se aplica a las enfermeras hospitalarias españolas (aragonesas) del sector público y, que es oportuno investigar sobre las variables moderadoras del modelo LMX en esta muestra.

5.2. Definición de los objetivos e hipótesis de la investigación

El objetivo principal de esta investigación es comprobar que la calidad de las relaciones interpersonales Supervisora-Enfermera se relacionan con resultados beneficiosos para la organización.

A partir de este objetivo general los objetivos específicos planteados son los siguientes:

- a) Describir la calidad de las relaciones interpersonales Supervisora-Enfermera en las enfermeras aragonesas de los hospitales generales públicos.
- b) Establecer correlaciones entre la relación Supervisora-Enfermera y diversas variables de comportamiento de la enfermera en la sanidad pública aragonesa.
- c) Conocer el grado de acuerdo existente entre la supervisora y la enfermera, respecto a la calidad de la relación reinante entre ambas.
- d) Averiguar si otras variables pueden actuar como moderadoras de las relaciones (si las hay) entre la calidad de la relación enfermera-supervisora (LMX(m)) y las variables de comportamiento de la enfermera.
- e) Contribuir a la evidencia sobre la gestión en enfermeras españolas, para poder aplicarla de la misma forma que se aplica la evidencia clínica.

Para dar respuesta a los objetivos expuestos, en esta investigación se han planteado las siguientes hipótesis principales de trabajo:

- H1:** La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con el compromiso organizacional de la enfermera.
- H2:** La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con la satisfacción laboral de la enfermera.
- H3:** La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera.
- H4:** La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma negativa, con las intenciones de rotación de la enfermera.

El LMX puede medir la perspectiva de ambos, del líder y del colaborador, ya que una característica importante y única de esta teoría, es su énfasis en las relaciones duales. Dado este carácter dual, se podría pensar que los dos individuos vieran la relación de forma similar. Sin embargo, los puntos de vista sobre la relación de los líderes y los miembros a menudo no convergen, proporcionando como resultado, por tanto, diversos grados de acuerdo los distintos estudios que han abordado este tema. Así, mientras Graen y Cashman (1975, citado en Gerstner y Day, 1997, p. 828) encontraron una correlación de 0.50 entre las perspectivas del LMX del

líder y del miembro, otros como Scandura, Graen, y Novak (1986) encontraron una correlación mucho más baja, de sólo 0,24, entre las dos perspectivas. Esta variedad de resultados encontrada en la calidad del LMX entre los dos protagonistas (líder y miembro), y el comentario de Graen y Uhl-Bien (1995, pp. 237): “el acuerdo esperado entre los informes del líder y del miembro es positivo y fuerte y se utiliza como índice de calidad de la información o de los datos”, hace que en este estudio se proponga conocer el grado de acuerdo existente en la calidad de la relación entre la supervisora y las enfermeras que se encuentran a su cargo en las diferentes unidades de enfermería, planteando la siguiente hipótesis:

H5: El grado de acuerdo entre la supervisora LMX(l) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto.

Como se ha expuesto anteriormente, la literatura sobre el LMX ha sido criticada por prestar una atención limitada a las variables moderadoras (Erdogan y Liden, 2002; House y Aditya, 1997; Schriesheim, Castro, y Yammarino, 2000). Con el fin de dar respuesta a esta demanda, en esta investigación se han propuesto como posibles variables moderadoras de las cuatro relaciones principales arriba mencionadas, el empoderamiento, la ayuda organizacional percibida y el intercambio líder-líder. Estas variables moderadoras aparecen para complementar las relaciones de la enfermera con la supervisora en la determinación de compromiso, satisfacción, OCB e intenciones de rotación de ésta última.

Liden, Wayne y Sparowe (2000), demostraron que la alta calidad LMX era predictiva del empoderamiento psicológico, y éste a su vez, entra en la secuencia de la satisfacción, de los comportamientos cívicos organizacionales, del compromiso y de la rotación; es lógico pensar que cuando haya empoderamiento, la relación LMX/comportamientos de las enfermeras sea más fuerte. Basándose en ello, esta investigación tiene como objeto responder a las siguientes hipótesis:

H6: El empoderamiento moderará las 4 relaciones principales, enumeradas en las H1, H2, H3 e H4, de la siguiente forma:

H6(a): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y el compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.

H6(b): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y la satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.

H6(c): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.

H6(d): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.

Dado que (1) el LMX se relaciona con la POS (Wayne, Shore y Liden, 1997) y (2) la POS influye en el compromiso Masterson *et al.*, 2000), en la satisfacción (Eisenberger *et al.*, 1997), en los OCB (Miao y Kim, 2010) e intención de rotación (Allen, Shore y Griffeth, 2003), se plantea la hipótesis:

H7: El POS moderará las 4 relaciones principales de la siguiente forma:

H7(a): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y el compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.

H7(b): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y la satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.

H7(c): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.

H7(d): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.

Al estar las relaciones anidadas, unas dentro de otras (Tangirala, Green y Ramanujam, 2007), se propone que la relación del supervisor con su jefe, lo que llamamos intercambio del líder con

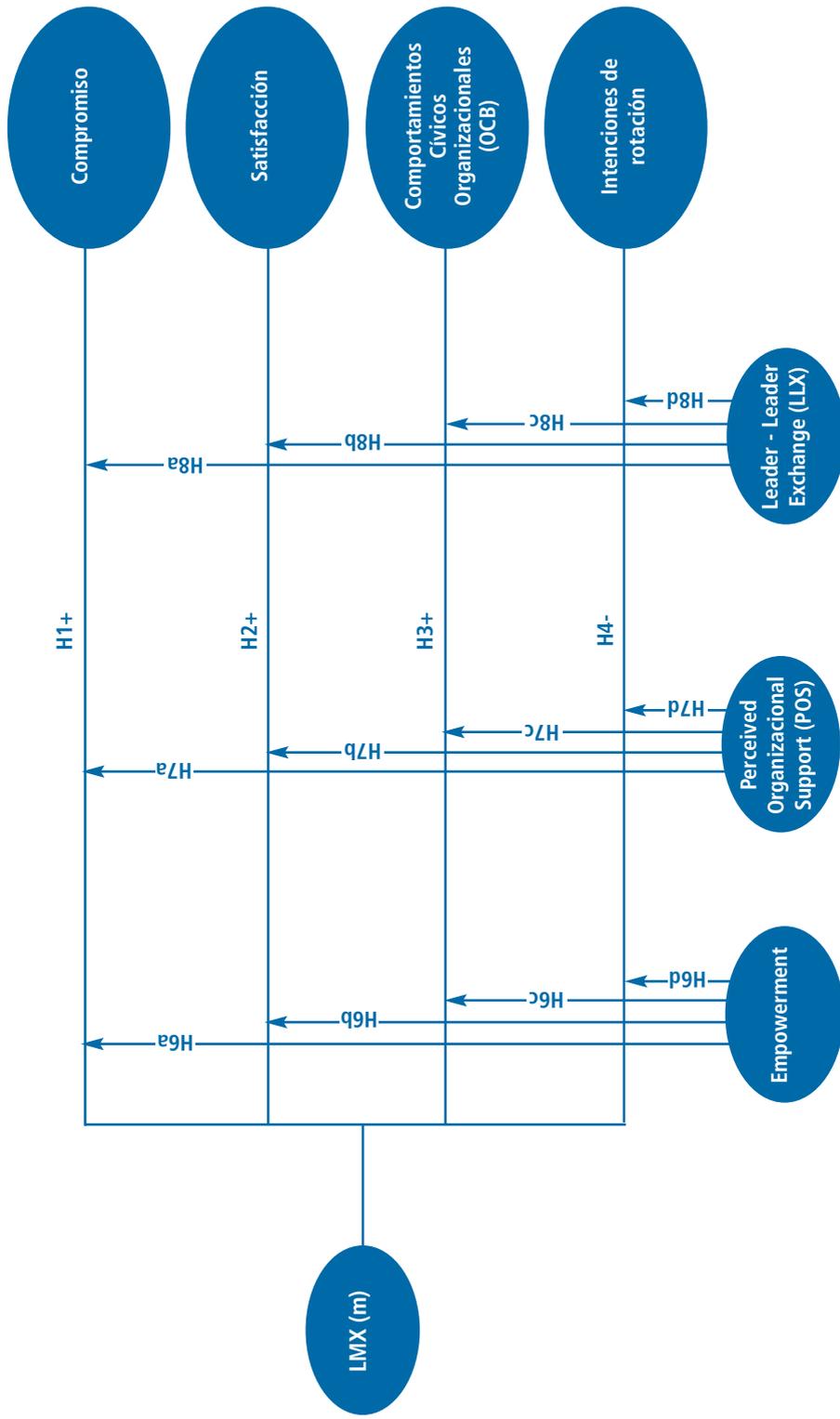
líder (LLX), modera los efectos de la relación de la supervisora con las enfermeras. Las hipótesis propuestas, son las siguientes:

H8: El LLX moderará las 4 relaciones principales de la siguiente forma:

- H8(a):** El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y el compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.
- H8(b):** El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y la satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.
- H8(c):** El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.
- H8(d):** El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.

Una vez formuladas las hipótesis de trabajo y descritas las variables a estudio, para una mejor comprensión de la investigación de forma gráfica, ver figura 1 (página 99).

5.3. Marco teórico o modelo



H5: El grado de acuerdo entre la supervisora (LMX(l)) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto.

Figura 1: Hipótesis del modelo y sus relaciones previstas

6

METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

6.1.1. Tipo del estudio

Descriptivo transversal, siendo el individuo la unidad de análisis.

6.1.2. Población y muestra del estudio

La población objeto de estudio estuvo compuesta por todas las enfermeras y todas las supervisoras que trabajaban en los nueve hospitales públicos generales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Para identificar a estos hospitales en esta investigación los denominaremos con los números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9, correspondiendo el número 1 al Hospital de Alcañiz, el número 2 al Hospital de Barbastro, el número 3 al Hospital “Ernest Lluch” de Calatayud, el número 4 al Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, el número 5 al Hospital “San Jorge” de Huesca, el número 6 al Hospital “Nuestra Señora de Gracia” de Zaragoza, el número 7 al Hospital “Royo Villanova” de Zaragoza, el número 8 al Hospital Universitario “Miguel Servet” de Zaragoza y el número 9 al Hospital “Obispo Polanco” de Teruel (ver tabla 3).

HOSPITAL	Nº CAMAS	HABITANTES CIUDAD
1. Hospital de Alcañiz	125	16.043
2. Hospital de Barbastro	161	16.961
3. Hospital “Ernest Lluch”	122	20.191
4. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”	808	661.108
5. Hospital “San Jorge”	297	52.282
6. Hospital “Nuestra Señora de Gracia”	151	661.108
7. Hospital “Royo Villanova”	260	661.108
8. Hospital Universitario “Miguel Servet”	1.290	661.108
9. Hospital “Obispo Polanco”	215	35.564

Tabla 3: Descripción de los hospitales

Los hospitales se categorizan según su tamaño, siguiendo el criterio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), en pequeños y grandes (pequeños ≤ 500 camas y grandes ≥ 501 camas) y según el tamaño de la población donde están ubicados según el Instituto Aragonés de Estadística (2016), en menores y mayores (menores ≤ 500.000 habitantes y grandes ≥ 500.000 habitantes).

La unidad a investigar en este trabajo se ha definido como la díada enfermera/supervisora de los hospitales públicos generales aragoneses que tengan un desarrollo de un mes de relación como mínimo. El criterio de un mes de duración se apoya en la afirmación de Liden, Sparrowe y Wayne (1997), de que los vínculos líder-seguidor tienden a establecerse prontamente (en dos semanas).

Considerando que el nivel de respuesta a las encuestas tiende a ser muy variable y frecuentemente bajo (Díaz de Rada, 2015), y teniendo en cuenta que algunos cuestionarios podrían cumplimentarse incorrectamente o estar incompletos, por lo que deberían ser eliminados, se optó por la prudencia y distribuir los cuestionarios a la población total de enfermeras que estuvieran en activo en el momento de la realización del estudio. Del mismo modo, se distribuyeron cuestionarios a todas las supervisoras. Esta decisión se fundamentó en la intención de asegurar la consecución de una muestra lo suficientemente grande, que fuera representativa de la población diana que se pretendía estudiar. Se excluyeron las enfermeras que llevaban menos de un mes de relación con la supervisora y las supervisoras que llevaban menos de un mes en el puesto.

Con estos criterios, en el momento en que se realizó esta investigación, el número total de enfermeras ascendía a 3628 y el de supervisoras a 202, repartiéndose cuestionarios a cada una de ellas. Tras su recogida y la eliminación de los no válidos, la muestra se compuso de 2541 enfermeras, 192 supervisoras y 2500 díadas emparejadas.

6.1.3. Variables del estudio

6.1.3.1. Variables socio-demográficas

Factores del colaborador como la antigüedad en la organización, el tiempo con la supervisora, la edad, educación, se han incluido porque se prevé que influyan en la interacción entre la supervisora y la enfermera, lo cual afectará al proceso de desarrollo del LMX (Dienesch y Liden, 1986). El tiempo que las enfermeras han pasado con las supervisoras también podría tener un efecto en la relación (Liden, Wayne y Stilwell, 1993). Tomando en consideración esta bibliografía, se han incluido en nuestro estudio las siguientes variables socio-demográficas:

- Edad (de la enfermera), en años.
- Sexo (de la enfermera): Hombre/mujer.
- Antigüedad (de la enfermera) trabajando como enfermera. Está expresada en años, y si no llega a un año, en decimales proporcionalmente a los meses.
- Antigüedad (de la enfermera) trabajando en ese hospital. Está expresada en años, y si no llega a un año, en decimales proporcionalmente a los meses.
- Antigüedad (de la enfermera) trabajando en esa unidad. Está expresada en años, y si no llega a un año, en decimales proporcionalmente a los meses.
- Antigüedad (de la enfermera) en la relación con esa Supervisora. Está expresada en años, y si no llega a un año, en decimales proporcionalmente a los meses.
- Grado académico (de la enfermera): Diploma de Experto o estudios avanzados/Master oficial o especialidad/ Doctor/Otra licenciatura.
- Tipo de jornada (de la enfermera): completa SI/NO.
- Rango de control (de la supervisora): número de enfermeras que dependen directamente de la supervisora.
- Tamaño del Hospital: grandes (G), aquellos que tienen más de 501 camas (hospitales 4 y 8) y pequeños (P), aquellos que tienen 500 camas o menos (el resto de hospitales).
- Tamaño de la población donde se ubica el hospital, Zaragoza (Z) (hospitales 4, 6, 7 y 8) y otras (O) (hospitales 1, 2, 3, 5 y 9).

6.1.3.2. Variable independiente

Como variable independiente en este estudio se ha tomado la calidad de la relación Enfermera-Supervisora, medida con el LMX-7.

El LMX se enmarca dentro de una relación diádica por definición, pero la mayoría de los estudios proceden sólo de una visión del LMX, la de los miembros (Schriesheim, Castro y Cogliser, 1999; Yammarino *et al.*, 2005), cuando en realidad, un modelo diádico requeriría percepciones simultáneas, la de la supervisora y la de la enfermera.

Atendiendo a esta petición, en esta investigación se tendrán en cuenta las dos percepciones: la de la enfermera (LMX(m)) (ver cuestionario en anexo III, escala G) y la de la supervisora (LMX(l)) (ver anexo IV).

6.1.3.3. Variables dependientes

Se han tenido en cuenta como variables dependientes las siguientes variables organizacionales (resultados en la organización):

- Compromiso organizacional (de la enfermera), medido con el cuestionario OCQ (Organizational Commitment Questionnaire) (ver cuestionario en anexo III, escala B).
- Satisfacción laboral (de la enfermera), medida con el cuestionario Font Roja (ver cuestionario en anexo III, escala E).
- Comportamientos cívicos organizacionales (OCB), de la enfermera, medidos con el cuestionario de Podsakoff (ver cuestionario en anexo III, escala C).
- Intenciones de rotación (de la enfermera), medida con escala de Tordera (ver cuestionario en anexo III, escala D).

6.1.3.4. Variables moderadoras

Las variables moderadoras que se estudiarán en este trabajo son las siguientes:

- Empoderamiento (de la enfermera), medido con el cuestionario de Spreitzer (ver cuestionario en anexo III, escala A).
- Apoyo organizacional percibido (POS) (de la enfermera), medido con el cuestionario de Eisenberger (ver cuestionario en anexo III, escala F).
- Calidad de la relación Supervisora-Superior inmediato de la supervisora (LLX), medida con el LMX-7 (ver anexo V).

6.1.3.5. Otras variables

El grado de acuerdo de la calidad de la relación entre Supervisora y Enfermera será otra variable que se va a estudiar en este trabajo de investigación.

6.2. Instrumentos de medida

Los instrumentos utilizados para medir las variables han sido seleccionados, tras una amplia revisión de la literatura, atendiendo por un lado a criterios de validez de contenido en otros estudios, y por otro a la frecuencia con la que se han utilizado en la investigación previa. De esta forma, se han seleccionado para esta investigación los siguientes instrumentos de medida:

6.2.1. Intercambio Líder-Miembro (enfermera) LMX(m)

La satisfacción de la enfermera con la calidad de su relación con la supervisora, se midió utilizando el cuestionario unidimensional adaptado LMX-7 (Leader Member Exchange), desarrollado y recomendado por Graen y Uhl-Bien (1995). Este instrumento consiste en una adaptación del original basado en la Teoría LMX (Danserau, Graen y Haga, 1975). Consta de 7 ítems y escala Likert con 5 opciones de respuesta (1= raramente o similar, 5= muy frecuentemente o similar). De acuerdo con Gerstner y Day (1997), es la herramienta más utilizada para medir la calidad LMX y tiene las mejores propiedades psicométricas de los instrumentos examinados. El rango en el que oscila el alfa de Cronbach en los diversos estudios se encuentra entre 0,8-0,9 (Graen y Uhl-Bien, 1995). Aunque la unidimensionalidad del concepto LMX ha sido cuestionada (Dienesch y Liden, 1986; Graen y Scandura, 1987; Le Blanc *et al.*, 1993), Graen y Uhl-Bien (1995) concluyen que el concepto LMX tiene múltiples dimensiones, pero que éstas están tan fuertemente relacionadas que es posible establecer una conexión con la medición única del LMX. Este cuestionario ya ha sido usado y validado en España en población del sector bancario por De la Rosa y Carmona (2010). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,925.

6.2.2. Intercambio Líder-Miembro (supervisora) LMX(l)

La satisfacción de la supervisora con la calidad de su relación con la enfermera, se midió al igual que el LMX(m), utilizando el cuestionario unidimensional LMX-7 (Leader Member Exchange) desarrollado por Graen y Uhl-Bien (1995). Sin embargo, siguiendo la recomendación de Plagis y Green (2002), los 7 ítems fueron modificados para cambiar la perspectiva, es decir, con la excepción del último ítem (que pide una evaluación global de la relación), se solicita la calificación del supervisor, de la contribución del subordinado a la relación. El cuestionario LMX(l) ofrece una imagen en espejo de lo que se ha evaluado por la tradicional LMX(m). Un ejemplo sería si en el LMX(m) se pregunta ¿En qué medida cree usted que su supervisora es capaz de entender sus problemas y necesidades?, en LMX(l) ¿En qué medida cree usted que su enfermera es capaz de entender sus problemas y necesidades? De esta forma se puede examinar la manera en que ambos lados de la díada evalúan su relación de intercambio. Los ítems se evalúan igual que el LMX(m), con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que va desde 1 (Raramente o similar) a 5 (Muy frecuentemente o similar). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,920.

6.2.3. Compromiso organizacional

Se evaluó utilizando una adaptación de la versión corta de 9 ítems del OCQ (Organizational Commitment Questionnaire) que elaboraron Mowday, Steers y Porter (1979). Este cuestionario

mide el deseo de permanecer en la organización, mantener altos niveles de esfuerzo y aceptación de las metas y valores organizacionales. Los ítems se puntúan con una escala Likert con 7 opciones de respuesta que van desde 1 (Muy en desacuerdo) a 7 (Muy de acuerdo). Este cuestionario ya ha sido usado y validado en España en población del sector bancario por De la Rosa y Carmona (2010). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido, de 0,894.

6.2.4. Empoderamiento

La percepción de empoderamiento fue medida utilizando una versión adaptada del cuestionario de Spreitzer (1995) de 13 ítems. Es un cuestionario validado al castellano por Jáimez (2012), en una población de estudiantes universitarios y trabajadores de empresas españolas de servicios. Este instrumento mide la autonomía, la competencia, el impacto y el significado del trabajo. Contiene tres ítems para cada una de las cuatro dimensiones del empoderamiento, excepto para la dimensión de autonomía que contiene cuatro elementos. Los ítems se califican en una escala de Likert de 5 puntos que va de 1 (Poco) a 5 (Mucho). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,881.

6.2.5. Apoyo Organizacional Percibido (POS)

Para medirlo se utilizó un cuestionario de diecisiete ítems, versión abreviada de la Survey of Perceived Organizational Support (Encuesta de Percepción sobre el Apoyo Organizativo) de Eisenberger *et al.* (1986). Este cuestionario fue ya validado en español por Ortega (2003). Los ítems se evalúan en una escala de Likert de 7 puntos que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 7 (Muy de acuerdo). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,938.

6.2.6. Satisfacción laboral

El instrumento de medida de la satisfacción laboral fue el Cuestionario Font Roja, de veinticuatro ítems, de Aranaz y Mira (1988), adaptado para nuestro estudio. Los ítems han sido valorados mediante una escala Likert de cinco puntos que va desde 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). Este cuestionario que fue diseñado para medir la satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en un medio sanitario, explica el 69,2 del total de la varianza. El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,743.

6.2.7. Intención de rotación

La intención de rotación se midió mediante una escala de tres ítems de Tordera (2002), utilizada para valorar las intenciones de rotación en profesionales sanitarios españoles. Los ítems se evalúan a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,904.

6.2.8. Intercambio Líder-Líder (LLX)

La satisfacción de la supervisora con la calidad de su relación con su superior inmediato, se midió igual que el LMX(m), utilizando el cuestionario unidimensional adaptado LMX-7 (Leader Member Exchange) desarrollado y recomendado por Graen y Uhl-Bien (1995). Como ya se ha comentado, es una relación exactamente igual que la del LMX, con la única salvedad de las distintas posiciones de quienes conforman la relación diádica. El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,947.

6.2.9. Comportamientos Cívicos Organizacionales (OCB)

Para medir este tipo de comportamientos se utilizó una adaptación del cuestionario creado por Podsakoff *et al.*, (1990). Consta de veinticuatro ítems, cinco para cada una de las dimensiones definidas por Organ (1997), (rectitud, deportividad, virtud cívica, cortesía y altruismo), excepto para la virtud cívica que sólo tiene cuatro. Esta escala está validada al castellano en una población venezolana de estudiantes de post-grado (Biaggini y Mendoza, 2005). Los ítems se evaluaron a través de una escala tipo Likert de 7 puntos siendo 1 "Muy en desacuerdo" y 7 "Muy de acuerdo". El alfa de Cronbach de esta escala en nuestro estudio ha sido de 0,773.

En la tabla 4 se resumen las escalas utilizadas en esta investigación.

Variable	Escala	Autor	α de Cronbach
Empoderamiento	Psychological Empowerment Instrument	Spreitzer	0,881
Compromiso Organizacional	Organizational Commitment Questionnaire	Mowday, Steers y Porter	0,894
Comportamiento Cívico Organizacional	Scale of Organizational Citizenship Behavior	Podsakoff, Mackenzie, Moorman, y Fetter	0,773
Intenciones de Rotación	I. de Rotación	Tordera	0,904
Satisfacción Laboral	Font Roja	Aranaz y Mira	0,743
Apoyo Organizacional Percibido	Survey of Perceived Organizational Support	Eisenberger, Huntington, Hutchison y Sowa	0,938
Intercambio Líder-Miembro (punto de vista enfermera)	LMX-7	Graen y Uhl-Bien	0,925
Intercambio Líder-Miembro (punto de vista supervisora)	LMX-7	Graen y Uhl-Bien	0,920
Intercambio Líder-Líder	LMX-7	Graen y Uhl-Bien	0,947

Tabla 4: Escalas utilizadas en la investigación

6.3. Procedimiento

Se utilizaron cuestionarios de autoinforme, causando un sesgo de método común. Sin embargo, Spector (1994), sostiene que los métodos de auto-informe son legítimos para la recopilación de datos acerca de las percepciones de los empleados, siempre que el instrumento refleje una extensa revisión de la literatura y se utilicen patrones de reconocimiento para apoyar las interpretaciones de los datos.

Tras obtener el dictamen favorable del proyecto de investigación biomédica por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) con el número de expediente C.I. PI16/0106, y la aprobación de las Direcciones de los correspondientes hospitales, tras cita previa, se explica a

las Directoras de Enfermería (o su representante) el proyecto en profundidad. Todas las Direcciones de Enfermería excepto una, se implican en el proyecto y celebran una reunión con todas las supervisoras para explicar el proyecto y pedir la colaboración a sus supervisoras. A partir de ese momento, y en un periodo de 1 mes, se van realizando reuniones con todas las unidades de los nueve hospitales en las que están presentes la investigadora principal, la supervisora de la unidad y una de las enfermeras que estuviera trabajando en ese momento. Es en esta reunión donde se explica el proyecto, se resuelven las dudas del cuestionario, se advierte que no hay respuestas correctas o incorrectas en las escalas de valoración, y se pide la colaboración de todas las enfermeras y supervisoras para su cumplimentación. También se deja teléfono y e-mail de contacto, por si surgiera alguna duda al cumplimentarlo.

Los cuestionarios iban identificados con el número del hospital, de la Unidad de Cuidados de Enfermería y de la supervisora o enfermera.

Para poder emparejar el LMX(l) con el LMX(m) de la misma relación, una vez en la unidad con la enfermera y la supervisora, se confeccionaba una lista de las enfermeras que llevaban más de un mes en la unidad asignándole un número a cada una de ellas. Se hacía copia de la lista, una para la supervisora y otra para la enfermera encargada de repartir los cuestionarios, y se codificaban los cuestionarios de LMX(l) y LMX(m). De esta manera, la enfermera entregaba el cuestionario 1 a la enfermera número uno de la lista y la supervisora cuando calificaba el LMX(l) número uno, sabía que estaba evaluando la relación con la enfermera número 1. De este modo, quedaba garantizado tener los dos puntos de vista (de la enfermera y de la supervisora) de la misma relación.

Para asegurar la confidencialidad, el cuestionario (junto con un documento de información para el participante), se entregaba en un sobre, el cual se cerraba una vez rellenado y las listas eran destruidas para que nadie pudiera verlas. La supervisora destruía su lista una vez había rellenado sus cuestionarios y la enfermera destruía la suya tras haber repartido todos los cuestionarios a las enfermeras de su unidad. Además, los cuestionarios de las enfermeras y los de la supervisora llevaban diferente vía de recogida una vez cumplimentados. Los de las enfermeras eran repartidos y recogidos por la enfermera que había acudido a la reunión, mientras que los de la supervisora, eran custodiados por ella misma hasta el día en que la investigadora recogía separadamente los cuestionarios de la supervisora y los guardados por la enfermera.

6.4. Consideraciones éticas

Este estudio no presentó ningún tipo de riesgo para los participantes, ya que se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los profesionales que participaban en el estudio.

Los datos personales fueron codificados, de tal manera que no aparecía en ningún momento, ningún dato con el cual se pudiera identificar al participante.

La confidencialidad quedaba garantizada al entregar personalmente el cuestionario con sobre, el cual se devolvía cerrado en el lugar de recogida.

Como se ha dicho anteriormente, se contaba con la autorización firmada expresamente para este estudio de la Dirección de cada Hospital y con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).

Así mismo se declara que no existe ningún conflicto de interés en las investigadoras y que no ha habido ningún tipo de financiación externa para la realización del mismo.

6.5. Gestión y análisis de datos

El resultado de todos los datos de los cuestionarios fue pasado a soporte informático en una hoja de datos Excel y posteriormente volcados al paquete estadístico SPSS versión 22.0.

Este análisis estadístico comprendió una serie de comparaciones de medias, desviaciones estándar, correlaciones, coeficientes de correlación y regresiones multivariantes. Previamente a todo ello, se realizó el análisis descriptivo de todas las variables utilizadas.

El análisis de datos detallado, se incluye en el capítulo 7 de resultados.

7

RESULTADOS

Los datos fueron analizados usando técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

En primer lugar se realiza un análisis de los resultados descriptivos más relevantes. Estos datos son representados en tablas y/o gráficos, junto con sus respectivos estadísticos descriptivos (media, desviación típica, frecuencia, porcentaje, etc.).

Posteriormente, con el objetivo de constatar la validez y fiabilidad de los instrumentos de medida de las variables utilizadas en el cuestionario se realiza respectivamente el alfa de Cronbach y un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales y con rotación Varimax (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014).

Atendiendo al LMX(m), como un eje transversal en todo el trabajo, se ha continuado con la realización de un cruce de variables mediante la matriz de correlaciones, analizando las relaciones más significativas. También se ha realizado un modelo de regresiones para poder realizar los pronósticos de LMX(m) a partir de las variables más importantes y utilizando el método Stepwise, que permite el control de las intercorrelaciones entre las variables independientes (Hair, 2008).

Para finalizar, y con el ánimo de comprobar la intervención de variables moderadoras, se realiza un análisis de regresión lineal múltiple, introduciendo como tercera variable independiente, el producto de las variables utilizadas en cada regresión con aquella cuyo efecto de moderación se quiere estudiar para comprobar si dicha moderación es significativa en el modelo anteriormente definido.

7.1. Análisis estadístico descriptivo

Se invitó a participar en el estudio al total de las enfermeras y de las supervisoras que trabajaban en los nueve hospitales públicos aragoneses, y que cumplían el criterio de tener un mes de relación entre ambas. Ello supuso excluir a las supervisoras que tenían el nombramiento en el puesto con tiempo inferior a un mes a la fecha de contestar el cuestionario, y excluir a las enfermeras que estaban realizando sustituciones comenzadas en un plazo inferior a un mes en el momento de responder al cuestionario. Del mismo modo, si un puesto estaba ocupado por 2 enfermeras (tiempo parcial), se invitó a las dos enfermeras a participar en el estudio. Con estos criterios de inclusión y exclusión, se entregaron cuestionarios a 202 supervisoras y a 3.628 enfermeras.

Las enfermeras respondían un cuestionario que, además de las variables sociodemográficas, incluía las escalas de: Empoderamiento, Apoyo Organizacional Percibido (POS), Satisfacción laboral, Intenciones de Rotación, Comportamientos Cívicos Organizacionales (OCB), Compromiso Organizacional e Intercambio Líder-Miembro (LMX(m)) (anexo III), conteniendo aproximadamente 100 ítems.

Las supervisoras a su vez, contestaban un cuestionario de 7 ítems (LMX) por cada una de las enfermeras que tenían en la Unidad con más de un mes de relación. Con este cuestionario, describían la calidad de la relación que tenían con cada enfermera, es decir, la calidad del Intercambio Líder-Miembro desde el punto de vista del líder; es el cuestionario identificado como LMX(I). Así mismo, contestaban el mismo cuestionario de siete ítems, describiendo en este caso, la calidad de la relación que tenían con su superior inmediato. Este cuestionario lo denominaremos a partir de ahora LLX (Intercambio Líder-Líder).

De los 3.628 cuestionarios entregados a las enfermeras, se devolvieron 2.724, de los que, una vez desestimados los mal cumplimentados resultaron 2.541 aptos para realizar el análisis de los datos, lo que se corresponde con una tasa de respuesta del 70,04%.

En las supervisoras no hubo que desestimar ningún cuestionario mal cumplimentado. De los 202 entregados para describir la calidad de la relación con su superior, devolvieron cumplimentados 192, obteniendo una tasa de respuesta del 95,05%, y de los 3.628 entregados para describir la calidad de la relación con cada una de sus enfermeras, devolvieron cumplimentados 3.432 con una tasa de respuesta del 94,60%.

En la tabla 5 se muestra la tasa de respuesta por hospitales de los 2.541 cuestionarios respondidos por las enfermeras, los 192 cuestionarios respondidos por las supervisoras sobre su relación con su inmediato superior y los 3.432 respondidos por las supervisoras sobre su relación con las distintas enfermeras que lidera. Emparejando los cuestionarios válidos obtenidos, se obtienen 2500 díadas válidas.

Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
Supervisoras (LLX)	12	13	12	41	16	8	12	72	16	202
Cumplimentadas Supervisoras (LLX)	12	11	12	40	14	8	11	70	14	192
Nulas Supervisoras (LLX)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Válidas Supervisoras (LLX)	12	11	12	40	14	8	11	70	14	192
% Respuestas Supervisoras (LLX)	100	84,62	100	97,56	87,50	100	91,67	97,22	87,50	95,05
Supervisoras (LMX(I))	161	183	125	865	320	150	271	1.378	175	3.628
Cumplimentadas Supervisoras (LMX(I))	161	164	125	840	300	150	200	1.355	137	3.432
Nulas Supervisoras (LMX (I))	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Válidas Supervisoras (LMX(I))	161	164	125	840	300	150	200	1.355	137	3.432
% Respuestas Supervisoras (LMX(I))	100	89,62	100	97,11	93,75	100	73,80	98,33	78,28	94,60
Enfermeras	161	183	125	865	320	150	271	1.378	175	3.628
Cumplimentadas Enfermeras	140	130	109	600	212	101	164	1.136	132	2.724
Nulas Enfermeras	8	11	12	36	13	4	16	71	12	183
Válidas Enfermeras	132	119	97	564	199	97	148	1.065	120	2.541
% Respuestas Enfermeras	81,99	65,03	77,60	65,20	62,19	64,67	54,61	77,29	68,57	70,04

Tabla 5: Tasas de respuesta por hospitales

7.1.1. Estadísticos descriptivos sociodemográficos y diferencias significativas

Una vez calculadas las tasas de respuesta, en primer lugar se calcularon los estadísticos descriptivos correspondientes en función del tipo de variables: frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y, media, mediana, desviación típica, mínimo y máximo para las cuantitativas (Amon, 1999).

En la tabla 6 se muestra la distribución de los 2.541 cuestionarios contestados correctamente por parte de las enfermeras de los nueve hospitales.

Hospital	N	% del N
1	132	5,2
2	119	4,7
3	97	3,8
4	564	22,2
5	199	7,8
6	97	3,8
7	148	5,8
8	1.065	41,9
9	120	4,7

Tabla 6: Distribución de la muestra de las enfermeras por hospitales

Con respecto a la distribución de la muestra por tamaño de hospital (figura 2), se observa que casi dos tercios de la misma (64,1%), se encuentra concentrada en los dos hospitales grandes, mientras que un poco más del tercio restante, se encuentra distribuida entre los 7 hospitales pequeños de la comunidad autónoma. Al localizarse los hospitales grandes en las poblaciones con mayor número de habitantes, la muestra se concentra en Zaragoza, que cuenta con 661.108 habitantes, en comparación con el resto de poblaciones, donde la mayor de todas ellas tiene una población de 52.282 habitantes (figura 3).

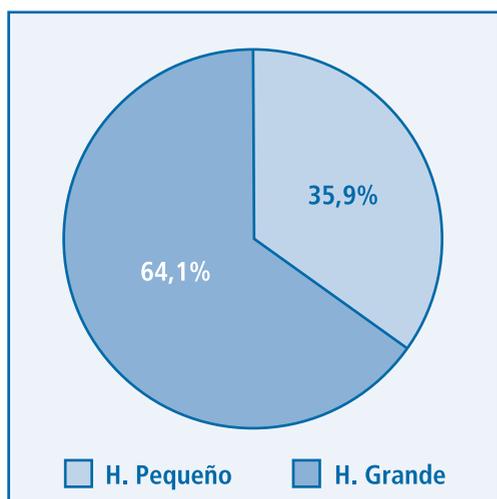


Figura 2: Distribución por tamaño del hospital

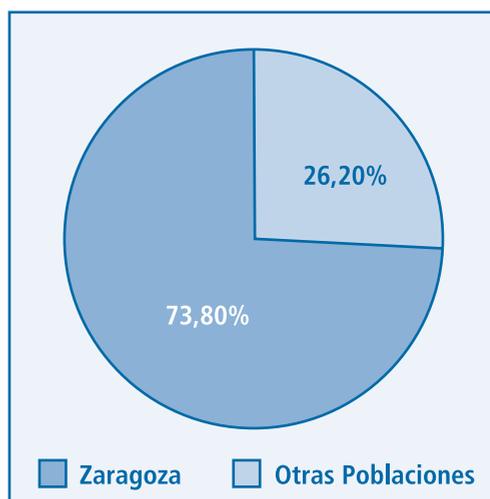


Figura 3: Distribución por número de habitantes de la población donde se ubica el hospital

La muestra de 2.541 enfermeras incluyó un 91,3% de mujeres (n: 2.319) (figura 4). Se realizó una prueba de chi-cuadrado para tablas cruzadas para la variable sexo entre hospitales grandes y pequeños y no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2= 1,26$ y $p = ,261$).

Con respecto al tipo de jornada, un 78,4% trabajaban a jornada completa (ver figura 5).

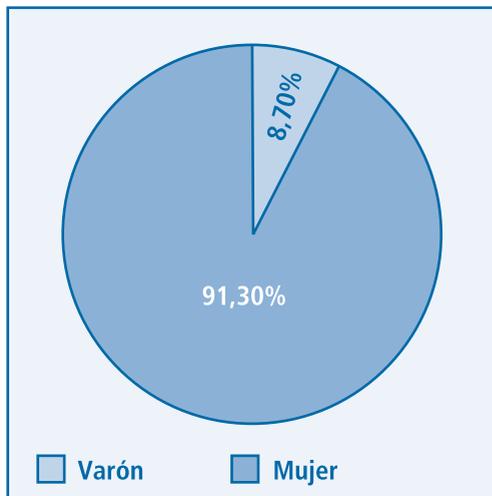


Figura 4: Distribución de enfermeras por sexo

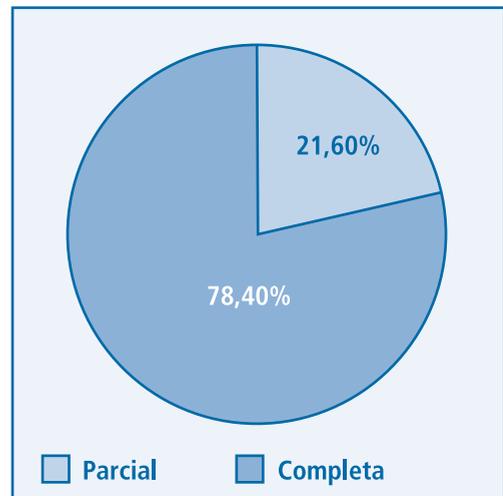


Figura 5: Distribución de enfermeras por tipo de jornada

Al desglosar por sexo el tipo de jornada, aunque aparentemente los porcentajes son diferentes, la diferencia no resulta significativa ($\chi^2= 3,56$ y $p = ,059$). Ver tabla 7.

Jornada	Sexo			
	Varón		Mujer	
	N	% del N	N	% del N
Parcial	37	16,7	513	22,1
Completa	185	83,3	1806	77,9

Tabla 7: Descripción del tipo de jornada por sexo de las enfermeras

El desglose del tipo de jornada por tamaño de hospital (tabla 8), tampoco obtuvo diferencias significativas. $\chi^2= 1,36$ y $p = ,244$

Hospital	Jornada	N	% del N
Pequeño	Parcial	209	22,9
	Completa	703	77,1
Grande	Parcial	341	20,9
	Completa	1288	79,1

Tabla 8: Descripción del tipo de jornada por tamaño de hospital

En esta muestra, las enfermeras tenían una media de edad de 44 años, con una experiencia laboral de 19,6 años, una antigüedad en el hospital y en la Unidad donde se encontraban trabajando en ese momento de 14,5 años y de 8,2 respectivamente, y con un tiempo de relación con la supervisora de 3,9 años. Ver tabla 9.

	Media	Desviación estándar	Mediana	N	Mínimo	Máximo
Edad	44	11	42	2541	23	68
Antigüedad como enfermera	19,6	11,3	18,0	2541	0,1	44,0
Antigüedad en el hospital	14,5	11,9	10,0	2541	0,1	44,0
Antigüedad en la unidad	8,23	9,96	4,0	2541	0,1	44,0
Antigüedad con la supervisora	3,9	5,4	2,0	2541	0,1	41,0

Tabla 9: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de la muestra de enfermeras

Al desglosar estas variables (antigüedades y edad), por tamaño de hospital, tablas 10 y 11, existen diferencias significativas entre hospitales grandes y pequeños en las siguientes variables:

- Edad: Superior en hospitales grandes ($t = -2,31$ y $p < ,05$).
- Antigüedad como enfermera: Superior en hospitales grandes ($t = -2,30$ y $p < ,05$).
- Antigüedad en la Unidad: No existen diferencias significativas ($t=0,18$ y $p=,86$).
- Antigüedad en el Hospital: Superior en hospitales grandes ($t = -5,99$ y $p < ,001$)
- Antigüedad con la Supervisora: Inferior en hospitales grandes ($t = 2,72$ y $p < ,01$)

	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	42,9	10,4	43,0	23,0	68,0
Antigüedad como enfermera	18,9	10,3	18,0	,5	42,0
Antigüedad en el hospital	12,7	10,5	9,0	,1	42,0
Antigüedad en la unidad	8,19	8,83	5,0	,1	42,0
Antigüedad con la supervisora	4,3	5,6	2,0	,1	37,0

Tabla 10: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales pequeños (N=912)

	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	44,0	11,5	42,0	23,0	64,0
Antigüedad como enfermera	19,9	11,8	17,0	,1	44,0
Antigüedad en el hospital	15,5	12,4	11,0	,1	44,0
Antigüedad en la unidad	8,26	10,54	3,0	,1	44,0
Antigüedad con la supervisora	3,7	5,2	2,0	,1	41,0

Tabla 11: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales grandes (N=1629)

De estas enfermeras, el 62,3%, contaban con la Diplomatura o Grado en Enfermería, el 5,2% había realizado además alguna otra licenciatura, el 13,6% había cursado un Experto Universitario, el 18,7% había realizado un Máster y el 0,2% tenía el grado de Doctor, como se muestra en la tabla 12.

	N	% de N
Enfermería	1583	62,3
Otra licenc.	131	5,2
Experto	345	13,6
Máster	476	18,7
Doctor	6	0,2

Tabla 12: Distribución de la muestra de enfermeras según el grado académico

En esta variable también se hizo el análisis desglosado por sexo, y en este caso las diferencias sí que fueron significativas ($\chi^2= 12,00$ y $p = ,017$). Existe una mayor tendencia en las mujeres a poseer el grado de enfermería, ($SR_{ij} = 2,7$), mientras que un número significativamente mayor de varones poseen alguna otra licenciatura ($SR_{ij} = 2,7$). No hay diferencias significativas en las otras categorías. Para más detalles, ver tabla 13.

Grado Académico	Sexo					
	Varón		Mujer		Total	
	N	% del N	N	% del N	N	% del N
Enfermería	120	54,1	1463	63,1	1.583	62,3
Otra Licenciatura	20	9,0	111	4,8	131	5,2
Experto	37	16,7	308	13,3	345	13,6
Máster	44	19,8	432	18,6	476	18,7
Doctor	1	0,5	5	0,2	6	0,2

Tabla 13: Distribución de la muestra de enfermeras por sexo y grado académico

El desglose de la variable grado académico por tamaño de hospital tuvo como resultado diferencias significativas ($\chi^2= 19,06$ y $p = ,001$). Existe una mayor tendencia en los hospitales grandes a poseer un máster, $SR_{ij} = 2,8$, mientras que en los hospitales pequeños hay una proporción significativamente superior a lo esperado de títulos de experto, $SR_{ij} = 2,6$. No hay diferencias significativas en las otras categorías (Tabla 14).

Grado Académico	Tamaño del hospital					
	Hospital grande		Hospital pequeño		Total	
	N	% del N	N	% del N	N	% del N
Enfermería	998	61,3	585	64,1	1.583	62,3
Otra Licenciatura	93	5,7	38	4,2	131	5,2
Experto	200	12,3	145	15,9	345	13,6
Máster	332	20,4	144	15,8	476	18,7
Doctor	6	0,4	0	0,0	6	0,2

Tabla 14: Distribución de la muestra de enfermeras según el grado académico y tamaño de hospital

El rango de control de enfermeras que tiene la supervisora en esta muestra, es decir, el número de enfermeras que dependen directamente de ella, queda reflejado en la tabla 15. Hay que matizar, que las supervisoras gestionan otras categorías profesionales en los equipos que dirigen además de las enfermeras, por lo que los rangos de control de éstas, son mucho mayores en general.

	Media	Desviación estándar	Mediana	N	Mínimo	Máximo
Rango control	29,0	22,4	22,0	2541	1,0	105,0

Tabla 15: Descripción del rango de control de las supervisoras de la muestra

Desglosando los rangos de control por tamaño de hospital, podemos ver que existen diferencias significativas ($t= 20,99$ y $p< ,001$) entre los hospitales grandes y pequeños, con valores superiores para los hospitales grandes como muestra la tabla 16.

	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Hospital pequeño	19,6	8,3	19,0	1,0	40,0
Hospital grande	34,2	25,8	27,0	2,0	105,0

Tabla 16: Descripción del rango de control de las supervisoras por tamaño de hospital

7.1.2. Estudio de las escalas de la investigación

7.1.2.1. Análisis descriptivo de las escalas de la investigación

A continuación, se mostrarán los estadísticos descriptivos con las medias transformadas para poder apreciar las diferencias que existen entre las escalas. Al haber transformado todas las puntuaciones a una escala de 0 a 10, los resultados resultan mucho más visibles, por lo que se mostrarán también en las correspondientes figuras.

Las medias de las escalas desglosadas por sexo que resultaron significativas pueden verse en la tabla 17.

Escala	Sexo						Dif.
	Varón		Mujer		Total		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Empoderamiento	6,53	1,38	6,73	1,38	6,71	1,38	*
Compromiso	5,59	1,76	5,90	1,85	5,87	1,84	*
OCB	7,48	,79	7,65	,80	7,64	0,80	*
Intención de Rotación	3,68	2,60	3,34	2,45	3,37	2,47	*
Satisfacción	5,77	,95	5,82	,90	5,81	0,91	
POS	3,80	1,71	3,89	1,65	3,88	1,66	
LMX(m)	6,20	2,09	6,38	2,07	6,36	2,07	
LMX(l)	6,42	1,75	6,74	1,78	6,71	1,78	*
LLX	6,54	2,05	6,53	2,19	6,53	2,17	

* $p<0,05$

Tabla 17: Descripción de los valores medios (desviación standard) de los cuestionarios por sexo en un rango de 0-10

Como se puede observar en la figura 6, las mujeres obtienen puntuaciones ligeramente superiores en la mayoría de las escalas y las diferencias resultan, en cinco de ellas, significativas.

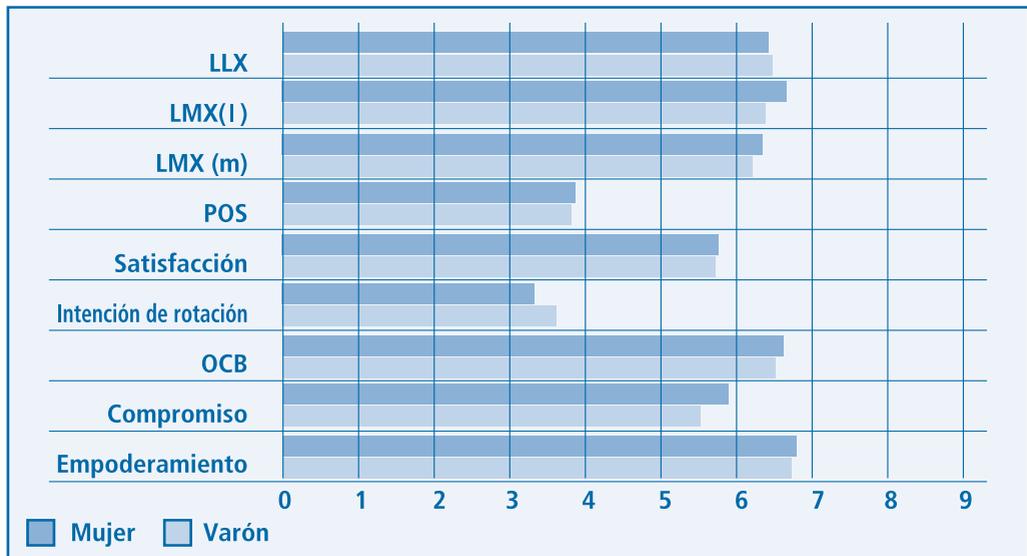


Figura 6: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por sexo

En la siguiente tabla (tabla 18), se pueden observar las diferencias de medias por tamaño del hospital.

Escala	Tamaño hospital						Dif.
	Pequeño		Grande		Total		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Empoderamiento	6,86	1,34	6,63	1,40	6,71	1,38	*
Compromiso	6,35	1,73	5,60	1,85	5,87	1,84	*
OCB	7,64	,79	7,63	,80	7,64	0,80	
Intención de Rotación	3,07	2,35	3,53	2,52	3,37	2,47	*
Satisfacción	5,92	,88	5,75	,91	5,81	0,91	*
POS	4,29	1,61	3,65	1,64	3,88	1,66	*
LMX(m)	6,61	1,92	6,22	2,14	6,36	2,07	*
LMX(I)	6,84	1,77	6,64	1,78	6,71	1,78	*
LLX	7,43	1,84	6,01	2,18	6,53	2,17	*

Tabla 18: Descripción de los valores medios (desviación standard) de los cuestionarios por tamaño del hospital (rango 0-10)

En este caso se observa unas puntuaciones significativamente superiores en los hospitales pequeños para todas las escalas excepto para los Comportamientos Cívicos Organizacionales, en la que los resultados son prácticamente idénticos. En la figura 7 se puede ver gráficamente.

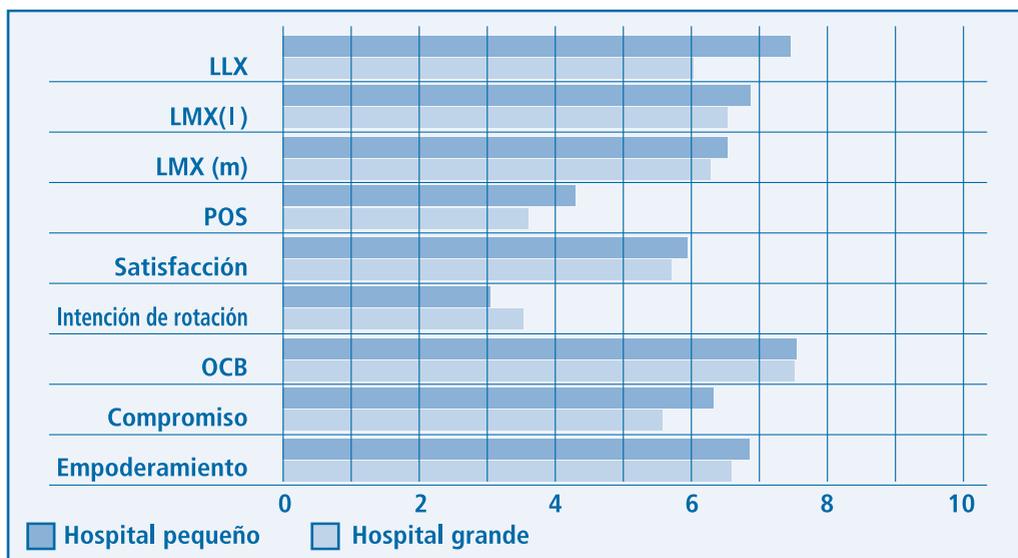


Figura 7: Representación de los valores medios (rango 0-10) de los cuestionarios por tamaño del hospital

Seguidamente se muestra la tabla 19 con la descripción de los valores medios según el tipo de jornada.

Escala	Tipo de jornada						Dif.
	Parcial		Completa		Total		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Empoderamiento	6,58	1,30	6,75	1,40	6,71	1,38	*
Compromiso	6,10	1,84	5,81	1,84	5,87	1,84	*
OCB	7,67	,74	7,63	,81	7,64	0,80	
Intención de Rotación	3,55	2,42	3,32	2,48	3,37	2,47	
Satisfacción	5,84	,89	5,80	,91	5,81	0,91	
POS	4,00	1,56	3,84	1,68	3,88	1,66	
LMX(m)	6,28	1,86	6,38	2,12	6,36	2,07	
LMX(I)	6,39	1,62	6,80	1,81	6,71	1,78	*
LLX	6,68	2,23	6,48	2,16	6,53	2,17	

*p<0,05

Tabla 19: Descripción de los valores medios de las escalas (desviación standard) por tipo de jornada

En este caso, las diferencias son menores y tan sólo resultan significativas para tres de las escalas, sin que haya una tendencia clara en la dirección de las diferencias como puede verse en la figura 8.

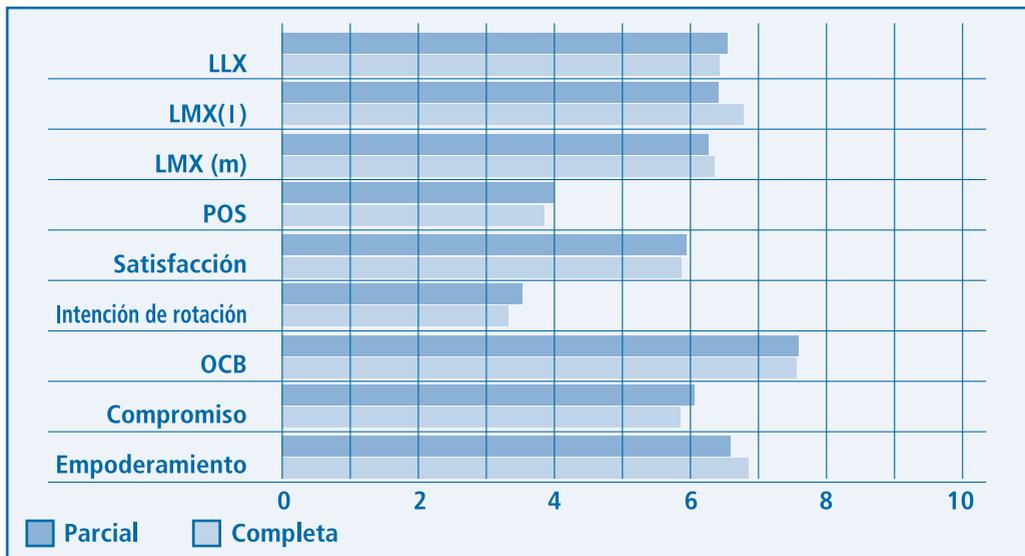


Figura 8: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por tipo de jornada

Por último, se presentan los valores medios de las escalas por grado de acuerdo en la tabla 20.

Escala	Grado de acuerdo						Dif.
	Bajo		Alto		Total		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Empoderamiento	6,64	1,51	6,74	1,33	6,71	1,38	
Compromiso	5,56	2,04	5,98	1,76	5,87	1,85	*
OCB	7,65	,83	7,63	,79	7,64	,80	
Intención de Rotación	3,53	2,58	3,30	2,43	3,36	2,47	*
Satisfacción	5,69	,98	5,86	,88	5,81	,91	*
POS	3,51	1,77	4,01	1,59	3,88	1,66	*
LMX(m)	5,55	2,68	6,65	1,71	6,36	2,07	*
LMX(I)	6,61	2,17	6,74	1,61	6,71	1,78	
LLX	6,45	2,27	6,56	2,14	6,53	2,17	

*p<0,05

Tabla 20: Descripción de los valores medios de los cuestionarios (desviación standard) por grado de acuerdo

Las personas con grado de acuerdo alto tienden a obtener puntuaciones superiores en casi todas las escalas, resultando diferencias significativas en cinco de ellas. Ver figura 9.

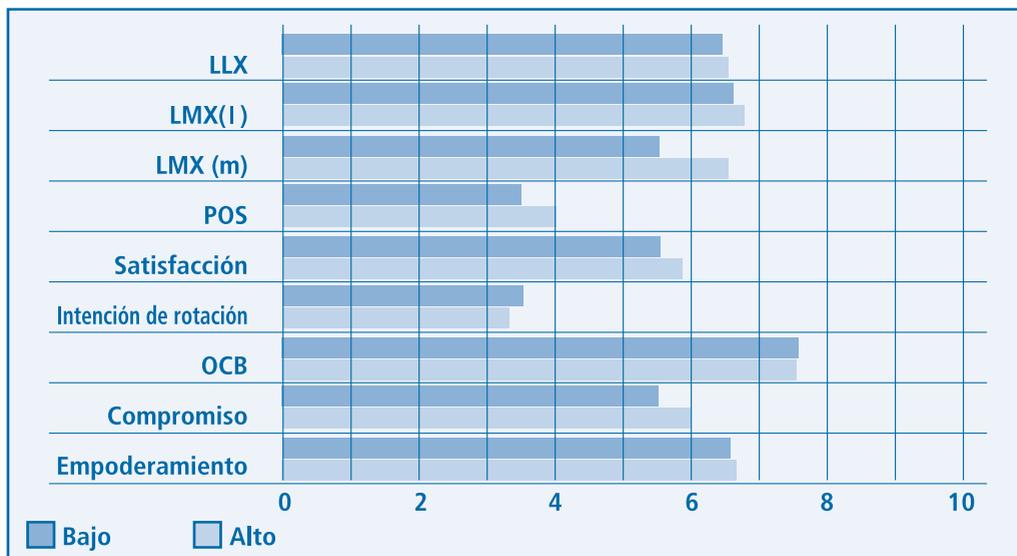


Figura 9: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por grado de acuerdo

7.1.2.2. Validez y fiabilidad de las escalas. Análisis Factorial Exploratorio

7.1.2.2.1. Global

De cara al análisis de la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio para cada una de las variables utilizadas en la encuesta global de las enfermeras y de las escalas de la supervisora (LMX(I) y LLX). En primer lugar, la realización del test de Kaiser-Meyer-Oldin, nos indica la adecuación del muestreo para la realización del análisis factorial obteniendo valores muy elevados (próximos a 1) para la mayoría de las variables estudiadas. Por su parte, la prueba de esfericidad de Bartlett arroja resultados muy significativos para todos los casos, lo que nos garantiza también, que es adecuada la extracción de factores y que el análisis factorial es significativo para todos los casos.

También se utilizó el método de los Componentes Principales para la extracción de factores y se ha llevado a cabo una rotación ortogonal de estos por el método Varimax. Ver tabla 21.

Escala (categorías de respuesta)	Nº de ítems	KMO*	Factores extraídos	Varianza explicada (%)
Empoderamiento (5)	13	0,857	4	74,2
Compromiso Organizacional (7)	9	0,919	1	55,5
Comportamiento Cívico Organizacional (7)	24	0,845	6	50,1
Rotación (5)	3	0,734	1	84,0
Satisfacción Laboral (5)	23	0,808	6	51,2
Apoyo Organizacional Percibido (7)	17	0,953	2	58,2
LMX(m) (5)	7	0,920	1	69,9
LMX (l) (5)	7	0,920	1	68,2
LLX (5)	7	0,914	1	76,8

* La prueba de Bartlett resulta significativa para todas las escalas ($p < ,001$)

Tabla 21: Estadísticos de validez de las escalas utilizadas

Del mismo modo se realizaron los test de fiabilidad, (alfa de Cronbach, así como las medias y las desviaciones estándar) de cada una de las escalas. Como puede apreciarse, los valores de fiabilidad son en general muy altos, indicando buena consistencia. Aun siendo más bajos los valores en las escalas de comportamiento cívico organizacional y satisfacción, son aceptables (ver tabla 22).

Escala	Categorías de respuesta	Alfa de Cronbach	Nº de ítems
Empoderamiento	5	0,881	13
Compromiso	7	0,894	9
Comportamiento Cívico Organizacional (OCB)	7	0,773	24
Intención de rotación	5	0,904	3
Satisfacción	5	0,743	23
Apoyo Organizacional Percibido (POS)	7	0,938	17
LMX(m)	5	0,925	7
LMX(l)	5	0,920	7
LLX	5	0,947	7

Tabla 22: Estadísticos de fiabilidad de las escalas utilizadas en la muestra

7.1.2.2.2. Por escalas

A continuación, se presentan los resultados de validez de cada una de las escalas, con las saturaciones factoriales resultado de la rotación ortogonal llevada a cabo. Se decidió el criterio de pesos superiores a 0,300 para la ubicación de los ítems en cada factor a partir de la matriz rotada, simplificando y facilitando de este modo su lectura. En los casos en los que se ha extraído únicamente un factor no procede llevar a cabo la rotación y se muestra la matriz sin rotar. La prueba de esfericidad de Bartlett aconseja la factorización para todas las escalas con una significación $p < ,001$.

7.1.2.2.2.1. Empoderamiento

El coeficiente de fiabilidad de alpha de Cronbach para el constructo de empoderamiento en general, es de 0,881 para esta muestra.

En el análisis de fiabilidad por elemento de la escala de empoderamiento, además de la media y de la desviación estándar se ha realizado la correlación total-elemento corregida para conocer la contribución de cada elemento a la puntuación total. Los datos indican que existe también una alta fiabilidad para cada uno de los ítems, dado

que los valores de la correlación total-elemento corregida de cada ítem, supera ampliamente el valor mínimo propuesto por Likert de 0,20 (Barbero, 2004) indicando con ello, que cada elemento está bien formulado, que no resulta ambiguo para los sujetos o que está midiendo aspectos distintos a los que mide el resto de los ítems. Ver Tabla 23.

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
A 1	4,23	,646	,401
A 2	4,52	,621	,412
A 3	3,67	,876	,660
A 4	2,99	1,014	,652
A 5	3,87	,797	,377
A 6	3,00	1,051	,638
A 7	3,54	,949	,662
A 8	3,38	,960	,688
A 9	4,03	,739	,461
A 10	4,33	,724	,467
A 11	2,83	1,011	,684
A 12	4,11	,685	,463
A 13	3,40	,950	,688

Tabla 23: Validez y fiabilidad del cuestionario Empoderamiento por elementos

Los componentes extraídos en esta escala, tras la realización de la rotación ortogonal con el método Varimax, al igual que en la escala original en inglés, son cuatro: autonomía, impacto, competencia y significado. Las dimensiones de significado y competencia coinciden completamente. La dimensión de impacto en la escala original la componen 3 ítems (4, 6 y 11), mientras que en esta muestra la componen 5 ítems (4, 5, 6, 11 y 13) y la última dimensión, la de la autonomía, en la escala original está compuesta por 4 ítems (3, 7, 8 y 13), y en esta ocasión está compuesta por 5 ítems

(3, 7, 8, 11 y 13). De cualquier manera, los ítems que no coinciden exactamente en las últimas dos dimensiones con la escala original, puede verse, como son los ítems que menos peso tienen, por lo que podría decirse que la coincidencia con la escala original en inglés es muy alta. Para más detalles en la tabla 24.

Empoderamiento		Componente			
		1	2	3	4
Autonomía	A 3: Tengo bastante autonomía para decidir cómo hacer mi trabajo	0,694			
	A 7: Puedo decidir por mí misma cómo voy a realizar mi propio trabajo	0,867			
	A 8: Tengo bastantes oportunidades de independencia y libertad en la forma de hacer mi trabajo	0,878			
	A 11: Tengo bastante influencia sobre lo que ocurre en mi Unidad	0,347			
	A 13: Tengo la oportunidad de utilizar la iniciativa personal para llevar a cabo mi trabajo	0,709			
Impacto	A. 4: Mi influencia sobre lo que ocurre en mi Unidad es alta		0,822		
	A 5: Las actividades laborales tienen un significado personal para mí		0,339		
	A 6: Tengo mucho control sobre lo que sucede en mi Unidad		0,785		
	A 11: Tengo bastante influencia sobre lo que ocurre en mi Unidad		0,833		
	A 13: Tengo la oportunidad de utilizar la iniciativa personal para llevar a cabo mi trabajo		0,369		
Competencia	A 1: Tengo confianza en mi capacidad para hacer mi trabajo			0,851	
	A 9: He adquirido las habilidades necesarias para mi trabajo			0,751	
	A 12: Estoy segura de mi misma acerca de mis capacidades para realizar las actividades de mi trabajo			0,864	
Significado	A 2: El trabajo que hago es importante para mí				0,842
	A 5: Las actividades laborales tienen un significado personal para mí				0,721
	A 10: El trabajo que hago tiene sentido para mí				0,812
α de Cronbach		0,881			
Media		3,68			
Media ponderada		6,70			
Desviación estándar		0,55			
KMO		0,86			
Varianza explicada		74,2%			

Tabla 24: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Empoderamiento

7.1.2.2.2. Compromiso organizacional

En esta muestra, el constructo global de compromiso, tiene un coeficiente de fiabilidad de alpha de Cronbach de 0,894.

El análisis por elemento de esta escala, también indica una buena fiabilidad, con todos los ítems con una correlación total-elemento corregida mayor a 0,20 (tabla 25).

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
B 1	5,37	1,277	0,489
B 2	4,74	1,515	0,763
B 3	3,12	1,771	0,544
B 4	3,86	1,445	0,749
B 5	4,89	1,367	0,785
B 6	4,01	1,642	0,740
B 7	4,95	1,443	0,723
B 8	5,36	1,376	0,429
B 9	4,41	1,613	0,697

Tabla 25: Validez y fiabilidad de Compromiso Organizacional por elementos

En la escala de este constructo sólo se ha extraído un factor, por lo que no procede llevar a cabo la rotación. En la tabla 26 se muestra la matriz sin rotar.

Compromiso Organizacional	Componente 1
B 1	0,573
B 2	0,835
B 3	0,633
B 4	0,820
B 5	0,853
B 6	0,817
B 7	0,798
B 8	0,512
B 9	0,778
α de Cronbach	0.894
Media	4,52
Media ponderada	5,87
Desviación estándar	1,10
KMO	0,92
Varianza explicada	55,5%

Tabla 26: Análisis factorial de Compromiso Organizacional por elementos

7.1.2.2.3. Comportamientos Cívicos Organizacionales

Este constructo, de forma global, presenta un coeficiente de fiabilidad de alpha de Cronbach de 0,773 que, aun siendo aceptable, es más bajo si lo comparamos con otros constructos de la investigación.

En el análisis de fiabilidad de la escala por elementos, en la correlación total-elemento corregida se observa un ítem que no llega al 0,20 propuesto por Likert

como valor mínimo y varios ítems que se encuentran en un valor cercano al 0,20 (ver tabla 27).

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
C 1	6,24	0,767	0,387
C 2	5,10	1,592	0,133 (n.s)
C 3	6,08	1,067	0,224
C 4	6,46	0,784	0,361
C 5	5,90	1,173	0,331
C 6	4,38	1,406	0,287
C 7	5,83	1,225	0,297
C 8	5,58	1,161	0,409
C 9	5,12	1,497	0,326
C 10	6,31	0,707	0,517
C 11	5,11	1,410	0,375
C 12	4,42	1,506	0,310
C 13	5,65	1,166	0,336
C 14	6,35	0,872	0,374
C 15	6,30	0,712	0,506
C 16	5,18	1,490	0,240
C 17	5,80	1,045	0,380
C 18	5,46	1,311	0,229
C 19	4,44	1,322	0,205
C 20	5,76	1,242	0,310
C 21	5,61	1,350	0,304
C 22	5,88	1,057	0,433
C 23	6,34	0,747	0,461
C 24	4,67	1,271	0,248

Tabla 27: Validez y fiabilidad de Comportamientos Cívicos Organizacionales

Tras la realización del análisis de componentes principales se obtienen 6, por lo que se realiza la rotación ortogonal con el método Varimax obteniéndose la matriz de la tabla 28.

En la escala original, la rotación converge en 5 iteraciones, mientras en esta muestra lo hace en 6. A pesar de esa diferencia, existe una gran similitud.

En la deportividad y en la virtud cívica convergen exactamente los mismos elementos en la escala original y en esta. En el componente del altruismo, en la original convergen 5 ítems (1, 10, 13, 15 y 23) y en esta muestra convergen 8 (1, 4, 10, 13, 14, 15, 17 y 23), los 5 coincidentes con mayor peso y los 3 restantes con menor peso. En la dimensión de la cortesía en la escala original convergen 5 elementos (4, 8, 14, 17 y 20), mientras que en esta ocasión han cargado 3 elementos (8, 20 y 21), de los cuales sólo dos son coincidentes. Dos de los elementos que en esta ocasión han cargado en altruismo, en la original cargan en cortesía (4 y 14), lo cual puede ser debido a las diferencias tan sutiles que hay entre estas dos dimensiones o componentes (Podsakoff *et al.*, 2000). Por su parte, en la dimensión de rectitud, en la escala original convergen 5 elementos (3, 18, 21, 22 y 24), al igual que en esta muestra, siendo coincidentes 4 de ellos (18, 21, 22 y 24).

Dos elementos en esta investigación se han quedado fuera de los componentes principales de la escala original (2 y 3), conformando otro componente.

Comportamiento Cívico Organizacional (OCB)		Componente					
		1	2	3	4	5	6
Altruismo	C 1: Ayudo a otras compañeras con mucha carga de trabajo	0,650					
	C 4: Intento evitar crear problemas a mis compañeras de trabajo	0,529					
	C 10: Siempre estoy dispuesta a echar una mano a la gente que me rodea	0,753					
	C 13: Ayudo a las que se han ausentado del trabajo parte del turno	0,590					
	C 14: No abuso de las demás compañeras	0,525					
	C 15: Gustosamente ayudo a otras compañeras que tengan problemas relacionados con el trabajo	0,757					
	C 17: Hago un esfuerzo por intentar prevenir conflictos con otras trabajadoras	0,402					
	C 23: Ayudo a nuevas compañeras de trabajo a orientarse aunque no se me pida	0,583					
Deportividad	C 2: Soy la típica que protesta para conseguir lo que quiere		0,522				
	C 5: Paso mucho tiempo quejándome de asuntos triviales		0,767				
	C 7: Tiendo a hacer montañas de un grano de arena		0,771				
	C 16: Siempre me concentro en lo que está mal en lugar de mirar el lado positivo		0,672				
	C 19: Siempre encuentro fallos a lo que hace el hospital		0,503				
Virtud cívica	C 6: Estoy al día sobre los cambios en el hospital			0,708			
	C 9: Asisto a reuniones que no son obligatorias pero que se consideran importantes			0,668			
	C 11: Realizo funciones que no se me piden, pero que contribuyen a mejorar la imagen del hospital			0,498			
	C 12: Leo y me mantengo actualizada con comunicaciones, informes y demás memorias del hospital			0,778			
Rectitud	C 18: Mi asistencia al trabajo está por encima de la media				0,689		
	C 21: No realizo descansos extras				0,579		
	C 22: Obedezco las normas y reglas del hospital incluso cuando nadie me ve				0,463		
	C 23: Ayudo a nuevas compañeras de trabajo a orientarse aunque no se me pida				0,332		
	C 24: Soy una de las enfermeras más meticulosa				0,648		
Cortesía	C 8: Considero el impacto que tienen mis actos en otras compañeras de trabajo					0,681	
	C 20: Soy consciente de que mi comportamiento afecta al trabajo de otras personas					0,701	
	C 21: No realizo descansos extras					0,396	
	C 2: Soy la típica que protesta para conseguir lo que quiere						-0,385
	C 3: Creo que debe haber equivalencia justa entre el trabajo que hago y el salario que recibo						0,721
	α de Cronbach						0,773
	Media						5,58
	Media ponderada						7,63
	Desviación estándar						0,48
	KMO						0,85
	Varianza explicada						50,1%

Tabla 28: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Comportamientos Cívicos Organizacionales

7.1.2.2.4. Intención de rotación

Se realiza el análisis de fiabilidad de la escala por elementos. En la correlación total-elemento corregida se obtienen buenos valores para los tres ítems como se muestra en la tabla 29.

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
D 1	2,36	1,039	0,819
D 2	2,34	1,094	0,850
D 3	2,34	1,098	0,759

Tabla 29: Validez y fiabilidad de la intención de rotación

Para la escala de intención de rotación, el coeficiente de alpha de Cronbach en esta muestra es de 0,904.

Posteriormente se efectuó el análisis de la validez del constructo, realizando la extracción de factores por el análisis de componentes principales, extrayendo solamente 1 componente, por lo que no se realiza la rotación ortogonal con el método Varimax, quedando la matriz con los datos mostrados en la tabla 30.

Intención de rotación	Componente 1
D 1	0,922
D 2	0,938
D 3	0,888
α de Cronbach	0.904
Media	2,35
Media ponderada	3,38
Desviación estándar	0,99
KMO	0,73
Varianza explicada	84,0%

Tabla 30: Análisis factorial de la intención de rotación

7.1.2.2.2.5. Satisfacción Laboral

Se seleccionó esta escala para este estudio, por ser un cuestionario elaborado expresamente para medir la satisfacción de los profesionales del medio hospitalario español (Aranaz, Mira y Rodríguez, 1988). El cuestionario inicialmente propuesto, fue posteriormente revisado por los mismos autores, realizando análisis factorial de componentes para construir la versión definitiva (eliminando los factores que no discriminaban las respuestas de los encuestados), que fue la que se aplicó en esta investigación (Aranaz y Mira, 1988). En nuestro caso, el coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach en esta muestra de enfermeras hospitalarias aragonesas es de 0,743. La fiabilidad más baja de todas las escalas de este estudio.

Como en el resto de las escalas, se procedió a analizar la fiabilidad de la escala por elementos (tabla 31).

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
E 1	3,43	1,095	0,089 (n.s.)
E 2	4,07	,871	0,094 (n.s.)
E 3	2,47	,973	0,374
E 4	2,39	1,052	0,246
E 5	2,25	1,019	0,132(n.s.)
E 6	2,51	1,069	0,327
E 7	3,73	,851	0,537
E 8	3,25	,905	0,328
E 10	4,44	,673	0,161 (n.s.)
E 11	4,33	,771	0,415
E 12	3,19	1,095	0,419
E 13	4,01	,853	0,332
E 14	4,18	,662	0,242
E 15	2,83	1,007	0,244
E 16	3,62	,853	0,265
E 17	2,49	,916	0,287
E 18	2,69	1,009	0,349
E 19	3,67	,871	0,304
E 20	3,09	,949	0,431
E 21	2,93	,948	0,120 (n.s.)
E 22	4,20	,751	0,228
E 23	3,14	1,097	0,419
E 24	3,55	1,015	0,314

Tabla 31: Validez y fiabilidad del construto de Satisfacción

Como puede apreciarse, cinco elementos no alcanzan el criterio de Likert de 0,20.

Para analizar la validez del constructo, se realiza el análisis factorial de componentes principales, convergiendo en 6 (tabla 32). En la escala original convergen 9 componentes, pero la similitud con esta muestra es muy débil. Los ítems que convergen en cada componente, además atienden a aspectos muy diferentes, con lo que es difícil identificar la dimensión específica de cada componente.

Satisfacción Laboral		Componente					
		1	2	3	4	5	6
E 3:	Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansada	0,693					
E 5:	Muy pocas veces me he visto obligada a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	0,328					
E 18:	Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	0,822					
E 20:	Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	0,855					
E 23:	Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	0,398					
E 7:	En mi trabajo me encuentro muy satisfecha		0,379				
E 8:	Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia		0,329				
E 12:	Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante		0,424				
E 13:	La relación con mi supervisora es muy cordial		0,818				
E 14:	Las relaciones con mis compañeras son muy cordiales		0,594				
E 19:	Estoy segura de conocer lo que se espera de mí en el trabajo, por parte de mis supervisores		0,701				
E 1:	Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca			0,574			
E 2:	Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital			0,610			
E 5:	Muy pocas veces me he visto obligada a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo			0,476			
E 6:	Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño			0,343			
E 7:	En mi trabajo me encuentro muy satisfecha			0,259			
E 8:	Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia			0,296			
E 10:	Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo			0,666			
E 11:	Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena			0,507			
E 6:	Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño				0,308		
E 7:	En mi trabajo me encuentro muy satisfecha				0,480		
E 12:	Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante				0,462		
E 15:	El sueldo que percibo es muy adecuado				0,578		
E 16:	Estoy convencida de que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación				0,670		
E 17:	Tengo muchas posibilidades de promoción profesional				0,590		
E 4:	Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo					0,305	
E 11:	Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena					0,284	
E 22:	Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitada para realizar mi trabajo					0,787	
E 23:	Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable					0,368	
E 24:	Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión					0,693	
E 4:	Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo						0,593
E 6:	Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño						0,466
E 8:	Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia						0,281
E 21:	Los problemas personales de mis compañeras de trabajo, habitualmente me suelen afectar						0,654
α de Cronbach							0,743
Media							3,11
Media ponderada							5,80
Desviación estándar							0,25
KMO							0,81
Varianza explicada							51,2%

Tabla 32: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Satisfacción

7.1.2.2.6. Apoyo Organizacional Percibido (POS)

La escala del constructo de Apoyo Organizacional Percibido (POS), de forma global, tiene un coeficiente de fiabilidad de alpha de Cronbach de 0,938.

El análisis de esta escala por elemento, indicó también una buena fiabilidad, con una correlación total-elemento corregida con valores moderadamente altos. Ver tabla 33.

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
F 1	2,91	1,456	,687
F 2	2,89	1,592	,453
F 3	2,86	1,394	,623
F 4	3,16	1,357	,571
F 5	3,65	1,368	,629
F 6	3,39	1,360	,621
F 7	3,89	1,416	,684
F 8	3,32	1,368	,781
F 9	3,56	1,380	,785
F 10	3,13	1,517	,567
F 11	3,76	1,453	,682
F 12	3,17	1,389	,772
F 13	3,62	1,425	,583
F 14	3,44	1,414	,697
F 15	3,30	1,283	,696
F 16	3,28	1,339	,758
F 17	3,25	1,338	,728

Tabla 33: Validez y fiabilidad de Apoyo Organizacional Percibido (POS)

El análisis de las saturaciones factoriales, resultado de la rotación ortogonal llevada a cabo para analizar la validez de la escala del apoyo organizacional percibido, muestra dos componentes que como puede observarse en la tabla 34, están muy relacionados y con las saturaciones muy repartidas.

Obseando los factores de mayor peso en cada componente se ve que en el primero se agrupan los factores “positivos” y en el segundo los negativos.

Apoyo Organizacional Percibido (POS)	Componentes	
	1	2
F 1: El hospital valora mi contribución a su desarrollo	0,586	
F 3: El hospital no aprecia mis esfuerzos adicionales	0,307	
F 4: El hospital considera encarecidamente mis objetivos y valores	0,529	
F 5: El hospital ignora cualquier queja mía	0,336	
F 6: El hospital desatiende mis intereses cuando adopta decisiones que me afectan	0,329	
F 7: Cuando tengo un problema puedo contar con la ayuda del hospital	0,750	
F 8: El hospital realmente se ocupa de mi bienestar	0,789	
F 9: El hospital está dispuesto a ayudarme para que realice mi trabajo lo mejor posible	0,777	
F 10: Aunque yo hiciese el mejor trabajo posible, el hospital no lo notaría	0,310	
F 11: El hospital está dispuesto a ayudarme cuando necesito un favor especial	0,758	
F 12: El hospital se interesa por mi satisfacción en el trabajo	0,784	
F 14: El hospital muestra muy poca preocupación por mí	0,454	
F 15: El hospital procura que mi trabajo sea lo más interesante posible	0,723	
F 16: El hospital se interesa por mis opiniones	0,751	
F 17: El hospital se enorgullece de mis logros en el trabajo	0,707	
F 1: El hospital valora mi contribución a su desarrollo		0,437
F 2: Si el hospital pudiera contratar a alguien con un salario más bajo para replazarme lo haría		0,662
F 3: El hospital no aprecia mis esfuerzos adicionales		0,679
F 4: El hospital considera encarecidamente mis objetivos y valores		0,329
F 5: El hospital ignora cualquier queja mía		0,661
F 6: El hospital desatiende mis intereses cuando adopta decisiones que me afectan		0,659
F 8: El hospital realmente se ocupa de mi bienestar		0,326
F 9: El hospital está dispuesto a ayudarme para que realice mi trabajo lo mejor posible		0,348
F 10: Aunque yo hiciese el mejor trabajo posible, el hospital no lo notaría		0,598
F 12: El hospital se interesa por mi satisfacción en el trabajo		0,321
F 13: Si tuviera oportunidad, el hospital se aprovecharía de mi		0,661
F 14: El hospital muestra muy poca preocupación por mí		0,615
F 16: El hospital se interesa por mis opiniones		0,344
F 17: El hospital se enorgullece de mis logros en el trabajo		0,353
α de Cronbach		0,938
Media		3,33
Media ponderada		3,88
Desviación estándar		0,99
KMO		0,95
Varianza explicada		58,2%

Tabla 34: Análisis factorial (Varimax) de Apoyo Organizacional Percibido (POS)

7.1.2.2.7. LMX(m), LMX(l) y LLX

Estas tres escalas, a pesar de ser la misma escala, al medir distintas relaciones y con distinta muestra, fueron analizadas en su fiabilidad y validez por separado. Las tres mostraron buena validez y fiabilidad con valores muy parecidos.

El coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach, fue de 0,925 para el LMX(m), de 0,920 para el LMX(l) y de 0,947 para el LLX.

En el análisis por elementos, los siete ítems muestran buena fiabilidad, con valores buenos y parecidos, en la correlación total-elemento corregida, para las tres escalas (tablas 35, 36 y 37).

Ítem LMX(m)	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
G 1	2,95	1,233	0,711
G 2	3,78	0,986	0,824
G 3	3,61	0,950	0,794
G 4	3,72	0,951	0,726
G 5	3,75	0,978	0,810
G 6	3,41	0,947	0,764
G 7	3,59	0,894	0,762

Tabla 35: Validez y fiabilidad de constructo LMX(m)

Ítem LMX(l)	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
G 1	3,43	1,023	0,727
G 2	3,70	0,863	0,834
G 3	3,64	0,813	0,815
G 4	3,80	0,815	0,633
G 5	3,84	0,853	0,761
G 6	3,74	0,842	0,706
G 7	3,63	0,825	0,807

Tabla 36: Validez y fiabilidad de constructo LMX(l)

Ítem LLX	Media	Desviación estándar	Correlación total-elemento corregida
LLX 1	3,24	1,218	0,797
LLX 2	3,81	0,944	0,819
LLX 3	3,68	0,886	0,829
LLX 4	3,71	0,948	0,821
LLX 5	3,62	1,034	0,855
LLX 6	3,57	0,945	0,829
LLX 7	3,64	0,977	0,847

Tabla 37: Validez y fiabilidad de constructo LLX

El análisis factorial exploratorio realizado para analizar la validez de constructo de cada una de estas tres variables, una vez realizado el test de Kaiser-Meyer-Oldin y la prueba de esfericidad de Bartlett, como se ha dicho anteriormente, nos indica la extracción de un único factor para cada una de las escalas, por lo que no se realiza la rotación con el método Varimax, presentando los elementos las saturaciones presentadas en las tablas 38, 39 y 40.

LMX (m)	Componente 1
G 1	0,787
G 2	0,879
G 3	0,850
G 4	0,803
G 5	0,870
G 6	0,833
G 7	0,828
α de Cronbach	0,925
Media	3,54
Media ponderada	6,35
Desviación estándar	0,83
KMO	0,920
Varianza Explicada	69,9%

Tabla 38: Análisis factorial LMX(m)

LMX (l)	Componente 1
G 1	0,806
G 2	0,887
G 3	0,870
G 4	0,720
G 5	0,831
G 6	0,787
G 7	0,866
α de Cronbach	0,920
Media	3,68
Media ponderada	6,70
Desviación estándar	0,71
KMO	0,920
Varianza Explicada	68,2%

Tabla 39: Análisis factorial LMX(l)

LLX	Componente 1
LLX 1	0,852
LLX 2	0,870
LLX 3	0,874
LLX 4	0,871
LLX 5	0,899
LLX 6	0,877
LLX 7	0,891
α de Cronbach	0,947
Media	3,61
Media ponderada	6,53
Desviación estándar	0,87
KMO	0,914
Varianza Explicada	76,8%

Tabla 40: Análisis factorial LLX

7.1.2.2.8. Descripción de los comportamientos de las enfermeras

La fuerza laboral de enfermeras en los hospitales aragoneses está compuesta mayoritariamente por profesionales de sexo femenino, moderadamente jóvenes, que trabajan a tiempo completo, en hospitales grandes ubicados en Zaragoza, y con equipos de trabajo más pequeños en los hospitales pequeños.

Una vez comprobada la fiabilidad y validez de todas las escalas utilizadas en esta investigación, se puede afirmar que las enfermeras que trabajan en los hospitales aragoneses, en una escala de 0 a 10, obtienen los siguientes valores de resultado: 7,63 en Comportamientos Cívicos Organizacionales (OCB), 6,70 en empoderamiento, 6,70 en el Intercambio Líder-Miembro desde la perspectiva de la supervisora (LMX(l)), 6,35 en empoderamiento, 6,70 en el Intercambio Líder-Miembro desde la perspectiva de la enfermera (LMX(m)), 5,87 en Compromiso, 5,80 en Satisfacción, 3,88 en el Apoyo Organizacional Percibido (POS) y por último, 3,38 en las intenciones de rotación (tabla 41).

Escala	Media de la escala	Desviación estándar	Media (0-10)	Desviación (0-10)
Empoderamiento	3,68	0,55	6,70	1,38
Compromiso	4,52	1,10	5,87	1,83
Comportamiento Cívico Organizational (OCB)	5,58	0,48	7,63	0,80
Intención de rotación	2,35	0,99	3,38	2,48
Satisfacción	3,11	0,25	5,80	2,35
Apoyo Organizacional Percibido (POS)	3,33	0,99	3,88	1,65
LMX(m)	3,54	0,83	6,35	2,08
LMX(l)	3,68	0,71	6,70	1,78
LLX	3,61	0,87	6,53	2,18

Tabla 41: Descripción de los comportamientos en las enfermeras de la muestra

En la figura 10, pueden verse de forma gráfica estos resultados.

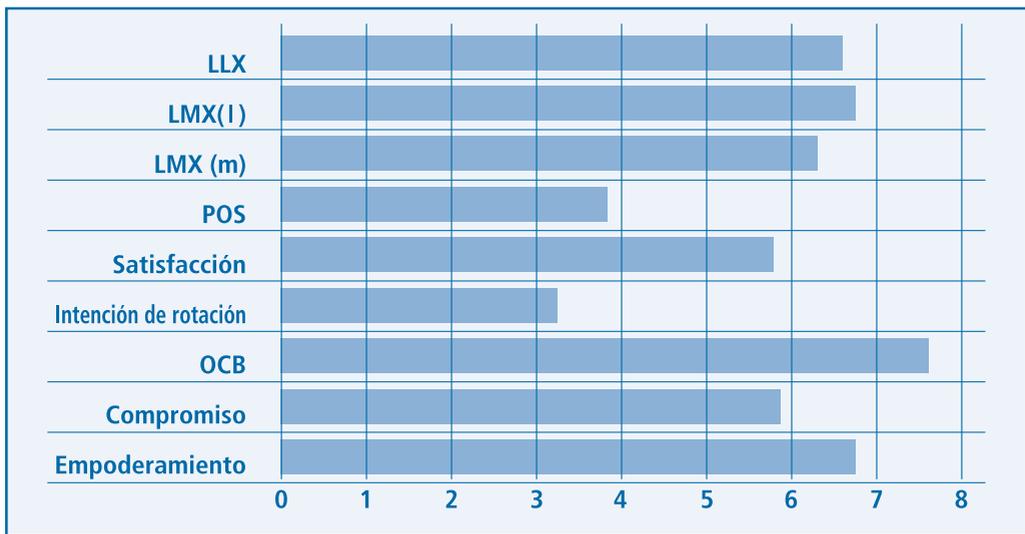


Figura 10: Representación de los valores medios de las escalas transformadas (0-10)

Como puede verse, los niveles más altos en las medias de las escalas se encuentran en los comportamientos cívicos organizacionales en primer lugar, seguido del empoderamiento. Por el contrario, el nivel más bajo se encuentra en el apoyo organizacional percibido. El nivel de satisfacción es moderadamente bajo, pues apenas supera el 6 en una escala de 1 a 10 y lo mismo ocurre con el compromiso.

Un dato a destacar es el alto grado de intenciones de rotación que las enfermeras declaran tener, en nuestro caso bien cambiando de unidad dentro del mismo hospital o bien trasladándose a otros centros.

7.1.2.2.2.9. Grado de acuerdo

Para medir el grado de acuerdo entre la supervisora LMX(I) y la enfermera LMX(m), sobre la calidad de la relación entre ambas, en primer lugar definimos grado de acuerdo, a través del cálculo de la diferencia en las puntuaciones en LMX(I) y LMX(m), estableciendo así dos grupos:

- Grado de acuerdo alto: en donde las diferencias encontradas no superan el valor de la unidad.
- Grado de acuerdo bajo: con diferencias entre las puntuaciones mencionadas, superiores a la unidad.

A continuación (tabla 42) se presentan los estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas de interés:

	Grado de acuerdo	N	Media	Desviación estándar
Edad	Bajo	664	44,256	11,3095
	Alto	1836	43,381	11,0480
Antigüedad enfermera	Bajo	664	20,144	11,4746
	Alto	1836	19,380	11,2221
Antigüedad hospital	Bajo	664	14,985	12,1499
	Alto	1836	14,379	11,7210
Antigüedad unidad	Bajo	664	8,7185	9,80778
	Alto	1836	8,0861	9,99452
Antigüedad con supervisora	Bajo	664	4,124	5,1511
	Alto	1836	3,844	5,4443
Rango de Control	Bajo	664	31,003	24,7374
	Alto	1836	28,126	21,7206
Empoderamiento	Bajo	664	3,6541	,60532
	Alto	1836	3,6971	,53273
Compromiso	Bajo	664	4,3353	1,22600
	Alto	1836	4,5897	1,05324
OCB	Bajo	664	5,5901	,49884
	Alto	1836	5,5797	,47162
Intenciones de Rotación	Bajo	664	2,4137	1,03236
	Alto	1836	2,3195	,97255
Satisfacción	Bajo	664	3,2742	,39325
	Alto	1836	3,3432	,35031
POS	Bajo	664	3,1086	1,06277
	Alto	1836	3,4074	,95682
LMX(m)	Bajo	664	3,2194	1,07033
	Alto	1836	3,6615	,68509
LMX(l)	Bajo	664	3,6429	,86600
	Alto	1836	3,6979	,64494
LLX	Bajo	664	3,5790	,90645
	Alto	1836	3,6222	,85628

Tabla 42: Estadísticos descriptivos para variables cuantitativas según el grado de acuerdo

7.2. Análisis inferencial

Pasaremos ahora a realizar la comprobaciones de las hipótesis planteadas, utilizando para ello, tanto las técnicas de contrastes de hipótesis como las de la estadística bivariada y multivariada (Amon, 2002).

7.2.1. Correlaciones

En la figura 11 puede consultarse la matriz de correlaciones de las variables incluidas en este modelo. Muestra el patrón general de las relaciones entre las variables y, como puede observarse, la mayor parte de las variables se relacionan dando los siguientes resultados significativos de interés:

Sexo: correlaciona positivamente con la edad, la antigüedad como enfermera, la antigüedad en el hospital, el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales y con el LMX(m). Al estar categorizada la mujer con el valor 1, los resultados indican que ser mujer se relaciona con mayor edad, mayor antigüedad como enfermera, mayor antigüedad en el hospital, mayor compromiso, mayor nivel de comportamientos cívicos organizacionales y, mayor calidad del LMX(m).

Edad: correlaciona de forma positiva con el sexo, la antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital y en la Unidad, y con el tiempo de relación con la supervisora. También correlaciona, pero en este caso de forma negativa, con el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, las intenciones de rotación, el Apoyo Organizacional Percibido, y con el LMX(l).

Antigüedad como enfermera: esta variable correlaciona de forma positiva con el sexo, edad, antigüedad en el hospital y en la Unidad, antigüedad en la relación con la supervisora, LMX(m), LMX(l). De forma negativa correlaciona con el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, las intenciones de rotación, el Apoyo Organizacional Percibido y con el LLX.

Antigüedad en el hospital: correlaciona con todas las variables menos con la satisfacción. De forma positiva lo hace con el sexo, edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en la Unidad, tiempo de relación con la supervisora, empoderamiento, LMX(m) y LMX(l). Correlaciona negativamente con el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, las intenciones de rotación, el Apoyo Organizacional Percibido y LLX.

Correlaciones	Edad	Antigüedad enfermera	Antigüedad hospital	Antigüedad unidad	Antigüedad superv.	Camas	Rango control	Empoderamiento	Compromiso	OCB	Intención Rotación	Satisfacción	POS	LMX(m)	LMX(l)	LLX
Sexo	,040*	,056**	,043**	,008	,002	-,032	-,034	,032	,041*	,056**	-,030	,011	,013	,015	,045**	,001
Edad		,815**	,633**	,478**	,320**	-,003	-,038	,003	-,034*	-,044**	-,108**	-,021	-,032*	,021	,058**	-,027
Antigüedad enfermera			,661**	,499**	,330**	-,015	-,066	,019	-,041**	-,043**	-,107**	-,021	-,036**	,034*	,066**	-,030*
Antigüedad hospital				,564**	,367**	,036*	-,034	,039**	-,030*	-,030*	-,109**	-,015	-,067**	,044**	,098**	-,052**
Antigüedad unidad					,640**	-,056**	-,058**	,078**	-,037**	-,048**	-,152**	-,002	-,046**	,046**	,120**	-,001
Antigüedad con superv.						-,021	-,055**	,064**	-,021	-,027	-,119**	-,002	-,041**	,050**	,110**	-,040**
Camas							,281**	-,050**	-,186**	,007	,090**	-,057**	-,163**	-,080**	-,026	-,234**
Rango control								-,041*	-,066**	,012	,031	-,063**	-,063**	-,091**	-,050*	-,116**
Empoderamiento									,269**	,217**	-,176**	,302**	,184**	,254**	,093**	,013
Compromiso										,232**	-,210**	,285**	,409**	,232**	,054**	,041**
OCB											-,091**	,177**	,096**	,142**	,055**	-,008
Intención Rotación												-,294**	-,153**	-,223**	-,112**	-,021
Satisfacción													,310**	,289**	,109**	,012
POS														,248**	,062**	,044**
LMX(m)															,280**	,026
LMX(l)																,099**

* La correlación es significativa en el nivel < 0,05 (2 colas).

** La correlación es significativa en el nivel < 0,01 (2 colas).

Nota: Para todas las variables N = 2541, excepto las tres últimas (LMX(m), LMX(l) y LLX) con N = 2500

Figura 11: Matriz correlacional de las variables a estudio

Antigüedad en la Unidad: positivamente se correlaciona con edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital, tiempo de relación con la supervisora, empoderamiento, LMX(m) y LMX(l). De modo negativo lo hace con el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, las intenciones de rotación y el Apoyo Organizacional Percibido.

Tiempo de relación con la supervisora: correlaciona positivamente con la edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital y en la Unidad, empoderamiento, LMX(m) y LMX(l). Negativamente se correlaciona con, las intenciones de rotación, el Apoyo Organizacional Percibido y con el LLX.

Nº de camas del hospital: correlaciona de forma positiva con la antigüedad en el hospital, con el rango de control y con las intenciones de rotación. De forma negativa lo hace con la antigüedad en la unidad, empoderamiento, compromiso, satisfacción, POS, LMX(m) y LLX.

Rango de control de la supervisora: el número de enfermeras que tiene a su cargo la supervisora se relaciona positivamente sólo con el número de camas del hospital, mientras que se relaciona negativamente con la antigüedad en la unidad, el tiempo de relación con la supervisora, empoderamiento, compromiso, satisfacción, POS, LMX(m), LMX(l) y LLX.

Empoderamiento: correlaciona positivamente con la antigüedad en el hospital y en la Unidad, con el tiempo de relación con la supervisora, el compromiso, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, la satisfacción, el Apoyo Organizacional Percibido, el LMX(m) y con el LMX(l). De forma negativa sólo lo hace con las intenciones de rotación. Sólo una de las variables estudiadas, el LLX, no muestra correlación con el empoderamiento.

Compromiso Organizacional: correlaciona de forma positiva con el sexo, el empoderamiento, los Comportamientos Cívicos Organizacionales, la satisfacción, el Apoyo Organizacional Percibido, el LMX(m), el LMX(l) y el LLX. Negativamente se correlaciona con la edad, la antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital, antigüedad en la Unidad y las intenciones de rotación. Como puede observarse, el compromiso correlaciona con todas las variables.

Comportamiento Cívico Organizacional: esta variable correlaciona positivamente con el sexo, empoderamiento, compromiso, satisfacción, Apoyo Organizacional Percibido, LMX(m) y LMX(l). Negativamente correlaciona con la edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital, antigüedad en la Unidad, tiempo de relación con la supervisora y con las intenciones de rotación.

Intenciones de rotación: de forma positiva no correlaciona con ninguna variable, sin embargo de forma negativa se correlaciona con la edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital y en la Unidad, tiempo de relación con la supervisora, empoderamiento, compromiso, Comportamientos Cívicos Organizacionales, satisfacción, Apoyo Organizacional Percibido, LMX(m), y LMX(l).

Satisfacción: esta variable correlaciona de forma positiva con el empoderamiento, compromiso, Comportamientos Cívicos Organizacionales, Apoyo Organizacional Percibido, LMX(m), y LMX(l). De forma negativa correlaciona únicamente con las intenciones de rotación.

Apoyo Organizacional Percibido: de forma positiva correlaciona con el empoderamiento, compromiso, Comportamientos Cívicos Organizacionales, satisfacción, LMX(m), LMX(l) y LLX. De forma negativa se correlaciona con la edad, antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital y en la Unidad, tiempo de relación con la supervisora y con las intenciones de rotación.

LMX(m): el intercambio líder-miembro desde el punto de vista de la enfermera correlaciona positivamente con la antigüedad como enfermera, la antigüedad en el hospital y en la Unidad, con el tiempo de relación con la supervisora, empoderamiento, compromiso, Comportamientos Cívicos Organizacionales, satisfacción, Apoyo Organizacional Percibido y LMX(l). Negativamente correlaciona con las intenciones de rotación.

LMX(l): desde el punto de vista de la supervisora, el intercambio líder-miembro correlaciona con todas las variables de forma positiva menos con las intenciones de rotación que lo hace negativamente.

LLX: el intercambio líder-líder correlaciona de forma positiva con el compromiso, el Apoyo Organizacional Percibido y LMX(l). De forma negativa lo hace con la antigüedad como enfermera, antigüedad en el hospital y tiempo de relación con la supervisora.

7.2.2. Confirmación de las hipótesis principales (H1, H2, H3 y H4)

A la hora de comprobar las hipótesis planteadas en esta investigación, los datos obtenidos hasta este momento, indican los siguientes resultados:

H1: la calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con el compromiso organizacional de la enfermera.

En la matriz de correlaciones hemos podido observar cómo ambas se correlacionan.

Correlación	Compromiso
LMX (m)	0,232 **

** $p < 0,01$

El signo del coeficiente nos indica que a mayor calidad de la relación percibida por la enfermera (altas puntuaciones en LMX(m)), mayor compromiso de ésta y viceversa. De este modo queda confirmada la hipótesis de trabajo número 1.

H2: *la calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con la satisfacción laboral de la enfermera.*

También en esta ocasión, se comprueba en la matriz de correlaciones la existencia de correlación positiva entre estas dos variables.

Correlación	Satisfacción
LMX (m)	0,289 **

** $p < 0,01$

El signo positivo nos indica de nuevo que a mayor calidad de la relación percibida por parte de la enfermera, mayor satisfacción laboral de ésta y viceversa. Se confirma también esta segunda hipótesis.

H3: *la calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera.*

De nuevo la matriz muestra la presencia de correlación entre LMX(m) y comportamientos cívicos organizacionales.

Esta correlación también es de signo positivo, indicando que a mayor calidad de la relación percibida por parte de la enfermera (altas puntuaciones en LMX(m)), mayor nivel de comportamientos organizacionales presenta ésta. Se confirma también la tercera hipótesis de esta investigación.

Correlación	Comportamiento
LMX (m)	0,142 **

** $p < 0,01$

H4: la calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma negativa, con las intenciones de rotación de la enfermera.

Observando la matriz se comprueba que existe correlación entre el LMX(m) y las intenciones de rotación. En este caso, el signo negativo de los coeficientes nos indica que a mayor calidad de la relación percibida por la enfermera, menores intenciones de rotación experimenta. Queda confirmada la hipótesis número 4 del estudio.

Correlaciones	Rotación
LMX (m)	-0,223 **

** p < 0,01

7.2.3. Grado de acuerdo

H5: El grado de acuerdo entre la supervisora LMX(l) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto.

El número de casos válidos es de 2.500. La distribución de las respuestas de las enfermeras y supervisoras pueden verse en la tabla 43 y de forma gráfica en la figura 12.

Enfermera LMX(m)	Supervisora LMX(l)					Total
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto	
Muy bajo	14 (0,56)	24 (0,96)	54 (2,16)	26 (1,04)	11 (0,44)	129 (5,16)
Bajo	15 (0,60)	40 (1,6)	108 (4,32)	103 (4,12)	24 (0,96)	290 (11,6)
Moderado	15 (0,60)	45 (1,8)	268 (10,72)	277 (11,08)	85 (3,4)	690 (27,6)
Alto	5 (0,2)	43 (1,72)	219 (8,76)	396 (15,84)	191 (7,64)	854 (34,16)
Muy alto	6 (0,24)	12 (0,48)	79 (3,16)	232 (9,28)	208 (8,32)	537 (21,48)
Total	55 (2,2)	164 (6,56)	728 (29,12)	1034 (41,4)	519 (20,76)	2500 (100)

Tabla 43: Distribución de la frecuencia de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías y grado de acuerdo

Para estudiar el grado de acuerdo, se han utilizado distintas técnicas estadísticas. Desde el abordaje, a través de escala numérica, y por tratarse de valores cuantitativos con distribución no normal, utilizaremos el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la escala LMX(m) y las de la escala LMX(l). Encontramos un valor positivo de ,386 y $p < ,001$ indicando que cuanto mayor es la valoración realizada por la enfermera mayor es la valoración de la supervisora y a la inversa, valoraciones bajas de la enfermera se asocian con valoraciones bajas de la supervisora.

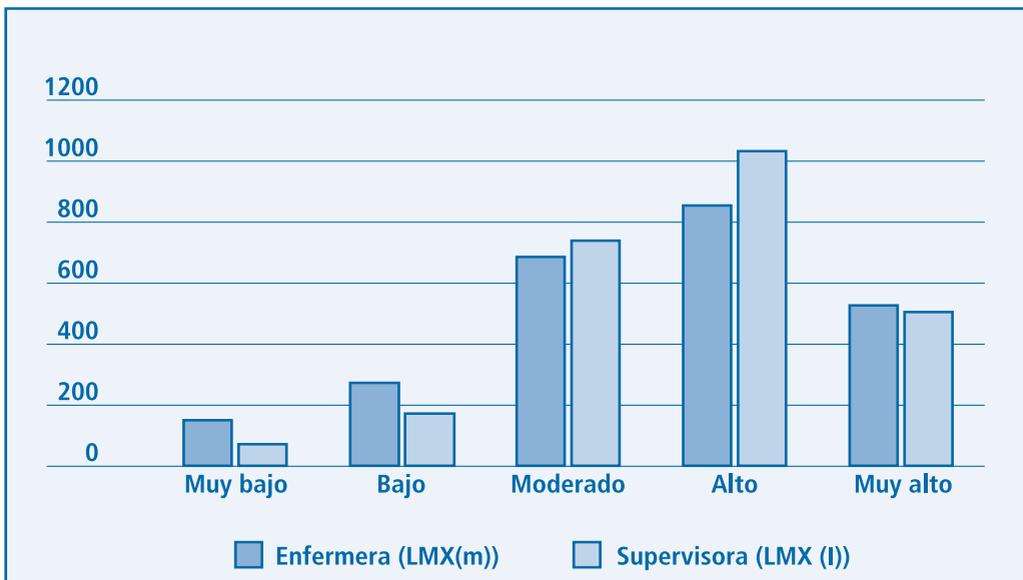


Figura 12: Representación de la frecuencia de respuesta de las enfermeras y supervisoras a la escala LMX por categorías

Estudiaremos ahora dicha asociación a partir de las categorías establecidas en la literatura al respecto.

Calculada la homogeneidad de la distribución mediante el estadístico χ^2 de Pearson, encontramos una asociación significativa entre categorías ($\chi^2= 378,17$ y $p < ,001$) en la dirección antes indicada.

Otra forma de abordar el estudio de este grado de acuerdo, es por categorías, en este caso se calculó el coeficiente de Kappa.

El coeficiente Kappa de Cohen, aunque bajo debido al elevado número de categorías, también es muy significativo ($K = ,132$ y $p < ,001$) indicando un buen acuerdo.

Ambos estadísticos confirman así, la hipótesis 5 del estudio.

Una vez confirmado el alto grado de acuerdo, dado el llamamiento de la literatura a realizar estudios desde las dos perspectivas (líder y miembro), se realizó un análisis del grado de acuerdo

y su relación con otras variables de interés. En primer lugar se establecieron los dos grupos explicados anteriormente: uno (grupo del acuerdo alto), formado por las enfermeras cuya discrepancia con su supervisora es inferior a 1 en el promedio de la escala LMX(m) y dos (grupo de acuerdo bajo) formado por aquellas con una discrepancia igual o superior a 1.

A partir de aquí, se realizó un estudio de las diferencias de medias entre estos dos grupos independientes, para las variables de interés de la investigación, mediante el estadístico t de Student, previa comprobación de los supuestos necesarios para su aplicación. Ver tabla 44.

	Grado de acuerdo	Media	t de Student
Edad	Bajo	44,256	1,739
	Alto	43,381	
Antigüedad enfermera	Bajo	20,144	1,494
	Alto	19,380	
Antigüedad hospital	Bajo	14,985	1,112
	Alto	14,379	
Antigüedad unidad	Bajo	8,7185	1,404
	Alto	8,0861	
Antigüedad con supervisora	Bajo	4,124	1,152
	Alto	3,844	
Rango de control	Bajo	31,003	2,650**
	Alto	28,126	
Empoderamiento	Bajo	3,6541	-1,620
	Alto	3,6971	
Compromiso	Bajo	4,3353	-4,749***
	Alto	4,5897	
OCB	Bajo	5,5901	0,478
	Alto	5,5797	
Intenciones de Rotación	Bajo	2,4137	2,044*
	Alto	2,3195	
Satisfacción	Bajo	3,2742	-3,984***
	Alto	3,3432	
POS	Bajo	3,1086	-6,370***
	Alto	3,4074	
LMX(m)	Bajo	3,2194	-9,931***
	Alto	3,6615	
LMX(l)	Bajo	3,6429	-1,496
	Alto	3,6979	
LLX	Bajo	3,5790	-1,070
	Alto	3,6222	

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Tabla 44: Descripción de los valores medios de las variables cuantitativas según el grado de acuerdo

El estudio de las diferencias entre los dos grupos nos proporciona los siguientes resultados significativos:

- **Rango de control:** La media del rango total es inferior en el grupo con alto grado de acuerdo ($t = 2,65$ y $p < ,01$).
- **Compromiso:** Existe mayor compromiso en el grupo con alto grado de acuerdo ($t = -4,75$ y $p < ,001$).
- **Intenciones de Rotación:** La intención de rotación es menor en el grupo con alto grado de acuerdo ($t = 2,04$ y $p = ,041$).
- **Satisfacción:** Aparece un mayor grado de satisfacción en el grupo con alto grado de acuerdo ($t = -3,98$ y $p < ,001$).
- **POS:** Se observan puntuaciones superiores en apoyo en el grupo con alto acuerdo ($t = -6,37$ y $p < ,001$).
- **LMX(m):** Existe una mayor valoración de la relación enfermera-supervisora en las enfermeras del grupo con alto grado de acuerdo ($t = -9,93$ y $p < ,001$).

En las figuras 13 y 14 pueden verse de forma más visual.

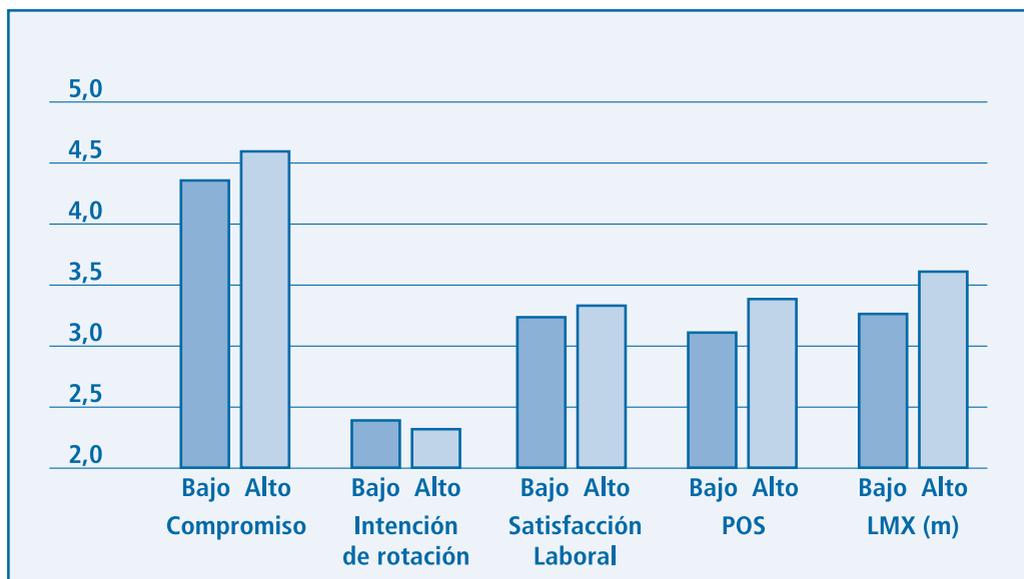


Figura 13: Representación de los valores medios de las variables relativas al comportamiento de la enfermera según el grado de acuerdo

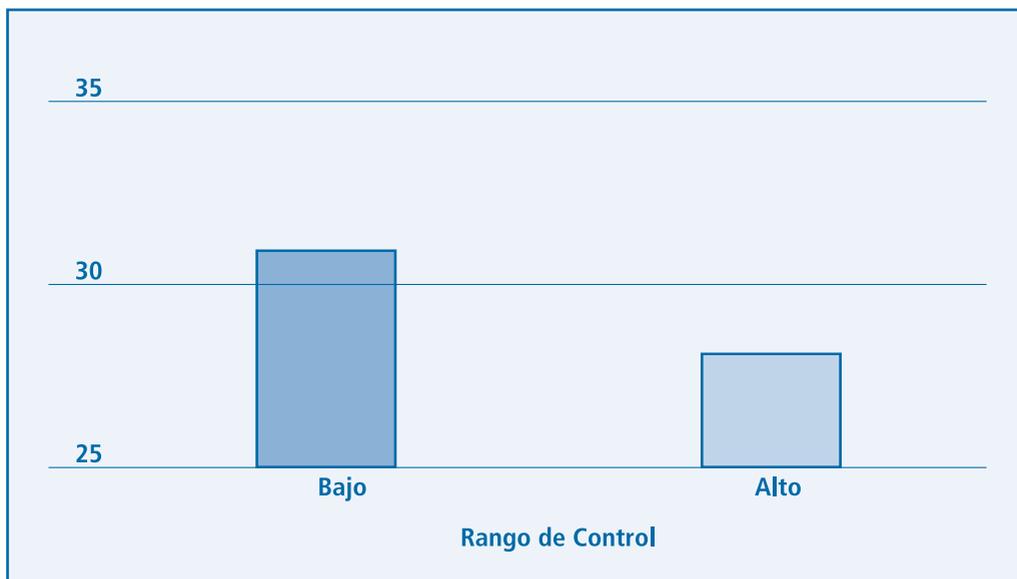


Figura 14: Representación de los valores medios del rango de control de la supervisora en función del grado de acuerdo

Para las variables cualitativas sexo, jornada y grado académico, realizamos las correspondientes tablas de contingencia para el cálculo del estadístico.

En la variable sexo, se obtiene un valor $\chi^2 = 0$ y $p > ,05$ indicando ausencia de asociación entre la variable sexo y el grado de acuerdo. Curiosamente, los porcentajes coinciden exactamente en cada columna, como puede verse en la tabla 45.

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Grado de acuerdo	Bajo	N	58	606	664
		% dentro de Grado de acuerdo	8,7	91,3	100,0
	Alto	N	160	1676	1836
		% dentro de Grado de acuerdo	8,7	91,3	100,0
Total		N	218	2282	2500
		% dentro de Grado de acuerdo	8,7	91,3	100,0

Tabla 45: Distribución del grado de acuerdo por sexo

Para la variable jornada (tabla 46) obtenemos unos valores de $\chi^2 = 2,873$ y $p > ,05$, indicando ausencia de asociación entre la variable jornada y el grado de acuerdo, es decir, el tipo de jornada de trabajo que realiza la enfermera no influye en el grado de acuerdo que tienen la supervisora y la enfermera.

			Jornada		Total
			Parcial	Completa	
Grado de acuerdo	Bajo	N	127	537	664
		% dentro de Grado de acuerdo	19,1	80,9	100,0
	Alto	N	409	1427	1836
		% dentro de Grado de acuerdo	22,3	77,7	100,0
Total		N	536	1964	2500
		% dentro de Grado de acuerdo	21,4	78,6	100,0

Tabla 46: Descripción del grado de acuerdo (frecuencias y porcentajes) según el tipo de jornada laboral

Lo mismo ocurre con el grado académico (tabla 47), se obtiene un valor $\chi^2 = 2,003$ y $p > ,05$ indicando ausencia de asociación entre la variable grado académico y el grado de acuerdo.

			Grado Académico					Total
			Enfermería	Otra Lic.	Experto	Máster	Doctor	
Grado de acuerdo	Bajo	N	409	35	83	135	2	664
		% dentro de Grado de acuerdo	61,6	5,3	12,5	20,3	0,3	100,0
	Alto	N	1149	96	253	334	4	1836
		% dentro de Grado de acuerdo	62,6	5,2	13,8	18,2	0,2	100,0
Total		N	1558	131	336	469	6	2500
		% dentro de Grado de acuerdo	62,3	5,2	13,4	18,8	0,2	100,0

Tabla 47: Descripción del grado de acuerdo (frecuencias y porcentajes) según el grado académico de la enfermera

Dado el carácter dinámico de las relaciones interpersonales, también analizamos cómo se relacionaba el grado de acuerdo con el tiempo de relación enfermera-supervisora. Para ello se establecieron los grupos o categorías indicados en la tabla 48.

Años relación	N	% del N
Menos de un año	880	34,6
De 1 a 5 años	1036	40,8
De 5 a 10 años	400	15,7
Más de 10 años	225	8,9
Total	2541	100,0

Tabla 48: Descripción de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora

Se calculó la relación entre las respuestas dadas por la enfermera y las de la supervisora a lo largo de todas las categorías, así como el grado de acuerdo a través del coeficiente Kappa. Ver tabla 49.

Años relación	Rho de Spearman	Kappa	N válido
Menos de un año	0,354	0,129	861
De 1 a 5 años	0,402	0,138	1025
De 5 a 10 años	0,362	0,102	394
Más de 10 años	0,377	0,116 (n.s.)	220
Total	0,386	0,132	2500

Tabla 49: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora

Tanto las medidas de relación entre las respuestas como los valores de los coeficientes Kappa, alcanzan una significación menor a ,001 (excepto K para más de 10 años con un valor $p = ,005$). Los valores de Rho son crecientes en función del tiempo aunque con un descenso en la categoría de 5 a 10 años. La mayor asociación entre las respuestas se da en la categoría de 1 a 5 años, aunque en todas ellas encontramos valores superiores al valor de partida ,354 correspondiente a la categoría de menos de un año. Los valores de acuerdo medidos por el coeficiente Kappa, presentan oscilaciones con tendencia a la baja. Lo vemos en la figura 15.

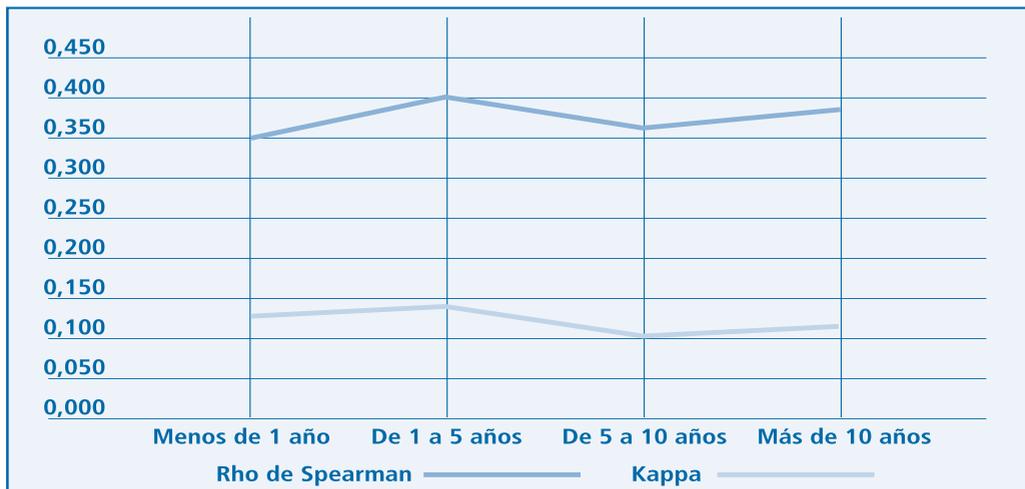


Figura 15: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora

No está clara esta relación, no hay una relación directa, por lo que no se puede afirmar que el tiempo de relación mejora el grado de acuerdo.

Se realizó posteriormente un desglose del grado de acuerdo por tamaño de hospital.

En los hospitales grandes (N = 1594) el coeficiente de correlación de Spearman entre ambos conjuntos de puntuaciones es de 0,372, indicando un grado de acuerdo significativo, $p < ,001$, aunque menor que el encontrado en la muestra global (ver tabla 50).

LMX(m)	LMX(l)					Total
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto	
Muy bajo	12 (0,75)	17 (1,06)	36 (2,25)	20 (1,25)	9 (0,56)	94 (5,90)
Bajo	7 (0,44)	28 (1,75)	84 (5,26)	76 (4,76)	17 (1,06)	212 (13,30)
Moderado	10 (0,63)	30 (1,88)	186 (11,66)	168 (10,54)	64 (4,01)	458 (28,73)
Alto	3 (0,19)	26 (1,63)	134 (8,40)	240 (15,05)	100 (6,27)	503 (31,55)
Muy alto	5 (0,31)	8 (0,50)	49 (3,07)	142 (8,90)	123 (7,71)	327 (20,51)
Total	37 (2,32)	109 (6,84)	489 (30,68)	646 (40,52)	313 (19,63)	1594 (100)

Tabla 50: Distribución de la frecuencia y porcentaje de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías y grado de acuerdo en hospitales grandes

Calculada la homogeneidad de la distribución mediante el estadístico χ^2 de Pearson, encontramos una asociación significativa entre categorías ($\chi^2= 243,92$ y $p < ,001$) en la dirección antes indicada.

El coeficiente Kappa de Cohen, aunque bajo debido al elevado número de categorías, también es muy significativo ($K = ,140$ y $p < ,001$) indicando un buen acuerdo.

Lo vemos de forma gráfica en la figura 16.

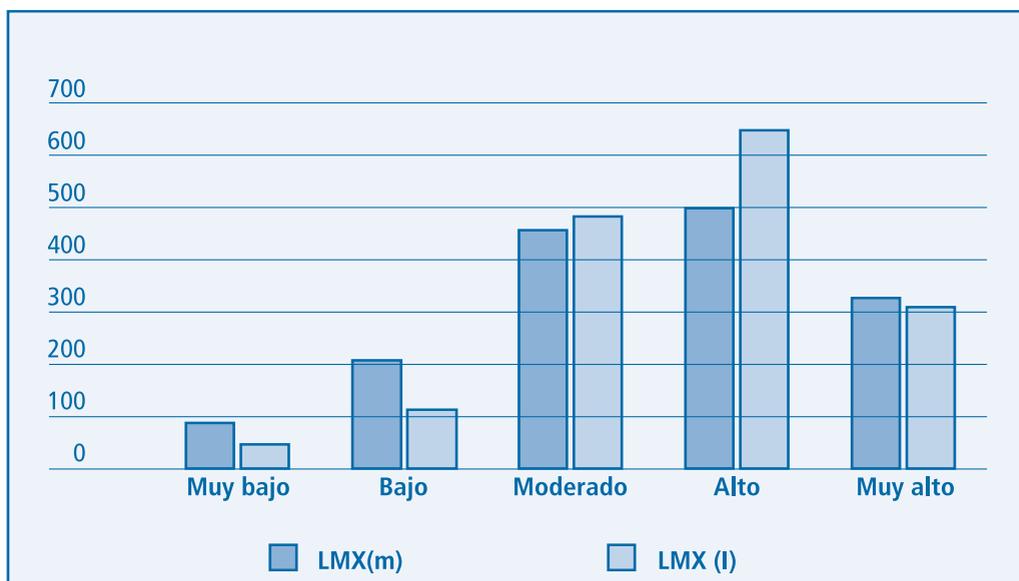


Figura 16: Representación de la frecuencia de respuesta de las enfermeras y las supervisoras a la escala LMX por categorías en los hospitales grandes

Para los hospitales pequeños ($N = 906$), calcularemos de nuevo el coeficiente de correlación de Spearman entre ambos conjuntos de puntuaciones obteniendo un valor de $,407$, indicando un acuerdo significativo, $p < ,001$ y, en este caso mayor que el encontrado en la muestra global.

Para el estudio de la asociación entre ambas variables utilizaremos la siguiente tabla de contingencia (tabla 51), representada en la figura 17.

LMX(m)	LMX(l)					Total
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto	
Muy bajo	2 (0,22)	7 (0,77)	18 (1,99)	6 (0,66)	2 (0,22)	35 (3,86)
Bajo	8 (0,88)	12 (1,32)	24 (2,65)	27 (2,98)	7 (0,77)	78 (8,61)
Moderado	5 (0,55)	15 (1,65)	82 (9,05)	109 (12,03)	21 (2,31)	232 (25,61)
Alto	2 (0,22)	17 (1,87)	85 (9,38)	156 (29,24)	91 (10,04)	351 (38,74)
Muy alto	1 (0,11)	4 (0,44)	30 (3,31)	90 (9,93)	85 (9,38)	210 (23,17)
Total	18 (1,98)	55 (6,07)	239 (26,38)	388 (42,82)	206 (22,73)	906 (100)

Tabla 51: Distribución de la frecuencia y porcentaje de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías en hospitales pequeños

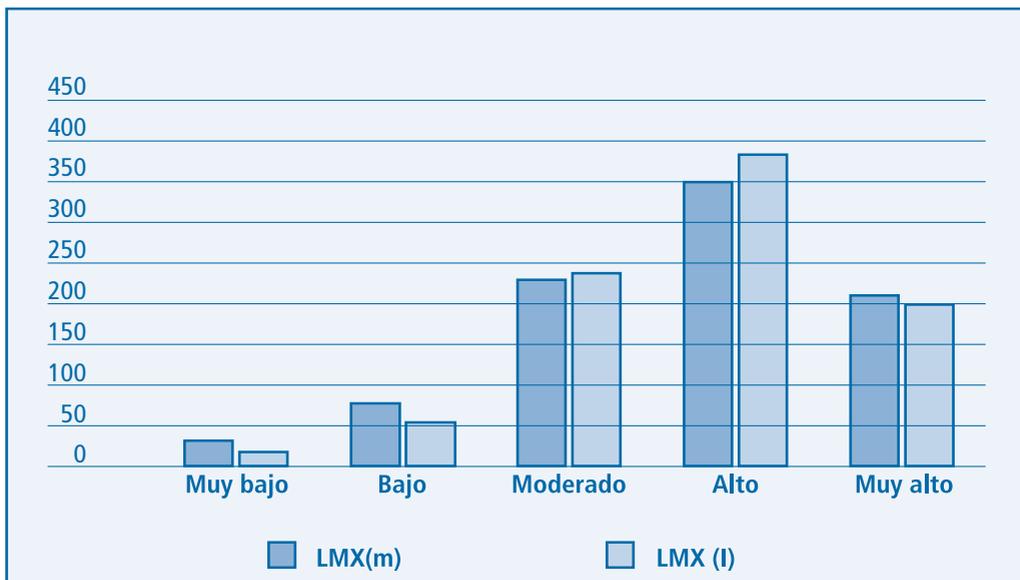


Figura 17: Frecuencia de respuesta a la escala LMX de la enfermera y supervisora en hospitales pequeños

Calculada la homogeneidad de la distribución mediante el estadístico χ^2 de Pearson, encontramos una asociación significativa entre categorías ($\chi^2= 161,26$ y $p < ,001$) en la dirección antes indicada.

El coeficiente Kappa de Cohen, aunque bajo debido al elevado número de categorías, también es muy significativo ($K = ,113$ y $p < ,001$) indicando un buen acuerdo.

Se realizó también el desglose por tamaño del hospital para conocer el grado de acuerdo a lo largo del tiempo.

Para el estudio del grado de acuerdo enfermera-supervisora en función del tiempo de su relación en los hospitales grandes (N = 1594), utilizaremos las mismas categorías que en el estudio global, tal como queda reflejado en la tabla 52.

Años de relación	N	% del N
Menos de un año	582	35,7
De 1 a 5 años	685	42,1
De 5 a 10 años	232	14,2
Más de 10 años	130	8,0
Total	1629*	100,0

* Existen 35 casos perdidos para la variable grado de acuerdo en este grupo

Tabla 52: Distribución de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora en hospitales grandes

Calcularemos la relación entre las respuestas dadas por la enfermera y las de la supervisora a lo largo de todas las categorías, así como el grado de acuerdo a través del coeficiente Kappa y Rho de Spearman. Ver tabla 53.

Años relación	Rho de Spearman	Kappa	N
Menos de un año	,283	,134	568
De 1 a 5 años	,362	,165	675
De 5 a 10 años	,293	,059 (n.s.)	226
Más de 10 años	,289	,086 (n.s.)	125
Total	,372	,140	1594

Tabla 53: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y supervisora en hospitales grandes

Tanto las medidas de relación entre las respuestas como los valores de los coeficientes Kappa, alcanzan una significación menor a ,001 (excepto K para las categorías de 5 a 10 y más de 10 años con un valor $p > ,05$ y por tanto no significativas). Los valores de Rho son inicialmente crecientes en función del tiempo aunque con un descenso en la categoría de 5 a 10 años. La mayor asociación

entre las respuestas se da en la categoría de 1 a 5 años. Los valores de acuerdo medidos por el coeficiente Kappa, presentan oscilaciones con tendencia a la baja. Lo vemos en la figura 18.

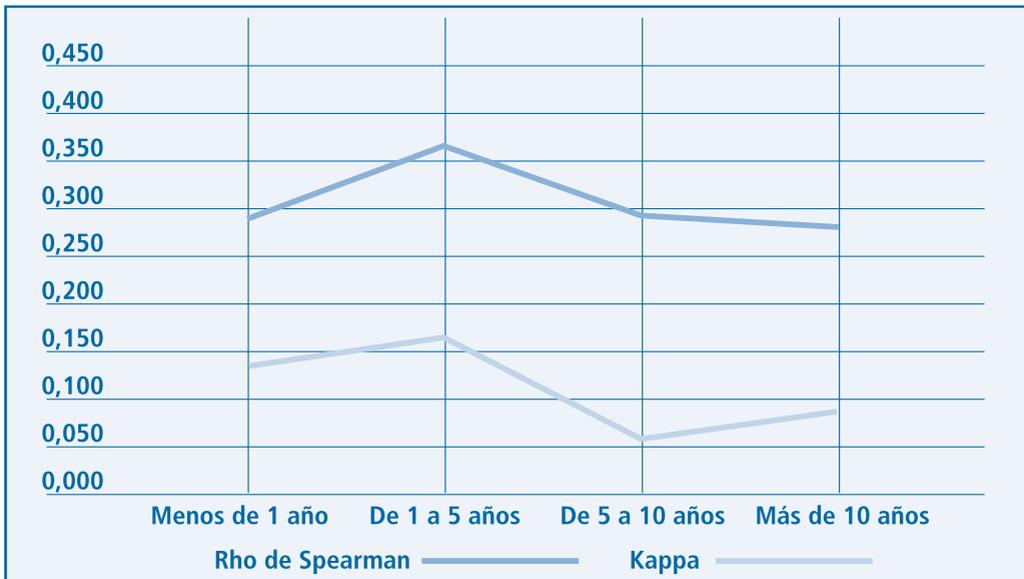


Figura 18: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en hospitales grandes

En los hospitales pequeños (N = 906), las frecuencias de los años de relación con la supervisora queda reflejada en la tabla 54.

Años de relación	N	% del N
Menos de un año	298	32,7
De 1 a 5 años	351	38,5
De 5 a 10 años	168	18,4
Más de 10 años	95	10,4
Total	912*	100,0

*Existen 6 casos perdidos para la variable grado de acuerdo en este grupo

Tabla 54: Descripción de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora en hospitales pequeños

Se calcula la relación entre las respuestas dadas por la enfermera y las de la supervisora a lo largo de todas las categorías, así como el grado de acuerdo a través del coeficiente Kappa y Rho de Spearman, según puede verse en la tabla 55.

Años relación	Rho de Spearman	Kappa	N
Menos de un año	,343	,108	293
De 1 a 5 años	,372	,084	350
De 5 a 10 años	,347	,155	168
Más de 10 años	,457	,139	95
Total	,407	,113	906

Tabla 55: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en hospitales pequeños

Tanto las medidas de relación entre las respuestas como los valores de los coeficientes Kappa, alcanzan una significación menor a ,001 (excepto K para las categoría de menos de un año y de 1 a 5 años con un valor $p < ,01$). Los valores de Rho son inicialmente crecientes en función del tiempo aunque con un ligero descenso en la categoría de 5 a 10 años. La mayor asociación entre las respuestas se da en la categoría de más de 10 años. Los valores de acuerdo medidos por el coeficiente Kappa, presentan oscilaciones sin una tendencia clara. Lo vemos en la figura 19.

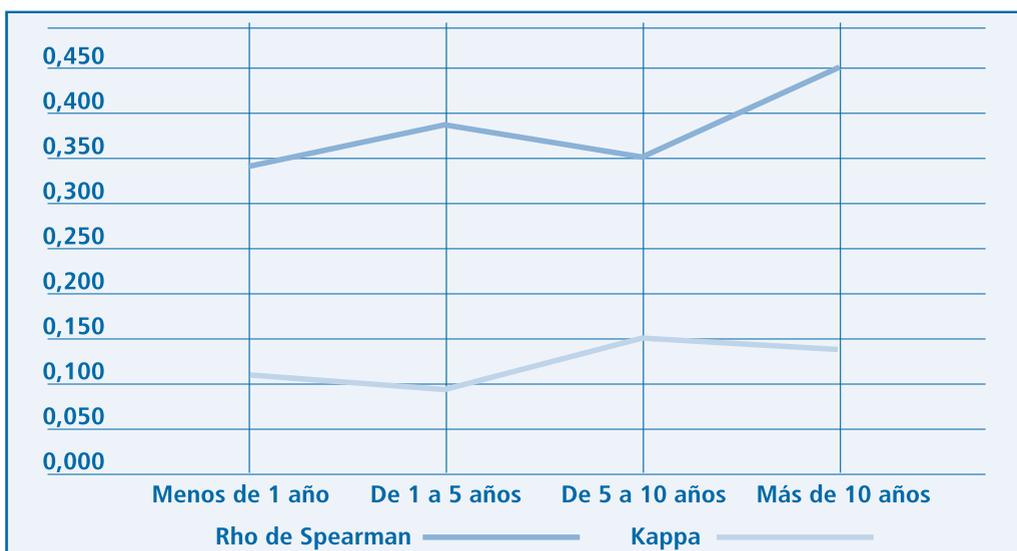


Figura 19: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en hospitales pequeños

El estudio de las tablas de contingencia nos proporciona los siguientes resultados sobre el grado de acuerdo.

- **Sexo, jornada y grado académico:** no existen diferencias significativas
- **Tamaño del hospital:** en los dos tamaños (grandes y pequeños) es significativo el grado de acuerdo, siendo esta significación menor en los grandes (0,372) y mayor en los pequeños (0,407) en relación a la significación global (0,386). En ambos casos $p < 0,001$.
- **Tiempo de relación:** no hay una tendencia clara. No se puede afirmar que a más tiempo de relación haya un grado de acuerdo mayor, ni de forma global ni desglosando por tamaño de hospital. Solo las correlaciones Rho de Spearman y Kappa son más altas con más de 10 años que con menos de un año en hospitales pequeños. En el resto de años de relación aparecen oscilaciones, simplemente.

7.3. Estudio de las moderaciones entre variables

Para estudiar las hipótesis de moderaciones se utiliza el modelo de regresión lineal múltiple. Para ello se introduce en la ecuación la variable dependiente (Y), la independiente (X), la moderadora (Z) y el producto de la independiente por la moderadora (X·Z). La significación de este último término indicará si la variable en estudio es realmente una variable moderadora (Ato y Vallejo, 2011).

7.3.1. Variable dependiente Compromiso

La ecuación inicial de esta variable con la variable independiente LMX es como sigue:

$$\text{Compromiso} = 2,92 + 0,45 \cdot \text{LMX}(m) + e$$

El porcentaje de varianza explicada (R^2) es del 11,4%

A continuación, se comprobará la significación de las siguientes variables moderadoras:

a) Empoderamiento

$$\text{Compromiso} = 1,63 + 0,19 \cdot \text{LMX}(m) + 0,48 \cdot \text{Empoderamiento} - 0,04 \cdot (\text{LMX}(m) \cdot \text{Empoderamiento}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 19,4% y un coeficiente del producto no significativo ($t = 0,86$ y $p > ,05$), no se puede confirmar el efecto moderador del

empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y el compromiso y por tanto queda rechazada la hipótesis 6a (H6a).

b) POS

$$\text{Compromiso} = 2,25 + 0,10 \cdot \text{LMX(m)} + 0,47 \cdot \text{POS} + 0,03 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{POS}) + e$$

El nuevo porcentaje de varianza es del 35,1% y un coeficiente del producto no significativo ($t = 1,58$ y $p > ,05$), por lo que no se puede confirmar el efecto moderador del apoyo organizacional percibido en la relación entre el LMX(m) y el compromiso quedando por tanto rechazada la hipótesis 7a (H7a).

c) LLX

$$\text{Compromiso} = 2,64 + 0,58 \cdot \text{LMX(m)} + 0,05 \cdot \text{LLX} - 0,03 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{LLX}) + e$$

El porcentaje de varianza aumenta hasta 11,8% y el coeficiente de la variable producto es significativo ($t = -3,16$ y $p < ,01$). Por tanto deberíamos concluir que el LLX tiene un efecto de moderación en la relación entre el LMX(m) y el compromiso, recibiendo por lo tanto apoyo la hipótesis 8a (H8a).

7.3.2. Variable dependiente Satisfacción

La ecuación inicial de la variable de saturación con la variable independiente LMX(m) es como sigue:

$$\text{Satisfacción} = 2,67 + 0,19 \cdot \text{LMX(m)} + e$$

El porcentaje de varianza explicada (R^2) es del 18,4%.

Se comprueba la significación de las siguientes variables moderadoras:

a) Empoderamiento

Para esta variable se parte de la siguiente ecuación:

$$\text{Satisfacción} = 1,74 + 0,22 \cdot \text{LMX(m)} + 0,30 \cdot \text{Empoderamiento} - 0,02 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{Empoderamiento}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 28,5% y un coeficiente del producto no significativo ($t = -1,87$ y $p > ,05$), no se puede confirmar el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y la satisfacción. Por tanto la hipótesis 6b (H6b) queda rechazada.

b) POS

La ecuación de partida ahora es la siguiente:

$$\text{Satisfacción} = 2,39 + 0,14 \cdot \text{LMX}(m) + 0,14 \cdot \text{POS} - 0,004 \cdot (\text{LMX}(m) \cdot \text{POS}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 29,1% y un coeficiente del producto no significativo ($t = -0,60$ y $p > ,05$). No se puede confirmar el efecto moderador del apoyo organizacional percibido en la relación entre el LMX(m) y la satisfacción y por tanto, queda rechazada la hipótesis 7b (H7b).

c) LLX

$$\text{Satisfacción} = 2,63 + 0,19 \cdot \text{LMX}(m) + 0,01 \cdot \text{LLX} - 0,001 \cdot (\text{LMX}(m) \cdot \text{LLX}) + e$$

El porcentaje de varianza aumenta hasta 18,6% y el coeficiente de la variable producto no es significativo ($t = -0,36$ y $p > ,05$). Por tanto deberíamos concluir que no se puede confirmar el efecto moderador del LLX en la relación entre el LMX(m) y la satisfacción, y de esta forma queda rechazada la hipótesis de trabajo 8b (H8b).

7.3.3. Variable dependiente Comportamientos Cívicos Organizacionales

La ecuación inicial de esta variable (OCB) con la variable independiente LMX es como sigue:

$$\text{OCB} = 5,20 + 0,11 \cdot \text{LMX}(m) + e$$

Con un porcentaje de varianza explicada (R^2) del 3,4%.

Se comprueba la significación de las siguientes variables moderadoras:

a) Empoderamiento

$$\text{OCB} = 5,56 - 0,26 \cdot \text{LMX}(m) - 0,48 \cdot \text{Empoderamiento} + 0,08 \cdot (\text{LMX}(m) \cdot \text{Empoderamiento}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 10,7% y un coeficiente del producto significativo ($t = 4,56$ y $p < ,001$), se confirma el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales, recibiendo por tanto apoyo la hipótesis 6c (H6c).

b) POS

$$\text{OCB} = 5,76 - 0,09 \cdot \text{LMX(m)} - 0,17 \cdot \text{POS} + 0,06 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{POS}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 5,3% y un coeficiente del producto significativo ($t = 5,58$ y $p < ,001$), se confirma el efecto moderador del apoyo organizacional percibido en la relación entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales, confirmándose de este modo la hipótesis 7c (H7c) del estudio.

c) LLX

$$\text{OCB} = 5,26 + 0,09 \cdot \text{LMX(m)} - 0,02 \cdot \text{LLX} + 0,03 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{LLX}) + e$$

El porcentaje de varianza aumenta hasta 3,6% y el coeficiente de la variable producto no es significativo ($t = 0,74$ y $p > ,05$). En este caso, no se puede confirmar el efecto moderador del LLX en la relación entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales, quedando de este modo rechazada la hipótesis 8c (H8c) del estudio.

7.3.4. Variable dependiente Intenciones de Rotación

La ecuación inicial de esta variable de Intenciones de rotación con la variable independiente LMX es como sigue:

$$\text{Intenciones de Rotación} = 3,60 - 0,35 \cdot \text{LMX(m)} + e$$

Con un porcentaje de varianza explicada (R^2) del 8,8%.

Se comprueba la significación de las siguientes variables moderadoras:

a) Empoderamiento

$$\text{Intenciones de Rotación: } 5,29 - 0,52 \cdot \text{LMX(m)} - 0,53 \cdot \text{Empoderamiento} + 0,04 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{Empoderamiento}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 11,4% y un coeficiente del producto no significativo ($t = 1,73$ y $p > ,05$), no se puede confirmar el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y la rotación, quedando rechazada la hipótesis 6d (H6d) del estudio.

b) POS

$$\text{Intenciones de Rotación} = 3,88 - 0,30 \cdot \text{LMX(m)} - 0,15 \cdot \text{POS} + 0,004 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{POS}) + e$$

Con un nuevo porcentaje de varianza del 10,5% y un coeficiente del producto no significativo ($t = 0,19$ y $p > ,05$), no se puede confirmar el efecto moderador del apoyo organizacional

percibido en la relación entre el LMX(m) y la rotación, y por tanto, se rechaza la hipótesis 7d (H7d) del estudio.

c) LLX

$$\text{Intenciones de Rotación} = 3,61 - 0,28 \cdot \text{LMX(m)} - 0,02 \cdot \text{LLX} - 0,02 \cdot (\text{LMX(m)} \cdot \text{LLX}) + e$$

El porcentaje de varianza aumenta hasta 9,1% y el coeficiente de la variable producto no es significativo ($t = -1,87$ y $p > ,05$), por tanto se concluye que no se puede confirmar el efecto moderador del LLX en la relación entre el LMX(m) y la rotación, y por tanto, queda rechazada la hipótesis de trabajo 8d (H8d).

Hipótesis	Variable de resultado	Variable moderadora	% Varianza explicada inicial	% Varianza explicada con variable moderadora	Dif.*
H6(a)	Compromiso	Empoderamiento	11,4	19,4	70%
H6(b)	Satisfacción	Empoderamiento	18,4	28,5	55%
H6(c)	OCB	Empoderamiento	3,4	10,7	215%
H6(d)	I. Rotación	Empoderamiento	8,8	11,4	30%
H7(a)	Compromiso	POS	11,4	35,1	208%
H7(b)	Satisfacción	POS	18,4	29,1	58%
H7(c)	OCB	POS	3,4	5,3	55%
H7(d)	I. Rotación	POS	8,8	10,5	20%
H8(a)	Compromiso	LLX	11,4	11,8	4%
H8(b)	Satisfacción	LLX	18,4	18,6	1,5%
H8(c)	OCB	LLX	3,4	3,6	7%
H8(d)	I. Rotación	LLX	8,8	9,1	4%

*Dif. = Diferencia en porcentaje entre la varianza inicial y la varianza con variable moderadora

Tabla 56: Varianzas explicadas en las hipótesis con variables moderadoras

7.4 Variables moderadoras y variables de control

En un examen posterior, se indaga acerca de las relaciones entre las variables del apartado anterior utilizando para ello dos variables de control: Sexo y Tamaño del hospital. Para cada una de ellas realizaremos las ecuaciones de regresión con las variables moderadoras, buscando si existen diferencias entre los niveles de las variables de control.

7.4.1. Variable de control Sexo

El estudio de esta variable de control se resumirá en dos tablas: por un lado el porcentaje de varianza explicada para cada sexo, junto con el global ya estudiado; por otro lado, los coeficientes de las variables moderadoras y su significación.

Para todas las tablas: *p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001

7.4.1.1. Variable dependiente Compromiso

El porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por sexo, queda reflejado en la tabla 57 para el compromiso.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	5,1	6,7	33,6	17,7
	Mujer	12,1	12,6	35,4	19,7
Global		11,4	11,8	35,1	19,4

Tabla 57: Varianza del modelo inicial por sexo para el compromiso

A continuación, en la tabla 58 vemos los coeficientes y su significación para la variable compromiso:

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	,284***	-,051	,113	,240*
	Mujer	,466***	-,028**	,024	,005
Global		,451***	-,028**	,032	,035

Tabla 58: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para el compromiso

Se puede apreciar cómo en la relación entre LMX y compromiso, que ya se vió que era significativa, la significación es mucho más alta para las mujeres que para los varones cuando hacemos la diferenciación por sexo. De manera global, esta relación solo es moderada por la variable LLX (y de forma negativa), mientras que desglosando por sexo se comprueba que el empoderamiento la modera significativamente en los varones.

7.4.1.2. Variable dependiente: satisfacción

De nuevo, en la tabla 59 se puede observar el porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por sexo, para la variable dependiente de satisfacción.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	18,4	18,4	29,2	27,9
	Mujer	18,4	18,7	29,1	28,6
Global		18,4	18,6	29,1	28,5

Tabla 59: Varianza del modelo inicial por sexo para la satisfacción

Los coeficientes y su significación, quedan reflejados en la tabla 60 para la variable de satisfacción.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	,195***	-,007	-,012	-,008
	Mujer	,187***	-,002	-,003	-,025
Global		,188***	-,001	-,004	-,023

Tabla 60: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para la satisfacción

En esta ocasión, no encontramos diferencias al realizar el desglose por sexo en las variables estudiadas como moderadoras. Ninguna variable de las estudiadas modera la relación entre LMX y satisfacción.

7.4.1.3. Variable dependiente: Comportamientos Cívicos Organizacionales

Como en las dos variables anteriores, el porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por sexo, se detalla en la tabla 61 para la variable dependiente de Comportamientos Cívicos Organizacionales.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	4,5	5,3	8,5	17,0
	Mujer	3,3	3,5	5,0	10,1
Global		3,4	3,6	5,3	10,7

Tabla 61: Varianza del modelo inicial por sexo para los OCB

A continuación, vemos los coeficientes y su significación para los Comportamientos Cívicos Organizacionales en la tabla 62.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	,121***	-,009	,086*	,077
	Mujer	,105***	,003	,056***	,086***
Global		,107***	,003	,059***	,083***

Tabla 62: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para los OCB

Se parte de una relación entre LMX y OCB que era significativa y que como se ve, es muy parecida para varones y mujeres. Al realizar el desglose en las variables moderadoras, se advierte cómo la significatividad del empoderamiento global se debe a las mujeres, ya que en los varones no hay significatividad. En la variable del apoyo organizacional percibido no existen apenas diferencias entre la global y la desglosada.

7.4.1.4. Variable dependiente: Intenciones de rotación

En último lugar, en la tabla 63, se presenta el porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres moderadoras, global y por sexo, para la variable dependiente de Intenciones de rotación.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	11,5	12,2	13,8	14,6
	Mujer	8,5	8,8	10,1	11,3
Global		8,8	9,1	10,5	11,4

Tabla 63: Varianza del modelo inicial por sexo para las intenciones de rotación

En la tabla 64 se muestran los coeficientes y su significación, para la variable de Intenciones de rotación.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Sexo	Varón	-,421***	-,034	-,025	-,170
	Mujer	-,346***	-,013	,006	,088*
Global		-,354***	-,015	,004	,065

Tabla 64: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para las intenciones de rotación

En este caso, el único cambio que presenta la diferenciación por sexo, es la variable potencialmente moderadora del empoderamiento, que aunque globalmente no es significativa, al desglosarla por sexo, en las mujeres sí que es significativa.

7.4.2. Variable de control tamaño del hospital

Exactamente igual que en la variable de control sexo, se mostrarán las dos tablas que resumen el estudio de esta variable de control: la del porcentaje de varianza explicada para cada tamaño del hospital (grande y pequeño), junto con el global ya estudiado y la de los coeficientes de las variables moderadoras y su significación.

Para todas las tablas: * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

7.4.2.1. Variable dependiente: compromiso

El porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por tamaño de hospital, queda reflejado en la tabla 65 para el compromiso.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	13,4	14,5	34,9	19,4
	Pequeño	9,6	11,0	32,7	19,1
Global		11,4	11,8	35,1	19,4

Tabla 65: Varianza del modelo inicial por tamaño de hospital para el Compromiso

Del mismo modo que se ha hecho con el sexo, la tabla 66 muestra los coeficientes y su significación de las moderaciones por tamaño del hospital, para la variable Compromiso.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	,495***	,005	-,015	,222**
	Pequeño	,403***	-,047***	,051*	-,036
Global		,451***	-,028**	,032	,035

Tabla 66: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para el Compromiso

Se parte inicialmente de una relación global significativa y positiva entre tamaño de hospital y compromiso. Al desglosar esta significatividad por el tamaño del hospital, se encuentra que en el caso de la variable LLX, ésta es significativa únicamente en los hospitales pequeños, pues en los grandes no es significativa. En el caso del apoyo organizacional percibido, que en el global no resulta significativa, de nuevo es en los hospitales pequeños donde se encuentra significatividad, pero con menos fuerza que en el caso del LLX. Por último, la variable potencialmente moderadora del empoderamiento, si bien en el global no es significativo, sí lo es en los hospitales grandes.

7.4.2.2. Variable dependiente: satisfacción

A continuación se presenta la tabla 67, con el porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por tamaño de hospital, para la satisfacción.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	20,1	20,3	28,1	26,9
	Pequeño	17,0	17,3	28,9	29,5
Global		18,4	18,6	29,1	28,5

Tabla 67: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para la Satisfacción

De nuevo, se pasa a mostrar la tabla 68 de los coeficientes y su significación, de las moderaciones por tamaño del hospital, para la variable Satisfacción.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	,207***	-,002	-,006	,032
	Pequeño	,176***	-,003	-,011	-,047**
Global		,188***	-,001	-,004	-,023

Tabla 68: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para la Satisfacción

En esta circunstancia, el único dato de interés se obtiene en la variable de empoderamiento, que aunque en el global de la relación no es significativa, sí lo es en los hospitales pequeños llamando la atención su signo negativo.

7.4.2.3. Variable dependiente: Comportamientos Cívicos Organizacionales

El porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por tamaño del hospital, se detalla en la tabla 69 para la variable dependiente de Comportamientos Cívicos Organizacionales.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	5,7	6,3	8,8	12,5
	Pequeño	2,5	2,8	3,9	10,5
Global		3,4	3,6	5,3	10,7

Tabla 69: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para los OCB

La tabla 70 nos ofrece los coeficientes de las moderaciones, y su significación, por tamaño del hospital para la variable Comportamientos Cívicos Organizacionales.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	,147***	,015*	,081***	,156***
	Pequeño	,090***	-,005	,045**	,049*
Global		,107***	,003	,059***	,083***

Tabla 70: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para los OCB

De los datos de la tabla se desprende que la significación global de la relación es más potente para los hospitales grandes. La moderación significativa del apoyo organizacional percibido, que en global es significativo, también es más fuerte para los hospitales grandes. Lo mismo ocurre con el empoderamiento, la moderación es significativa, pero con mayor diferencia todavía para los hospitales grandes.

7.4.2.4. Variable dependiente: intenciones de rotación

La tabla 71 presenta el porcentaje de varianza explicada por el modelo inicial para las tres variables moderadoras, global y por tamaño del hospital, para la variable dependiente de intenciones de rotación.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	10,8	11,0	11,8	12,2
	Pequeño	7,5	7,8	9,1	10,8
Global		8,8	9,1	10,5	11,4

Tabla 71: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para las intenciones de rotación

En la tabla 72 se muestran los coeficientes y su significación, por tamaño del hospital para la variable de intenciones de rotación.

		Inicial	LLX	POS	EMP
Tamaño	Grande	-,402***	-,018*	,017	,072
	Pequeño	-,322***	-,013	,005	,065
Global		-,354***	-,015	,004	,065

Tabla 72: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para las intenciones de rotación

Este desglose no aporta nada nuevo, se dan los mismos valores en el global que en el desglosado por tamaño del hospital. No hay ninguna moderación significativa.

En la tabla 73 se muestra de forma gráfica un resumen de los resultados obtenidos para las hipótesis planteadas.

HIPÓTESIS	RESULTADO
H1: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con el compromiso organizacional de la enfermera.	Confirmada
H2: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con la satisfacción laboral de la enfermera.	Confirmada
H3: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera.	Confirmada
H4: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma negativa, con las intenciones de rotación de la enfermera.	Confirmada
H5: El grado de acuerdo entre la supervisora LMX(l) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto.	Confirmada
H6(a): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.	Rechazada
H6(b): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.	Rechazada

HIPÓTESIS	RESULTADO
<p>H6(c): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.</p>	<p>Confirmada</p>
<p>H6(d): El empoderamiento de la enfermera potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el empoderamiento es alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H7(a): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H7(b): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H7(c): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.</p>	<p>Confirmada</p>
<p>H7(d): El apoyo organizacional percibido (POS) de la enfermera, potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m) y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el POS es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H8(a): El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y compromiso organizacional de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y compromiso es más fuerte.</p>	<p>Confirmada</p>
<p>H8(b): El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y satisfacción laboral de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y satisfacción laboral es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H8(c): El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación positiva entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>
<p>H8(d): El intercambio supervisor-inmediato superior, potenciará la relación negativa entre la calidad del intercambio líder-miembro de la enfermera, LMX(m), y las intenciones de rotación de la enfermera, de tal manera que cuando el LLX es más alto/mayor, la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación es más fuerte.</p>	<p>Rechazada</p>

Tabla 73: Resumen de los resultados para las hipótesis planteadas

Del mismo modo, en las dos tablas siguientes se muestra de forma gráfica un resumen del desglose de las hipótesis con variable moderadora por sexo (tabla 74) y por tamaño de hospital (tabla 75)

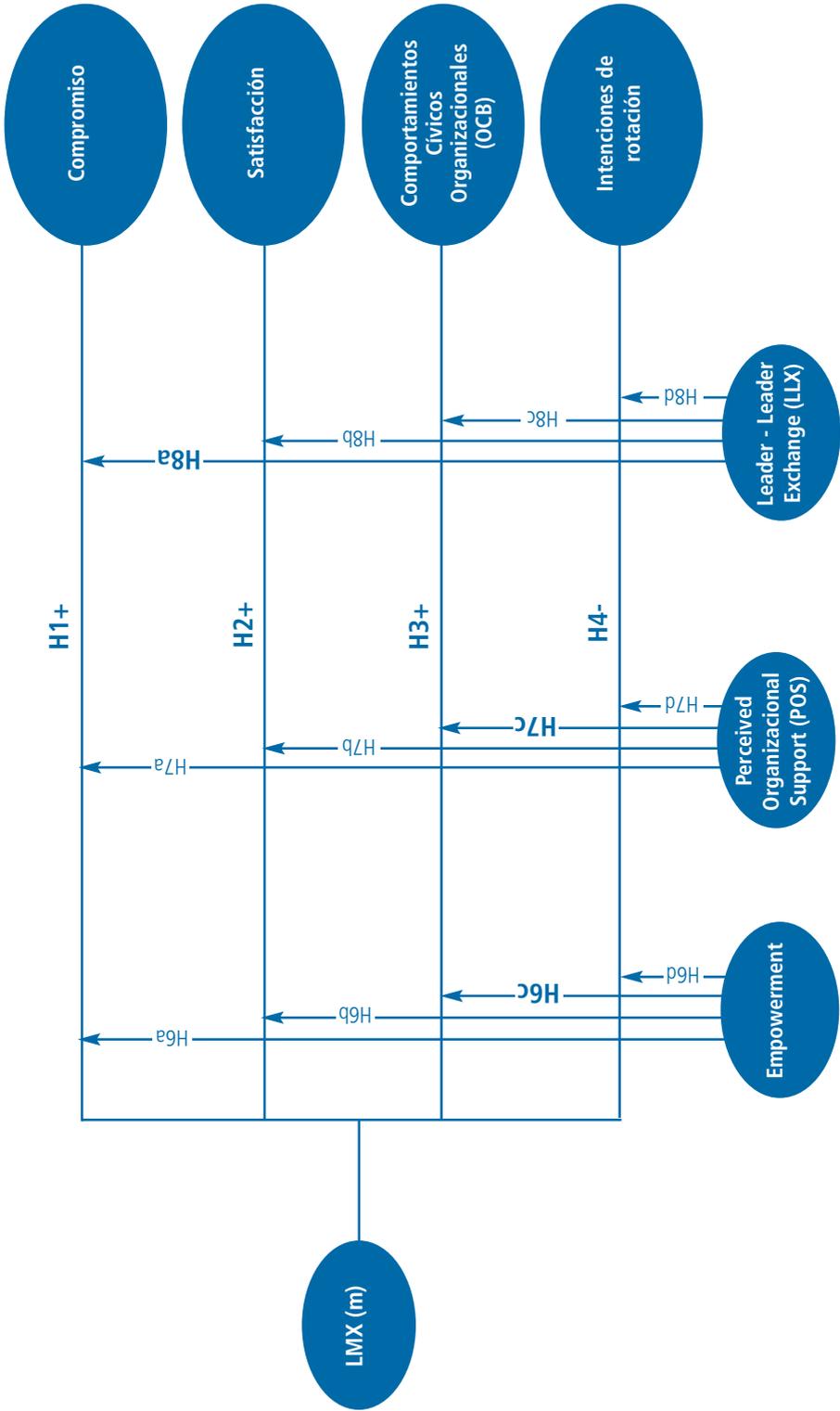
Hipótesis	Variable de resultado	Variable moderadora	Global	Mujer	Varón
H6(a)	Compromiso	Empoderamiento	Rechazada	Rechazada	Confirmada
H6(b)	Satisfacción	Empoderamiento	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H6(c)	OCB	Empoderamiento	Confirmada	Confirmada	Rechazada
H6(d)	I. Rotación	Empoderamiento	Rechazada	Confirmada	Rechazada
H7(a)	Compromiso	POS	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H7(b)	Satisfacción	POS	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H7(c)	OCB	POS	Confirmada	Confirmada	Confirmada
H7(d)	I. Rotación	POS	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H8(a)	Compromiso	LLX	Confirmada	Confirmada	Rechazada
H8(b)	Satisfacción	LLX	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H8(c)	OCB	LLX	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H8(d)	I. Rotación	LLX	Rechazada	Rechazada	Rechazada

Tabla 74: Desglose de las hipótesis con variables moderadoras por sexo

Hipótesis	Variable de resultado	Variable moderadora	Global	Grande	Pequeño
H6(a)	Compromiso	Empoderamiento	Rechazada	Confirmada	Rechazada
H6(b)	Satisfacción	Empoderamiento	Rechazada	Rechazada	Confirmada
H6(c)	OCB	Empoderamiento	Confirmada	Confirmada	Confirmada
H6(d)	I. Rotación	Empoderamiento	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H7(a)	Compromiso	POS	Rechazada	Rechazada	Confirmada
H7(b)	Satisfacción	POS	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H7(c)	OCB	POS	Confirmada	Confirmada	Confirmada
H7(d)	I. Rotación	POS	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H8(a)	Compromiso	LLX	Confirmada	Rechazada	Confirmada
H8(b)	Satisfacción	LLX	Rechazada	Rechazada	Rechazada
H8(c)	OCB	LLX	Rechazada	Confirmada	Rechazada
H8(d)	I. Rotación	LLX	Rechazada	Rechazada	Rechazada

Tabla 75: Desglose de las hipótesis con variables moderadoras por tamaño del hospital

En la figura 20 se representa de forma gráfica los resultados de las hipótesis del modelo, reflejando en negrita las hipótesis confirmadas.



H5: El grado de acuerdo entre la supervisora LMX(i) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto: **confirmada**

Figura 20: Resultado de las hipótesis del modelo

8

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta a las encuestas, tiende a ser muy variable y frecuentemente baja, hecho que se pone de manifiesto en una revisión sistemática sobre estilos de liderazgo de Cummings *et al.* (2010) donde se evidencia que solo el 64% de los estudios presentaban una tasa de respuesta del 60% o más. En esta investigación se ha obtenido un 70.03 % en las enfermeras, un 94.6% en las supervisoras, pudiéndose obtener un 68.9% de díadas apareadas. El elevado nivel de participación logrado, ha permitido realizar un análisis con una muestra grande, por lo que podemos considerarla representativa de las enfermeras que trabajan en los hospitales públicos generales de Aragón.

Como factor contribuyente a la obtención de esta tasa de respuesta, puede encontrarse el hecho de que el cuestionario fuera entregado en papel y de forma personalizada. Hay un acuerdo unánime en considerar que los cuestionarios en este formato presentan una tasa de respuesta mayor que los cuestionarios Web (Messer y Dillman, 2011; Medway y Fulton, 2012).

También se debe mencionar, la implicación que tuvieron ocho de las nueve Directoras de Enfermería de los hospitales incluidos en este trabajo, realizando la presentación de la investigadora a toda la plantilla (supervisoras y enfermeras), verificando la autorización del Comité Ético y de la Dirección del propio hospital para la realización del estudio, facilitando toda la logística para reuniones (horarios, espacios...), etc.

En esta investigación se partía del interés por conocer cómo eran las relaciones de las enfermeras con sus supervisoras y por comprobar, que la calidad de estas relaciones Supervisora-Enfermera en los hospitales públicos aragoneses, se relacionaba con resultados beneficiosos para la organización. A su vez, se pretendía averiguar si existían variables que moderaran estas relaciones, planteándose para ello una serie de hipótesis que se van a discutir a continuación.

Los resultados, han confirmado las cuatro hipótesis principales de partida, pero es preciso examinar otros resultados interesantes, además de los expresados en los objetivos e hipótesis de trabajo.

Centrándonos en el análisis descriptivo de la muestra, destaca el alto porcentaje de mujeres de la misma (91,3%), valor similar a otros estudios nacionales (Castillo *et al.*, 2012) e internacionales (Cho, Laschinger y Cho, 2006). Estos porcentajes demuestran que la enfermería sigue siendo una profesión primordialmente de mujeres, motivo por el cual se justificó al principio del trabajo el uso del género femenino a lo largo de toda la investigación.

Las diferencias significativas de las antigüedades entre los hospitales grandes y pequeños no sorprenden. Es muy probable que puedan deberse o vayan ligadas a la fecha de inauguración o apertura de los distintos hospitales y al sistema de adjudicación de plazas y sustituciones. Normalmente las enfermeras, al trasladarse, lo hacen a las ciudades grandes, debiendo ser las

enfermeras jóvenes, que acaban de aprobar una oposición, quienes ocupen las que aquellas han dejado libres en las poblaciones pequeñas.

Datos semejantes se obtienen al desglosar los datos de grado académico por tamaño de hospital. Los hospitales grandes se ubican en las ciudades grandes, lugar donde se encuentran las Universidades, accediendo de este modo mucho más fácilmente a los master y postgrados presenciales.

El rango de control se incluyó en este estudio con el objeto de conocer cuál era el valor de esta variable en este contexto y cómo se encontraba en comparación con otros países. Este querer saber, se fundamentaba en la manifestación que se realiza en teoría del rango de control, al proponer que hay un número máximo de empleados que un directivo puede supervisar con eficacia más allá del cual no hay beneficio añadido al aumentar aún más este número (Meier y Bohte, 2000). En línea con esta proposición, en los escasos estudios realizados en el campo de la enfermería, existe un acuerdo unánime en los efectos negativos que se producen al aumentar el rango control, bien por una disminución de los efectos beneficiosos que las supervisoras emocionalmente inteligentes pueden promover en los entornos de trabajo (Lucas, Laschinger y Wong, 2008), bien por el menor tiempo que la supervisora puede disponer para cada enfermera, lo que disminuye la calidad de la relación, la satisfacción laboral y aumenta la intención de rotación (Doran *et al.*, 2004).

No existen recomendaciones sobre el número concreto e ideal de personas que pueden depender directamente de un directivo, existiendo además una serie de factores clave como grado de coordinación, proximidad entre supervisoras y enfermeras, complejidad del trabajo..., que afectan para conseguir el rango de control óptimo (Doran *et al.*, 2004).

El rango de control medio de enfermeras de las supervisoras de esta muestra es de 29, pero además de enfermeras, las supervisoras gestionan profesionales de otras categorías como pueden ser los Técnicos, lo cual hace que este rango se duplique fácilmente. Es importante añadir la variabilidad existente en este aspecto entre las distintas supervisoras, al observarse una desviación estándar de 22,4 y en un rango de 1 a 105, cifras que se reproducen en Ontario (Lucas, Laschinger y Wong, 2008), y globalmente en Canadá (Doran *et al.*, 2004).

Estas variabilidades pueden deberse a la estructura organizacional tradicional que domina los hospitales, ubicando en cada servicio médico, o sección de servicio médico, una unidad de cuidados, con una supervisora al frente, sin tener en cuenta los criterios clave, comentados algunos anteriormente, que deben tenerse en cuenta para conseguir el rango de control óptimo. Consecuencia de este criterio seguido, es la diferencia significativa del rango de control entre las supervisoras de hospitales grandes y hospitales pequeños.

De cualquier modo, estos rangos de control, distan mucho de los recomendados en las primeras investigaciones (8-12 personas y aumentado a 20-30 para las unidades de trabajo muy simples) (Van Fleet, 1983), y aún de las posteriores, en la década de los 90, con el aplanamiento de estructuras, cuando se recomienda ampliarlos (McConnell, 2000). Esta situación sugiere que en las grandes organizaciones sanitarias, con un rango de control aumentado, las supervisoras pueden llegar a estar alejadas de las enfermeras, disminuyendo por tanto la calidad del LMX.

Respecto a los datos descriptivos de los comportamientos, de acuerdo con la aseveración de Vilallonga (2003, p. 55): *“los resultados empresariales son consecuencia directa de los comportamientos de cada uno de sus miembros”*, y como consecuencia de los valores obtenidos, se puede afirmar que los hospitales participantes en esta investigación tienen un amplio margen de mejora en sus resultados, consecuencia del amplio margen de mejora que presentan los comportamientos de las enfermeras que trabajan en ellos.

El valor más alto obtenido (7,63), se encuentra en los comportamientos cívicos organizacionales. Este dato no sorprende ya que las medidas de los comportamientos cívicos organizacionales son altamente susceptibles al sesgo de deseabilidad social (O’Reilly y Chatman, 1986), en particular cuando los datos son auto-informados. Este sesgo se produce cuando los individuos se sienten presionados a responder de una manera que los hace ver de un modo más positivo.

El empoderamiento y el LMX(l), son el segundo valor más alto, con un valor ambos de 6,70, seguidos del LLX y LMX(m), con unos valores de 6,53 y 6,35 respectivamente.

Una de las variables más estudiadas en el campo de la enfermería es el empoderamiento. Los hallazgos encontrados indican que las enfermeras de la muestra tienen unas percepciones de empoderamiento, similares a las enfermeras canadienses (Montani *et al.*, 2015), algo superior que las portuguesas (Orgambidez-Ramos, *et al.*, 2017) y muy superior a las chinas (Guo, *et al.*, 2016).

Con relación al Intercambio Líder-Miembro desde el punto de vista de la enfermera (LMX(m)), dado que no existe ningún valor absoluto de referencia en la teoría que permita determinar si la calidad de la relación es alta o baja, se debe tomar como referencia otras muestras de enfermeras para determinar cómo es la calidad de las relaciones en esta muestra de enfermeras. Las relaciones de alta y de baja calidad intragrupal y/o intergrupala, sólo existen en términos relativos. Al realizar dicha comparación, se obtuvieron valores moderados por parte de la enfermera, similares a los valores obtenidos en otras investigaciones internacionales con enfermeras (Han y Jekel, 2011; Davies, Wong y Laschinger, 2011). La mayoría de estos estudios utilizaron la misma versión de la escala que se ha utilizado en este estudio.

El valor medio obtenido (6,30 sobre 10) puede ser debido a la poca oportunidad que tienen las enfermeras de compartir un turno con su supervisora, debido al sistema de tres turnos (la

supervisora tiene, generalmente, turno fijo de mañana) y a las elevadas cargas de trabajo que soportan en la mayoría de los hospitales. Por ello es bastante difícil para las enfermeras, tener una relación de intercambio de alta calidad con su supervisora. La carga de trabajo de las enfermeras también afecta a sus interacciones con la supervisora, lo cual, a su vez, afecta a la relación de intercambio (Chen *et al.*, 2008).

El hecho de que el LMX(l), tenga un valor más alto que el LMX(m), es congruente con la literatura existente, que afirma que los líderes tienden a reportar un promedio general más alto y menor variación en las calificaciones LMX de sus seguidores (Tekleab y Taylor, 2003), idea con la que están de acuerdo Scandura, Graen y Novak (1986) justificando que esta falta de variación en sus calificaciones, puede ser debida a los efectos de la deseabilidad social.

Los hospitales son generalmente grandes organizaciones donde unas relaciones anidan dentro de otras, debido a la gran escala jerárquica que opera en ellos. Sin embargo, el efecto que unas relaciones pueden producir en otras ha sido poco estudiado en las enfermeras. Un estudio realizado por Tangirala, Green y Ramanujam (2007), en una muestra de 850 enfermeras y sus supervisoras de un gran hospital estadounidense, encontró valores similares a los hallados en las supervisoras de esta muestra, en cuanto a los intercambios que las supervisoras realizaban con sus superiores.

Al observar los datos, se pone de manifiesto cómo el trabajo de las enfermeras de los hospitales españoles presenta una serie de características, entre las que se encuentra la falta de apoyo en el contexto laboral. El apoyo organizacional percibido en este trabajo es similar al percibido en otra investigación española (Goñi *et al.*, 2008), estando por debajo del que perciben las enfermeras de otros países (Battistelli *et al.*, 2016).

Es interesante advertir la diferencia existente entre las valoraciones realizadas por las enfermeras acerca de la calidad de la relación con su supervisora y el apoyo organizacional que perciben. Este hallazgo no apoya a Eisenberger *et al.* (2002), quienes afirman que existe una tendencia en las enfermeras a ver las acciones de las supervisoras como sancionadas y promovidas por la organización, y por lo tanto, el apoyo o falta de apoyo de los supervisores es más probable que se atribuya a la organización. Así, cuando la calidad del LMX(m) es alta, las enfermeras pueden ver la orientación favorable de su supervisora hacia ellas como una prueba de apoyo de la organización (Wayne, Shore y Liden, 1997).

Los datos de esta investigación están más en línea con Dirks y Ferrin (2002), cuando alegan que las enfermeras saben distinguir entre la relación con su supervisora y la relación con la organización o con su dirección. Esta diferenciación que realizan, les lleva a presuponer que la distribución y disponibilidad de los recursos se encuentra, generalmente, en los niveles altos de la organización, mientras que las supervisoras son únicamente responsables de hacer la demanda

de los recursos que creen necesitar, escapándose a sus posibilidades disponer de ellos, contratarlos o comprarlos (Morano y Albar, 2009).

Como consecuencia de esta distinción, y dado que las acciones de reciprocidad se dirigen hacia las personas con quienes nos sentimos en deuda (Hofmann y Morgeson, 1999), cabría esperar que la enfermera trate de beneficiar de forma directa a su supervisora más que a la organización.

Esta mayor valoración del LMX, desde la perspectiva del subordinado, comparada con el POS, se encuentra tanto en estudios con enfermeras (Robson y Robson, 2016), como en estudios en otros sectores empresariales (Sluss, Klimchak y Holmes, 2008), aunque no con una diferencia tan marcada en los valores como en esta investigación.

Tomando la variable de compromiso, los datos sugieren que las enfermeras sólo están algo comprometidas con la organización (5,87 en una escala de 0 a 10). Pese a que este dato es muy mejorable, es similar a los valores de otras investigaciones con enfermeras serbias (Konja, Grubic-Nesic y Lalic, 2012), australianas (Brunetto *et al.*, 2012), saudíes (Asiri, *et al.*, 2016), japonesas (Kodama, *et al.*, 2016)...

Esta comparación es especialmente fiable, ya que según Vagharseyyedin (2016), la mayoría de los estudios que integran su reciente revisión, utilizan herramientas similares para medir el compromiso organizacional.

Con respecto a la satisfacción, Aiken *et al.* (2001) encontraron que la insatisfacción laboral entre enfermeras era más alta en Estados Unidos (41%), seguida por Escocia (38%), Inglaterra (36%), Canadá (33%) y Alemania (17%). Los profesionales de esta muestra presentan valores similares a los observados en otros estudios en muestras hospitalarias españolas (Robles *et al.*, 2005), enfermeras españolas trabajando en Inglaterra (Ruzafa, *et al.*, 2008), o en enfermeras mexicanas (Nava *et al.*, 2013), todas ellas empleando el mismo cuestionario que en esta investigación. Esta misma similitud en valores se encuentra en otras investigaciones con muestras de enfermeras utilizando otras herramientas de medición (Portoghese *et al.*, 2015).

Haciendo alusión a las intenciones de rotación, el valor obtenido (3,38) aun siendo un poco más bajo que el referenciado por profesionales inglesas (Robson y Robson, 2016) o australianas (Rodwell, McWilliams y Gulyas, 2017), no es sino el reflejo del gran problema que tienen los hospitales españoles por la falta de permanencia de las enfermeras en sus hospitales y/o unidades (Blanca y Alba, 2007).

A pesar de existir un amplio margen de mejora en las variables de resultados organizacionales, la enfermería de esta muestra se encuentra en la media, de forma general, en la mayoría de las variables del estudio.

Tomando en consideración la matriz correlacional, puede apreciarse el alto número de relaciones existentes entre todas las variables incluidas en el estudio, aunque la mayoría de ellas son muy débiles.

Se comenzará por discutir algunas relaciones interesantes no incluidas en las hipótesis de trabajo, dejando en último lugar la discusión de los resultados obtenidos para las hipótesis planteadas.

8.1 Relaciones con las variables sociodemográficas

Contrariamente a Podsakoff *et al.* (2000) que en su trabajo de revisión, concluyen que en las variables demográficas (sexo, antigüedades...) no se han encontrado relaciones con los OCB (aunque piden más investigación sobre sexo para ser concluyentes), en esta muestra se encuentran relaciones (débiles) para ambas variables, sexo y diversas antigüedades. Los resultados se alinean con el trabajo de Kuvaas *et al.* (2012), señalando que las mujeres se implican en más comportamientos cívicos organizacionales que los hombres. En términos generales, las mujeres parecen estar más capacitadas que los hombres para la comunicación y para preocuparse por los demás, es decir, para tener en cuenta el lado humano de las personas (Kaufmann, 1997), lo que probablemente les ayudaría a expresar más fácilmente comportamientos de cortesía, altruismo...

Un compromiso organizacional significativamente mayor de las mujeres, se ha encontrado también en esta investigación, y un razonamiento parecido es el que aluden Konja, Grubic-Nesic y Lalic, (2012) para justificarlo, al hallarlo también en su trabajo. Estos autores justifican sus hallazgos en la creencia de que las mujeres tienen actitudes cuidadoras innatas, por eso eligen trabajar en organizaciones sanitarias y alcanzan un valor mayor en compromiso organizacional.

En contraste con Morris y Sherman (1981), los cuales concluyen que uno de los factores que más parecen influir en el compromiso con la organización es la antigüedad de servicio en la misma, debido a las inversiones que el trabajador ha realizado en ella, esta investigación está más en línea con Meyer y Allen (1997, citados en Konja, Grubic-Nesic y Lalic, 2012, p. 3805) demostrando que la edad y la antigüedad muestran correlaciones débiles con el compromiso. En nuestro caso, las relaciones son de signo negativo, indicando que las enfermeras de más edad y con más años en la organización tienen menor compromiso organizacional.

Las personas que tienen un nivel de educación superior tienden a ser más abiertas y a estar más comprometidas con la profesión y menos con la organización (Steers, 1977). Entendiendo que el compromiso con la profesión va aumentando con la experiencia y con el prestigio profesional

que se va adquiriendo, pudiera ser que el compromiso organizacional se relacione de forma negativa con la edad y con la antigüedad.

Otra presunción es que estas enfermeras, además de ser más objetivas en la evaluación, han padecido durante más años que sus compañeras, la crisis que sufren las enfermeras a nivel general, en relación a diferentes aspectos de su trabajo: turnos, nivel retributivo, conflicto de roles, falta de reconocimiento profesional, escasa promoción en el puesto de trabajo, oferta/adequación de la formación, cargas de trabajo o sobrecarga laboral, falta de autoridad en la toma de decisiones, poco reconocimiento social, falta de autonomía... (Errasti, 2008). Por tanto, a medida que pasa el tiempo, las enfermeras acumulan más información sobre estos aspectos, lo que produce un impacto significativo en ellas. Es este mismo razonamiento, el que puede llevar a justificar la relación negativa existente entre la edad y/o la antigüedad con los comportamientos cívicos organizacionales.

Tomando estas mismas variables, edad y antigüedad (profesional, en el hospital, en la organización y con la supervisora), también se encuentran relaciones negativas con las intenciones de rotación. Después de haber estado en un mismo puesto laboral un tiempo, el miedo a lo desconocido, permanecer en la zona de confort y el rechazo al cambio, hace menos atractivo el cambio a otro lugar o puesto. Estas sensaciones, pensamientos y experiencias, conducen generalmente, al compromiso de permanencia en el puesto de trabajo de estas enfermeras de más años y con más antigüedad. Estos datos son consistentes con los de Konja, Grubic-Nesic y Lalic (2012).

En cuanto a las diferencias de edad y antigüedad sobre el LMX, el análisis mostró asociaciones positivas entre ellas, es decir, en general, a mayor edad y mayores antigüedades, mejor es la calidad del LMX, tanto desde el punto de vista de la enfermera como de la supervisora. Estos datos discrepan de los obtenidos por Konja, Grubic-Nesic, y Lalic (2012) en su estudio, donde dichas relaciones eran negativas, y los obtenidos por Davies, Wong y Laschinger (2011) donde la edad y el respeto de la relación Líder-Miembro tenían un relación pequeña, pero negativa. Sin embargo, se alinean con los obtenidos por González-Romá y Le Blanc (2010, citado en Tordera y González-Romá, 2011, p. 182), aunque en este caso la muestra no es de enfermeras. Se puede sospechar que estos datos se deban a que a medida que pasa el tiempo, hay más intercambios, más comunicación, más confianza, más respeto por la profesionalidad de la otra parte... entre las dos partes de la díada, lo cual conduciría a mejores calidades en los intercambios, o simplemente que las dos partes de la díada evolucionan con el tiempo, a expectativas menos exigentes sobre los elementos que constituyen esta relación.

Esta última sugerencia parece menos defendible, pues esa disminución de las expectativas estaría dirigida tanto hacia la relación con su supervisora como hacia la relación con su organización.

Sin embargo con la organización, es decir, la relación entre la edad y el apoyo percibido de la organización obtiene una relación negativa, aunque muy débil, y algo más fuerte, pero igualmente negativa, es la relación entre las diversas antigüedades con el apoyo organizacional percibido. De nuevo se pondría de manifiesto la capacidad de distinción que tienen las enfermeras entre la supervisora y la organización.

Esta diferencia también queda reflejada en el trabajo de Wayne *et al.*, (2002), en el que se encontró que la antigüedad en la organización no estaba directamente relacionada con el POS, pero la antigüedad de la diada sí se relacionaba de forma relevante con el LMX.

Por último, en cuanto a las diferencias de edad y antigüedades, la edad no se relaciona con el empoderamiento. De forma positiva y moderada, la antigüedad en la unidad y la antigüedad de relación con la supervisora y un poco más débil, la antigüedad en la organización sí se relacionan con el empoderamiento. Cabe sugerir que cuando una enfermera lleva tiempo trabajando en una organización, en una unidad de cuidados o lleva tiempo trabajando con la misma supervisora, siente que tiene un mayor conocimiento de los procesos, de los flujos de trabajo, de las personas que componen los equipos... lo cual puede generar mayor autonomía y competencia, lo que conducirá a un mayor empoderamiento.

El número de camas del hospital tiene una relación positiva fuerte con el rango de control, lo cual es lógico siguiendo el razonamiento que se ha hecho anteriormente para justificar la variabilidad del rango de control en las supervisoras, es decir, una supervisora por servicio médico o sección. Por tal motivo, los hospitales grandes tienen mayor número de camas por servicio médico y por lo tanto los rangos de control son mayores. Esta relación positiva es tan fuerte, que las relaciones con el resto de variables del rango de control son iguales a las del número de camas de los hospitales, excepto en las intenciones de rotación. Aunque no hay mucha evidencia sobre el rango de control en enfermería, un estudio realizado en Canadá por Doran *et al.*, (2004) llega a resultados similares a los encontrados aquí respecto a la satisfacción de la enfermera y a las intenciones de rotación, añadiendo que un aumento en el rango de control, disminuye también la satisfacción en el paciente.

Los hospitales grandes presentan relaciones que pueden afectar de forma muy negativa en los resultados en las enfermeras, en la organización y por último en los pacientes. El número de camas es una variable importante, ya que se relaciona con los cuatro comportamientos de resultados excepto con los comportamientos cívicos organizacionales, y con las tres variables moderadoras, con todas ellas de forma negativa menos con las intenciones de rotación que lo hace de forma positiva.

Estos resultados no impresionan, estos hospitales son más impersonales, el tiempo para las relaciones es menor para todos los niveles... todo ello sugiere que conduce a estos resultados: menor compromiso, menor empoderamiento, menor POS, menor calidad en el LMX, menor satisfacción, menor calidad en LLX y mayores intenciones de rotación.

Una vez discutidas las relaciones entre las variables sociodemográficas y el resto de variables, se pasa a discutir las relaciones que tienen las distintas variables de resultado entre sí.

8.2 Relaciones entre las variables de resultado

Las cuatro variables de resultados organizacionales se relacionan entre sí de manera más o menos potente y de forma positiva, salvo con las intenciones de rotación, que lo hace negativamente.

Los resultados de la relación del compromiso con la rotación en esta investigación coinciden con los de varios estudios que han encontrado una fuerte correlación negativa entre compromiso y rotación tanto en sectores no sanitarios (Blau y Boal, 1987; Qaisar, Rehman y Suffyan, 2012), como en el sector sanitario y concretamente en enfermería (Palese, Pantali y Saiani, 2006; Wagner, 2007; Brunetto *et al.*, 2013a; Robson y Robson, 2016). Efectivamente, el compromiso es predictor de las intenciones de rotación (Eby *et al.*, 2000), pese a que el porcentaje de varianza encontrado en los estudios oscila desde el 34% al 3% (Chinchilla, 1991). Los resultados sugieren que cuando una enfermera se identifica con su organización en particular y con las metas de ésta, siente una mayor lealtad hacia ella debido al sentimiento de obligación de permanencia y por lo tanto, desea mantener su relación con la misma, disminuyendo así las intenciones de rotación.

Diversos estudios han evidenciado una relación entre el compromiso organizacional y la satisfacción laboral entre las enfermeras (Al-Aameri, 2000; Wu y Norman, 2005; De Gieter, Hofmans y Pepermans, 2011; Top y Gider 2013), y en otros sectores (Markovits *et al.*, 2010), resultados que en este estudio se corroboran.

La cuestión en la que este estudio no puede colaborar a dar luz, dado su diseño transversal, es en lo referente a la causalidad de tales constructos. Mientras Dirani y Kuchinke (2011), argumentan que la satisfacción es un predictor fiable del compromiso organizacional, Petty, McGee y Cavender (1998) declaran que el compromiso es el predictor de la satisfacción laboral.

Las relaciones entre compromiso organizacional y satisfacción con los comportamientos cívicos organizacionales quedan demostradas en esta investigación. Estos hallazgos concuerdan con las conclusiones de la revisión de Podsakoff (2000) sobre comportamientos cívicos organizacionales.

Una explicación posible para estos resultados, es el sentimiento de reciprocidad que sienten las personas cuando están satisfechas con su trabajo y comprometidas con su organización. La realización de comportamientos de este tipo es una de las formas que tienen las enfermeras de compensar esta situación.

La relación entre la satisfacción y la rotación es otra de las relaciones más estudiadas en todos los sectores desde hace tiempo. Tanto en las primeras revisiones realizadas (Brayfield y Crockett, 1955) como en metaanálisis y estudios más recientes (Yin y Yang, 2002; McCarthy, Tyrrell y Lehane, 2007; Han y Jekel, 2011; Portoghese *et al.*, 2015) realizados con muestras de enfermeras, se ha encontrado suficiente soporte para apoyar la relación negativa entre la satisfacción laboral y la rotación. En este trabajo, el vínculo negativo entre la satisfacción laboral y las intenciones de rotación proporciona apoyo adicional a la literatura existente. Esta relación se fundamenta en los sentimientos que experimenta la enfermera resultante de la experiencia misma del trabajo y de la evaluación de expectativas que realiza. Si los sentimientos son positivos, se inclinará por permanecer en su puesto de trabajo, dados los sentimientos placenteros que experimenta.

Sobre la satisfacción y los comportamientos cívicos organizacionales, esta investigación demuestra su relación positiva, sin embargo, otras investigaciones demuestran efectos moderadores de la satisfacción sobre la relación entre el compromiso organizacional y los comportamientos cívicos organizacionales (Lin y Chang, 2015).

Por último, al igual que Tsai y Wu (2010), los cuales utilizaron una muestra de 300 enfermeras en Taiwan, en este trabajo se evidencia la relación positiva entre los comportamientos cívicos organizacionales de las enfermeras aragonesas y sus intenciones de rotación.

Se pasa ahora a discutir, de acuerdo con las hipótesis planteadas, las diversas relaciones del LMX, según el punto de vista de la enfermera, con las cuatro variables de resultados planteadas en la investigación, dando respuesta así, al objetivo general que nos planteamos en nuestro estudio: comprobar que la calidad de las relaciones interpersonales Supervisora-Enfermera se relacionan con resultados beneficiosos para la organización.

8.3 Hipótesis principales

La mayoría de los resultados del LMX lo son a nivel de subordinado (Bryant, 2008). Esta investigación igualmente se realiza bajo el punto de vista individual de la enfermera.

La hipótesis 1 (H1) planteaba la relación entre el LMX, desde el punto de vista de la enfermera y el compromiso organizacional.

Los estudiosos de la gestión, como se ha expuesto ya anteriormente, habían identificado una relación efectiva supervisor-subordinado como el factor que tiene más probabilidades de mejorar el compromiso de la enfermera y la retención (Cohen, 2006).

El compromiso organizacional ha sido un resultado ampliamente estudiado, y los resultados de esta investigación confirman los hallazgos de muchos estudios precedentes, donde la calidad del LMX está correlacionada de forma positiva con el compromiso organizacional. Estos estudios incluyen investigaciones anteriores (Nystrom, 1990; Settoon, Bennett y Liden, 1996), metaanálisis (Gerstner y Day, 1997), estudios más recientes (Lee, 2005; Ansari, Hung, y Aafaqi, 2007; Yousaf *et al.*, 2011;), así como estudios específicos con muestras de enfermeras, tanto occidentales (Brunetto, Farr-Wharton y Shacklock, 2010; Robson y Robson, 2016) como no occidentales ((Konja, Grubic-Nesic y Lalic, 2012) y tanto del sector público como del privado (Brunetto *et al.*, 2012). A pesar del amplio número de investigaciones que avalan esta relación, existen otras investigaciones que consideran que esta relación no es tan directa (Van Breukelen, Konst y Van Der Vlist, 2002).

Los resultados de todos los estudios sugieren que la buena relación entre supervisora y enfermera va a favorecer la imagen que el empleado tiene de la organización, aumentando de esta manera su sentimiento de vínculo emocional hacia el hospital y por tanto, su compromiso hacia el mismo.

Brunetto y su equipo, han investigado mucho sobre este tema en el sector de la enfermería. Sus investigaciones, a lo largo de más de una década, les han llevado a identificar la relación positiva entre LMX y el nivel de compromiso afectivo (Brunetto y Farr-Wharton, 2006; 2007; Brunetto *et al.*, 2013b), al igual que en el resto de investigaciones.

Además de los efectos directos, que sobre el compromiso, tiene la buena calidad del LMX, no hay que olvidar los efectos que el compromiso tiene sobre otras variables. Como ya se ha demostrado en este trabajo y se ha expuesto anteriormente, el compromiso se relaciona de forma positiva con variables como la satisfacción laboral y los OCB y de forma negativa con las intenciones de rotación.

En otros estudios se han demostrado los mismos resultados a nivel de unidad. Galletta *et al.*, (2013), encontraron que el LMX a nivel de unidad, se relacionaba positivamente con el compromiso afectivo individual de las enfermeras que, a su vez, estaba negativamente relacionado con la intención rotación. Así mismo, la enfermera canadiense Laschinger y su equipo, encontraron también a nivel de unidad, la misma relación entre el LMX y el compromiso organizacional (Laschinger, Finegan y Wilk, 2009).

Todos estos aspectos hacen que esta relación positiva entre LMX y compromiso, confirmada por numerosos estudios empíricos, sirva de base para que muchos investigadores argumenten la importancia de tener una buena calidad en el LMX, generando así actitudes de compromiso organizacional.

En resumen, en nuestros resultados queda evidenciada la relación entre LMX y compromiso organizacional, confirmando los resultados obtenidos en contextos enfermeros europeos y estadounidenses, en el sector público y en el privado y tanto a nivel individual y como a nivel de unidad.

La hipótesis 2 (H2) sugería la relación entre el LMX, desde el punto de vista de la enfermera, y la satisfacción laboral.

Los hallazgos de este estudio también se suman a los resultados de investigaciones previas realizadas en diversas décadas, demostrando que existe una fuerte asociación entre los intercambios de alta calidad y la obtención de un mayor nivel de satisfacción en el trabajo (Graen, Orris y Johnson, 1973; Seers y Graen, 1984; Major *et al.*, 1995; Liden, Wayne y Sparrowe, 2000; Ozer, 2008; Volmer *et al.*, 2011). En el primer metaanálisis realizado sobre LMX (Gerstner y Day, 1997), ya fue identificada la relación entre la calidad del LMX y la satisfacción de los colaboradores.

En investigaciones realizadas con muestras de enfermeras, se encuentran los mismos resultados. Laschinger, Purdy y Almost (2007) en Canadá; Han y Jekel (2011) y Blau, Moideenkutty y Ingham (2010), en Estados Unidos y Trybou *et al.*, (2014) en Bélgica, descubrieron también la positiva y significativa correlación entre el LMX y la satisfacción laboral.

A pesar de todo el respaldo recibido por la mayoría de la investigación empírica, a la relación positiva entre LMX y satisfacción laboral, existe también algún estudio (Castro, 2008), donde se encuentra que la satisfacción laboral no se explica a partir de la calidad del intercambio social entre el líder y los colaboradores en un contexto diferente. Este autor sugiere, estudiando una muestra de población militar, que es probable que sean otro tipo de factores (posiblemente aquellos relacionados con los valores), los que incidan en la satisfacción laboral.

La hipótesis 3 (H3) proponía: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma positiva, con los comportamientos cívicos organizacionales de la enfermera.

En esta investigación se reafirma la relación positiva entre las relaciones de alta calidad en el LMX y los comportamientos cívicos organizacionales.

El comportamiento de intercambio líder-miembro, también estaba fuertemente relacionado con el OCB en una revisión realizada por Podsakoff, *et al.* (2000). Parecía que los OCB desempeñaban un papel en el proceso de intercambio social recíproco propuesto por Graen y Scandura (1987); Settoon, Bennett, y Liden (1996); y Wayne, Shore y Liden (1997). Frente a la generalidad de estos estudios confirmando la relación, se encuentra algún otro donde esta relación no se apoya (Wayne *et al.*, 2002).

Finalmente, en un metaanálisis de Ilies, Nahrgang y Morgeson (2007), se estudió la relación entre la calidad en el LMX y los comportamientos organizacionales. Los resultados de este trabajo indicaron una correlación moderadamente fuerte entre la calidad del LMX y las conductas organizacionales.

En la misma línea, cierto número de estudios de campo más recientes, siguen confirmando la relación positiva de las relaciones de alta calidad LMX con los OCB del colaborador (Kuvaas *et al.*, 2012).

Cuando los subordinados interactúan bien con los supervisores, suelen sentir que los supervisores les ayudan, el nivel de confianza y de lealtad entre enfermeras y supervisoras aumenta y, consecuentemente, contribuirán con comportamientos rol adicionales debido a la reciprocidad (Lapierre y Hackett, 2007).

Todas estas investigaciones revelan que la calidad del LMX tiene una relación positiva con la frecuencia con la que los colaboradores presentan comportamientos que van más allá del contrato formal de trabajo. Sin embargo, las estimaciones de la fuerza de la relación entre el LMX y el comportamiento organizacionales, varían considerablemente de unos trabajos a otros, llegando alguna investigación a declarar incluso, que no existe relación entre el LMX y los OCB (Wayne *et al.*, 2002).

En este trabajo se han medido los OCB de forma global, si bien existen estudios donde se ha demostrado que la relación positiva significativa entre el LMX y los OCB, existe sólo para alguna de las dimensiones de los OCB, no habiendo relación en otras (Salgado *et al.*, 2002). En estas relaciones más débiles, se entiende que los OCB podrían verse afectados por otros factores, además de por la calidad de la relación con su superior.

Al igual que esta investigación, otras investigaciones con muestras de enfermeras confirman la relación positiva entre la calidad del LMX y los OCB (Blau, Moideenkutty e Ingham, 2010).

Chen *et al.* (2008), sobre la misma relación, encontraron que el LMX del personal de enfermería tenía un impacto positivo en los OCB de la enfermera, puntuado por el supervisor, a través de las variables mediadoras de confianza y apoyo del supervisor percibidos.

La cuarta hipótesis (H4) apuntaba: La calidad de la relación supervisora-enfermera, desde el punto de vista de la enfermera, LMX(m), se relacionará de forma negativa con las intenciones de rotación de la enfermera.

Como se ha comprobado, en el presente estudio se encuentran relaciones inversas significativas entre LMX e intenciones de rotación, apoyando la investigación previa existente sobre esta relación (Ferris, 1985; Wilhelm, Herd y Steiner, 1993; Ansari, Hung y Aafaqi, 2000; Cropanzano y Mitchell, 2005; Schyns, Torka y Gossling, 2007; Islam *et al.*, 2013). El metaanálisis de Gerstner y Day (1997), obtuvo una correlación negativa de -0,28 entre LMX y las intenciones de rotación, sugiriendo que los colaboradores que establecen relaciones de calidad con sus superiores tienen menos intenciones de abandonar la organización.

La investigación sobre esta relación (LMX/intenciones de rotación) con muestras de enfermeras es extensa por dos motivos: a) la rotación afecta negativamente a la motivación de las enfermeras, así como a los resultados del paciente (Hayes *et al.*, 2006), y b) algunos investigadores han identificado que las relaciones enfermera-supervisora son predictores muy importantes de la rotación (Cohen 2006; Tauton *et al.*, 1997), así como de resultados positivos en el paciente (Rafferty *et al.*, 2007).

Al igual que en el presente estudio, hay estudios con muestras de enfermeras, tanto cualitativos (Tourangeau *et al.*, 2010) como cuantitativos (Han y Jekel 2011; Brunetto *et al.*, 2013b; Galletta *et al.*, 2013; Robson y Robson, 2015; Robson y Robson, 2016), que demuestran una relación negativa entre el LMX y las intenciones de rotación.

Portoghese *et al.* (2015), realizaron una investigación multinivel en hospitales públicos italianos, con una muestra de 1246 enfermeras, donde demostraron que el LMX a nivel de unidad estaba negativamente relacionado con las intenciones de rotación a nivel individual.

Aunque la mayoría de los estudios sugieren una relación lineal entre el LMX y las intenciones de rotación, ya se ha comentado anteriormente que Harris, Kacmar y Witt (2005) encontraron que la relación entre la calidad del LMX y la intención de rotación podía ser expresada como curvilínea en forma de U, en lugar de estrictamente lineal. Estos mismos resultados fueron obtenidos por Morrow *et al.* (2005). Al igual que Harris *et al.*, estos investigadores sostienen que ambos, tanto el LMX de muy baja calidad como el de muy alta calidad, están relacionados con altos niveles de rotación.

Siguiendo esta misma línea de investigación, Kim, Lee y Carlson (2010) en una investigación en la industria hotelera demostraron una relación en forma de U curvilínea entre LMX y la intención de rotación. Sin embargo, la relación en forma de U curvilínea en la relación LMX-Rotación, sólo se encontraba entre los trabajadores no supervisores, mientras que entre los supervisores, se encontró una relación lineal negativa entre LMX y rotación. En enfermería no se ha encontrado ningún estudio que describa esta forma curvilínea de la rotación.

8.4. Grado de acuerdo

La quinta hipótesis (H5) formulaba: El grado de acuerdo entre la supervisora LMX(l) y la enfermera LMX(m) sobre la calidad de la relación entre ambas es alto.

Los hallazgos de este estudio muestran un alto grado de acuerdo, contrariamente a lo encontrado en otras investigaciones.

Las correlaciones en el LMX entre el punto de vista del colaborador y del líder en la literatura existente son bajas-moderadas. Gerstner y Day (1997), en su metaanálisis, encontraron una correlación de 0,29 y una vez corregida de 0,37.

Más recientemente, Sin, Nahrgang y Morgeson (2009), usando métodos metaanalíticos, identificaron en 64 muestras que medían el LMX tanto en el líder como en el seguidor, una correlación de 0.37 entre las dos perspectivas. Estos resultados indican, que solo hay relación modesta entre la valoración de ambas perspectivas, incluso con un mayor número de muestras de estudio que en el metaanálisis de Gerstner y Day (1997).

Las razones argumentadas por los diversos autores a esta falta documentada de acuerdo son varias. En primer lugar, la formulación de los ítems en las escala del LMX se centra principalmente en el líder. Seis ítems de los siete, en la escala del 7-LMX utilizada en esta investigación, se refieren directamente a la actitud del líder. Debido a este enfoque, los líderes verán con más probabilidad estos ítems, como una evaluación personal de ellos mismos, más que como una evaluación de la relación dual. Esto llevaría a pensar que las valoraciones del LMX por parte de las supervisoras podrían ser una forma de auto-evaluación. Para contrarrestar este efecto, en este trabajo se tomó la sugerencia de Plagis y Green (2002), modificando los ítems del cuestionario valorado por la supervisora (LMX(l), como se ha comentado ya en los instrumentos de medida, convirtiéndolos en una imagen en espejo de lo evaluado por la enfermera (LMX(m). De esta forma se cambia la perspectiva y cada miembro de la díada puede evaluar su relación de intercambio. Esta puede ser una de las causas que haya contribuido a obtener un alto grado de acuerdo en esta investigación.

Otra posible razón que puede moderar el nivel de acuerdo es el método de muestreo (Sin, Nahrgang y Morgeson, 2009). En los estudios sobre el LMX, se tiende a emplear dos tipos de muestreo principalmente: "a priori" y "ad hoc". En el primer caso, las díadas encuestadas pertenecen a listas disponibles que los investigadores obtienen de antemano y ambos son encuestados al mismo tiempo. En el segundo caso, "ad hoc", las díadas encuestadas son aquellas a las que los investigadores pueden tener acceso directo. El proceso de selección parcial propio del método "ad hoc", podría significar que la muestra inicial de participantes entregue los cuestionarios a los miembros o incluso a los líderes con los que tenga más confianza o con quienes esté más familiarizado, pudiendo de este modo tener un grado de acuerdo mayor. En esta investigación, al ser la población total, el método de muestreo fue el de "a priori", y pese a ello se ha obtenido un grado de acuerdo alto.

En este caso el origen del alto grado de acuerdo puede ser el sistema de provisión de plazas en el sector sanitario público español, y por ende en Aragón. La gran mayoría de las enfermeras encuestadas poseen una plaza en propiedad. El resto se encuentra, o con un contrato de

interinidad o realizando sustituciones. Los contratos de interinidad o de sustitución se van concediendo con el sistema de bolsas de trabajo, las cuales se rigen por baremos de méritos bien establecidos y claros. En este sistema, la estabilidad profesional para las enfermeras con plaza en propiedad y las que ocupan una plaza interina está garantizada salvo, únicamente, que se cometa alguna de las acciones sancionables dispuestas en la Ley. Consecuencia de todo ello es, que ni enfermeras ni supervisoras tienen incentivos para dar “respuestas sociables deseables” (O’Reilly y Chatman, 1986), pudiendo dar lugar a un mayor grado de acuerdo entre ambas partes de la díada.

Existen otros muchos factores que pueden influir en la falta de acuerdo en las valoraciones de la enfermera y la supervisora sobre la calidad de la relación existente entre ambas como pueden ser: duración; frecuencia e intensidad de las interacciones, es decir, la cantidad y calidad de las relaciones (Sin, Nahrgang y Morgeson, 2009); factores dentro del grupo de trabajo, por ejemplo, si mi relación es buena, pero la de otros veo que es mejor, disminuyo mi valoración y al revés lo mismo (Cohen y Bailey, 1997); el tamaño del grupo de trabajo (Cogliser y Schriesheim, 2000); frecuencia de conflicto entre líder y seguidor (Paglis y Green (2002))...

Las diferencias en las perspectivas podrían ser una variable interesante de estudiar por sí misma, sobre todo si se piensa que las relaciones en las que existe un acuerdo mutuo sobre la alta calidad, son diferentes a aquellas en las que el acuerdo sobre la calidad es bajo o mixto (Cogliser *et al.*, 2009). Concretamente, los resultados de estos autores refieren que cuando hay un acuerdo en la díada en que existe un intercambio de alta calidad, los seguidores demostraron tener un mejor rendimiento y un mayor compromiso y satisfacción en el trabajo que cuando existe un acuerdo en la díada en que el intercambio es de baja calidad.

Basik y Martinko (2008, citado en Schyns y Day, 2010, p. 12), también sugieren que cuando hay acuerdo en las díadas sobre la calidad de la relación (ya sea alto-alto o bajo-bajo), los conflictos entre las dos partes de la díada se ven reducidos. De la misma manera, cuando el acuerdo es en la alta calidad de intercambio, se obtiene como resultado un mayor rendimiento y compromiso por parte del seguidor. Resultados que van en la misma línea que presentan Cogliser *et al.* (2009).

En nuestro caso, hemos estudiado únicamente las diferencias existentes dependiendo de que haya acuerdo (alta calidad-alta calidad o baja calidad-baja calidad) o no haya acuerdo sobre la calidad del intercambio entre las dos partes de la díada.

Los hallazgos coinciden en parte, con los obtenidos por Cogliser *et al.* (2009) y Basik y Martinko (2008, citado en Schyns y Day, 2010); al igual que ellos, un acuerdo en la alta calidad del intercambio se relaciona con un mayor compromiso y satisfacción. Además, en este trabajo se evidencia una relación positiva con el apoyo organizacional percibido y con el LMX(m), y una relación negativa con el rango de control y con las intenciones de rotación. Con nuestros

resultados podemos añadir que, al no haber hecho un desglose entre grado de acuerdo de alta y baja calidad, no se puede confirmar.

Una vez se han discutido las hipótesis principales del modelo, se pasa a discutir las hipótesis relacionadas con las variables moderadoras.

8.5. Hipótesis de las variables moderadoras

Es difícil encontrar literatura que investigue efectos moderadores de la misma variable y exactamente en las mismas relaciones que las planteadas en esta investigación, por ello en la siguiente discusión se hará referencia a los trabajos existentes relacionados con la variable moderadora que se trate en cada momento.

La hipótesis H6 proponía: “el empoderamiento moderará las cuatro relaciones principales”.

Las cuatro hipótesis que se derivan de esta global, vienen definidas por la moderación que pudiera ejercer el empoderamiento en las relaciones positivas del LMX(m) con el compromiso (H6a), con la satisfacción laboral (H6b) y con los comportamientos cívicos organizacionales (H6c), y la relación negativa del LMX(m) con las intenciones de rotación (H6d).

Investigadores y profesionales han reconocido extensamente, la importancia de desarrollar y nutrir al personal de empoderamiento, para tratar de manera proactiva los desafíos cambiantes en el sector de la salud (Kuokkanen *et al.*, 2007). Sin embargo y pese a ello, la investigación internacional sobre el empoderamiento en el lugar de trabajo en las enfermeras es limitada (Wagner, *et al.*, 2010), prestándose poca atención a los resultados conductuales con los que puede relacionarse de alguna forma el empoderamiento, como puede ser el agotamiento emocional (Cho *et al.*, 2006), la eficacia (Laschinger y Havens, 1996, 1997) o el rendimiento (Liden, Wayne y Spasrrowe, 2000).

Se ha demostrado que las percepciones que las enfermeras tienen de sus supervisoras inmediatas influyen en sus sentimientos sobre la estructura de empoderamiento en sus lugares de trabajo (Greco, Laschinger y Wong, 2006), hecho que se corrobora en esta investigación. Los resultados en este trabajo señalan que cuando las enfermeras valoran como alta la calidad de su relación con su supervisora, se encuentran más empoderadas, es decir, se encuentra una relación positiva entre el LMX(m) y empoderamiento de las enfermeras.

Centrándonos en el compromiso, la hipótesis 6a (H6a), proponía el rol moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y el compromiso.

Coincidiendo con investigaciones anteriores en otros sectores (Mathieu y Zajac, 1990; Spreitzer, 1995) y en el propio de enfermería (DeCicco, Laschinger y Kerr, 2006; Laschinger, Finegan y Wilk, 2009; Brunetto *et al.*, 2012; Farr-Wharton, Brunetto y Shacklock, 2012; Yang *et al.*, 2013; Brunetto *et al.*, 2015), esta investigación sugiere que cuanto mayor es la percepción de empoderamiento de la enfermera, mayor es su nivel de compromiso afectivo, o lo que es lo mismo, según Liden, Wayne y Sparrowe (2000), mayor es su lealtad y su apego emocional a su hospital.

Los hallazgos de este trabajo no han podido confirmar el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y el compromiso.

Aunque no se puede realizar una discusión, por no existir literatura al respecto, es interesante recordar, que cuando se realiza un desglose por sexo de este efecto moderador en la relación, se objetiva que en las mujeres la moderación no es significativa, pero en los hombres sí. Lo mismo ocurre cuando se desglosa por tamaño de hospital, a pesar de no existir una moderación global, sí existe moderación del empoderamiento en los hospitales grandes.

Por tanto, el empoderamiento tendría un efecto moderador en la relación entre el LMX(m) y el compromiso, en hombres que trabajen en hospitales grandes.

Cuando se observa la varianza explicada por el modelo, casi se duplica cuando se introduce la variable empoderamiento. El LMX(m) explicaba un 11,4% del compromiso de las enfermeras, cifra que se eleva hasta un 19,4% cuando se introduce la variable empoderamiento, explicando en ese momento, aproximadamente una quinta parte de la varianza del compromiso de las enfermeras. Este dato coincide con los obtenidos por Farr-Wharton, Brunetto y Shacklock (2010), al encontrar estos autores que la varianza del compromiso afectivo de las enfermeras, se explicaba en una quinta parte por las relaciones laborales con la supervisora y la autonomía (dimensión del empoderamiento).

Estos hallazgos dan argumentos para sugerir, que aunque el empoderamiento no modera la relación entre el LMX(m) y el compromiso, es decir, no interactúa con el LMX(m), o bien es una variable con mucho peso por sí misma, o bien, el empoderamiento tiene otro tipo de efecto en la relación, como puede ser la mediación, efecto por otra parte, más estudiado que la moderación en esta variable.

Este efecto mediador del empoderamiento, se ha visto en otras relaciones como entre las características del trabajo y el compromiso (Liden, Wayne y Sparrowe, 2000). También se ha demostrado su rol mediador en esta misma relación que estamos estudiando, es decir, entre el liderazgo transformacional y el compromiso (recuérdese que el liderazgo transformacional coincide con la etapa de madurez del LMX) en una muestra de enfermeras koreanas (Lee y Kim, 2008).

Continuamos con la hipótesis 6b (H6b), la cual proponía el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y la satisfacción.

Al igual que el compromiso, el empoderamiento está relacionado con la satisfacción laboral. Tener acceso a las oportunidades para el aprendizaje, el crecimiento y promoción en la organización, conduce a una mayor satisfacción laboral.

Esta vinculación del empoderamiento a la satisfacción laboral se ha comprobado en contextos no sanitarios (Spreitzer, Kizilos y Nason, 1997; Liden, Wayne y Sparrowe, 2000; Hechanova, Alampay y Franco, 2006) y en el medio de enfermería (Laschinger y Havens, 1996; Laschinger *et al.*, 2004; Laschinger y Finegan, 2005; Laschinger 2008; Wong y Laschinger, 2013; Wang y Liu, 2015). La investigación existente sobre esta relación en enfermería ha sido amplia, dando lugar a una revisión sistemática reciente (Cicolini, Comparcini y Simonetti, 2014).

En línea con estas investigaciones se encuentra el presente estudio, donde los resultados también confirman esta relación.

En un metaanálisis realizado con estudios donde las muestras son enfermeras (Saber, 2014), se identificó el empoderamiento como uno de los factores clave que inciden en la satisfacción laboral entre las enfermeras. Esta autora americana declara, que esta variable no se incluía en los metaanálisis de la satisfacción laboral anteriores (Zangaro y Soeken, 2007), porque el estudio del empoderamiento en el contexto enfermero no ganó popularidad hasta los años 2000. A partir de estas fechas, el empoderamiento se convierte, cada vez más, en un elemento vital en los entornos de práctica clínica y en un predictor multifacético de la satisfacción laboral, cada vez más importante, sigue argumentando dicha autora.

Este carácter multifacético del empoderamiento hace que no sólo sea predictor de la satisfacción laboral, sino que esté asociado a otros resultados positivos para las organizaciones, como puede ser la innovación (Wagner *et al.*, 2010), o para los pacientes al propiciar la transferencia del conocimiento basado en la evidencia (Davies, Wong y Laschinger, 2011).

La relación entre el empoderamiento y la satisfacción laboral, ha sido tratada también en distintos niveles, donde se pone en evidencia que el empoderamiento a nivel de unidad se relaciona con la satisfacción laboral a nivel individual (Seibert, Silver y Randolph, 2004; Laschinger *et al.*, 2014).

Sobre su efecto moderador en la relación entre el LMX(m) y satisfacción laboral, ya se vió que la hipótesis quedaba rechazada.

Contrariamente a los hallazgos de Harris, Wheeler y Kacmar (2009), el empoderamiento no actuaba como variable moderadora en esta relación. Los hallazgos de estos autores indican que el empoderamiento modera la relación entre el LMX y la satisfacción de la siguiente forma:

cuando un empleado tiene un empoderamiento bajo y por tanto no está motivado por el trabajo en sí, la relación con su supervisor se vuelve más importante. Por el contrario, cuando un empleado tiene un empoderamiento alto, el LMX(m) se vuelve menos importante, porque independientemente de la relación entre un empleado y su supervisor, es el propio trabajo el que le proporciona la motivación, la cual está asociada con resultados más positivos.

Al realizar el desglose por sexo y por tamaño de hospital, no hay cambios en la significatividad en esta relación.

La varianza de la satisfacción laboral explicada por el LMX(m) en este modelo y con esta muestra es de 18,4%. Al introducir la variable de empoderamiento, esta cifra sube hasta 28,5%, explicando entonces, más de un cuarto de la varianza. Este porcentaje puede estar en línea al encontrado por Laschinger, Purdy y Almost (2007) en su investigación, donde la varianza explicada de la satisfacción laboral es del 40% al introducir además del LMX y el empoderamiento, la "core self-evaluation".

Se vuelve a repetir la misma situación que en la relación anterior, es decir, aunque el empoderamiento no interactúa con el LMX(m), es una variable de peso por sí misma en esta relación o bien, actúa mediante otro tipo de efecto.

El efecto que más se ha estudiado en el resultado final de la satisfacción (además del directo), y teniendo como tercera variable el empoderamiento, es también la mediación.

Liden, Wayne y Sparrowe (2000), encontraron que el empoderamiento mediaba la relación entre las características del trabajo y la satisfacción, y ya en enfermería, Wong y Laschinger (2013) encontraron al empoderamiento como mediador entre el auténtico liderazgo y la satisfacción.

La siguiente hipótesis (H6c) planteaba el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales.

Existe menos investigación relacionando estas dos variables; pese a ello se encuentra igualmente apoyo en la literatura para la relación significativa y positiva entre el empoderamiento y los comportamientos cívicos organizacionales en otros sectores (Nayebi y Aghaie, 2014) y en el propio enfermero (Laschinger *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2012; Van Bogaert *et al.* 2013; Meng *et al.*, 2015).

Los hallazgos de nuestra investigación coinciden con los resultados de Harris, Wheeler y Kacmar (2009), tanto en el hallazgo del rol moderador del empoderamiento en la relación existente entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales, como en la forma en que modera. Al igual que en su estudio, en nuestra muestra los niveles más altos de OCB se obtuvieron cuando la calidad del LMX era alta y el empoderamiento era bajo. Este hallazgo fue sorprendente, ya

que se esperaba que los OCBs fueran más altos cuando el nivel de empoderamiento y la calidad de la relación LMX fueran altas (Ilies, Nahrgang y Morgeson, 2007).

Estos resultados contradicen la sugerencia de Hackett, *et al.* (2003, citado en Ilies, Nahrgang y Morgeson, 2007, p. 270), realizada en su metaanálisis, de que no existían influencias moderadoras que afectaran a la relación entre los constructos de LMX y OCB.

Este efecto moderador hace que la varianza explicada aumente en más de un 200%, al subir del 3,4% al 10,7% cuando se introduce la variable empoderamiento y ésta interactúa con el LMX(m).

Al realizar el desglose por sexo, se encuentra que la moderación del empoderamiento viene determinada por las mujeres (en los hombres no hay significatividad), y cuando el desglose es por tamaño de hospital, en los dos tipos existe efecto moderador, aunque mucho mayor en los hospitales grandes. Estos datos sugieren que el empoderamiento puede ser más eficaz para aumentar los comportamientos cívicos organizacionales en las enfermeras de los hospitales grandes.

Haciendo alusión a la relación entre el empoderamiento y las intenciones de rotación que proponía la hipótesis 6d (H6d), nuestro estudio ha encontrado una relación negativa entre ambos. Estos resultados coinciden con los encontrados por Kim y Fernández (2017), en un trabajo sobre la burocracia en EEUU y con los encontrados en el entorno enfermero (Park y Park, 2008; Cai y Zhou, 2009; Van Bogaert *et al.*, 2013).

Sorprendentemente, en nuestra investigación no se ha encontrado una diferencia significativa sobre la moderación del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y las intenciones de rotación. Lo que sí se evidencia es la diferencia en la varianza explicada (aunque dentro de las cuatro hipótesis que planteaban, la moderación del empoderamiento es la que resulta en una menor diferencia). Mientras la ecuación inicial del modelo explica un 8,8% de la varianza, una vez se introduce la variable empoderamiento, aunque no interactúa con el LMX(m), alcanza un valor de 11,4%.

Al realizar el desglose por tamaño de hospital, no hay cambios, pero en el desglose por sexo, se evidencia que, aunque débil, en las mujeres es significativo el efecto moderador del empoderamiento en la relación entre el LMX(m) y las intenciones de rotación.

La existencia de investigaciones que corroboran el efecto mediador del empoderamiento en otras relaciones con el resultado final de intenciones de rotación (de Villiers y Stander, 2011), junto con el aumento de la varianza explicada, sugiere que pudiera haber otro efecto, que no sea el de la moderación, del empoderamiento en esta relación de LMX(m) e intenciones de rotación.

Estos datos en su conjunto, ya sea por su significatividad o por el aumento en la varianza explicada, revelan la importancia de conocer los efectos contextuales del empoderamiento (directos e indirectos), en los resultados relacionados con el trabajo de la enfermera individualmente.

La hipótesis número 7 (H7) planteaba: “el apoyo organizacional percibido moderará las cuatro relaciones principales”.

Esta hipótesis global, se desglosa en el efecto moderador que pudiera tener el apoyo organizacional percibido (POS), en las relaciones positivas del LMX(m) con el compromiso (H7a), con la satisfacción laboral (H7b) y con los comportamientos cívicos organizacionales (H7c), y la relación negativa del LMX(m) con las intenciones de rotación (H7d).

En esta investigación se ha encontrado una relación positiva entre el intercambio líder miembro (LMX(m)) y el apoyo organizacional percibido (POS), al igual que en la bibliografía revisada, recogida toda ella en el reciente metaanálisis de Kurtessis *et al.* (2017).

El POS se relaciona además con otras variables, además de las recogidas en las hipótesis mencionadas, como con el apoyo del supervisor percibido, la congruencia en los valores entre la organización y el empleado, las oportunidades de desarrollo laboral, la seguridad laboral (Kurtessis *et al.*, 2017), la confianza en la gestión (Armstrong-Stassen y Cameron, 2003), o con la innovación (Eisenberger, Fasolo y Davis-LaMastro, 1990).

Los resultados de este trabajo son consistentes con el punto de vista de la teoría del apoyo organizacional y otros enfoques de intercambio social, que sostienen que los empleados corresponden al trato favorable (apoyo organizacional percibido) con un mayor compromiso organizacional, por la vía de la norma de la reciprocidad (Eisenberger, 1986), es decir, mediante la producción de un sentimiento de obligación de los empleados de preocuparse por el bienestar de la organización y por ayudar a ésta a alcanzar sus objetivos.

Este estudio, apoya empíricamente la relación positiva existente entre el POS y el compromiso organizacional. Esta relación está bien establecida y confirmada anteriormente por abundante investigación (Eisenberger, Fasolo y Davis-LaMastro, 1990; Shore y Wayne, 1993; Wayne, Shore y Liden, 1997; Rhoades, Eisenberger y Armeli, 2001; Allen, Shore y Griffeth, 2003). También se encuentra apoyo a esta relación dentro del ámbito sanitario en general (Tansky y Cohen, 2001) y en el contexto de enfermeras en particular (El Akremi *et al.*, 2014; Robson y Robson, 2016).

Contrariamente a lo esperado, este estudio no ha podido demostrar el efecto moderador del apoyo organizacional percibido, en la relación entre LMX(m) y compromiso organizacional.

Frente a este rechazo de la hipótesis 7a (H7a), nos encontramos en la misma situación que con el empoderamiento. Como se vió anteriormente, la varianza explicada del compromiso por el LMX(m)

es de 11,4% y cuando se introduce la variable moderadora, en este caso, de apoyo organizacional percibido, ésta cifra se eleva hasta el 35,1%. Nos encontramos de nuevo ante un aumento de la varianza de más de un 200%.

Una posible explicación para estos resultados podría ser, que si bien el POS no modera la relación, es una variable con el suficiente peso como para alcanzar este aumento en la varianza, bien sólo mediante el efecto de covariación con el LMX(m), o bien mediante algún otro efecto que no es la moderación.

Un efecto que se ha estudiado más en el POS es la mediación. Se ha comprobado el efecto mediador del POS en la relación entre el LMX(m) y la identificación organizacional (Sluss, Klimchak y Holmes, 2008), así como su mediación en la relación entre el liderazgo de estructura de inicio y el compromiso organizacional (Gaudet y Tremblay, 2017).

El desglose por sexo no aporta nada nuevo a la investigación, mientras que por tamaño de hospital, se observa que, aunque débilmente, en los hospitales pequeños el POS tiene un efecto moderador en el compromiso.

Se prosigue con la hipótesis 7b (H7b), la cual sugería el rol moderador del POS en la relación entre LMX(m) y satisfacción.

El presente estudio arroja resultados que apoyan las conclusiones obtenidas en otros trabajos previos, en los cuales se demuestra que las personas que perciben que la organización para la que trabajan les apoya y se preocupa por ellas, es decir, un alto POS, se relaciona positivamente con la satisfacción laboral de los colaboradores en el entorno sanitario (Burke, 2003), y no sanitario (Eisenberger *et al.*, 1997; Rhoades y Eisenberger, 2002). Recientemente el metaanálisis de Kurtessis *et al.* (2017), sigue confirmando esta relación.

En relación al efecto moderador del POS sobre la relación entre LMX(m) y la satisfacción laboral, los resultados obtenidos no soportan la hipótesis planteada y por tanto queda rechazada.

Tomando en consideración el cambio obtenido en la varianza explicada, antes y después de incorporar la variable del POS, puede verse que también hay un aumento importante, subiendo del 18,4% al 29,1% (un aumento de casi el 60% en la varianza explicada).

Queda claro que los resultados invalidan la hipótesis 7b (H7b), pero de nuevo se sugiere que algún efecto pudiera tener el apoyo organizacional percibido en la relación entre el LMX(m) y la satisfacción laboral cuando aumenta la varianza explicada al introducirlo en el modelo.

Erdogan, B. y Enders, J. (2007), en una muestra de subordinados y supervisores de una cadena de tiendas de alimentación estadounidense, encontraron que la relación positiva entre el LMX(m) y la satisfacción laboral era más fuerte cuando el supervisor tenía un alto POS, es decir, estaba

moderada por el POS del supervisor. Hay que hacer notar que en este trabajo, el POS como moderador recaía en el punto de vista del supervisor y no en el de los subordinados, o en nuestro caso en las enfermeras.

Sobre el apoyo organizacional percibido, también se ha investigado su efecto mediador teniendo como variable de resultado la satisfacción laboral. Villanueva y Djurkovic (2009), mostraron que el apoyo organizacional percibido por los empleados, mediaba la relación entre el estrés y la satisfacción laboral.

El desglose por sexo y por tamaño de hospital no desvela ningún dato de interés.

Se continua con la hipótesis 7c (H7c) que aludía al efecto moderador del apoyo organizacional percibido en la relación entre el LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales.

Al igual que en los trabajos de Shore y Wayne (1993), Lynch, Eisenberger y Armeli (1999), Wayne *et al.* (2002), Ehigie y Otukota (2005) o Young (2012), en nuestra investigación también se confirma que la percepción por parte de los trabajadores de que la organización les apoya y se preocupa por ellos, se relaciona positivamente con las conductas de ciudadanía organizacional. Probablemente, la relación de intercambio social subyacente en el POS, crea sentimientos de obligación de apoyar la organización, tanto mediante actitudes como a través de comportamientos tales como los comportamientos cívicos organizacionales (OCB).

Estos sentimientos de obligación se corroboran también en investigaciones anteriores realizadas con muestras de enfermeras (Chu y Lee, 2006). Sin embargo en un trabajo de Settoon, Bennett y Liden (1996), con una muestra de trabajadores sanitarios en un hospital de EEUU, encontraron como hallazgo interesante, que el apoyo organizacional percibido no se relacionaba con los OCB.

Más recientemente, el metaanálisis de Kurtessis *et al.* (2017), no deja dudas de esta relación positiva entre el POS y los comportamientos cívicos organizacionales.

Nuestros hallazgos confirman el efecto moderador del POS en la relación entre LMX(m) y los comportamientos cívicos organizacionales. A pesar de la poca literatura existente sobre esta relación, hay trabajos que corroboran este rol moderador del POS en la variable de resultado de OCB, en su relación con otras variables a las utilizadas en este estudio como con los estresores organizacionales (Jain, Giga y Cooper, 2013).

Nuevamente, y al igual que con el empoderamiento, nuestros resultados contradicen la sugerencia de Hackett, *et al.* (2003, citado en Ilies, Nahrgang y Morgeson, 2007, p. 270), recogida en su metaanálisis aludiendo a que no existían influencias moderadoras que afectaran a la relación entre los constructos de LMX y OCB.

La variación en el porcentaje de varianza explicada al introducir la variable POS, está en la misma línea que en las relaciones anteriores (aumenta en más de un 50%), en este caso, justificada

por la interacción del POS con el LMX(m), es decir, por el efecto moderador del POS, que confirma esta hipótesis de trabajo.

No hay datos de interés cuando se realiza el desglose por sexo o por tamaño de hospital.

Para terminar con el apoyo organizacional percibido como variable moderadora, continuamos con la hipótesis 7d (H7d) que proponía el rol moderador del POS en la relación entre LMX(m) y las intenciones de rotación.

Nuestros resultados son consistentes con los hallados en otros estudios (Wayne, Shore, y Liden, 1997; Allen, Shore y Griffeth, 2003; Maertz *et al.*, 2007; Tumwesigye, 2010), evidenciando que el POS está relacionado negativa y significativamente con las intenciones de rotación, apoyando la afirmación de que los individuos que perciben mayores POS son menos propensos a irse de su puesto de trabajo.

Un metaanálisis de Riggie, Edmonson y Hansen (2009), y otro posterior de Kurtessis *et al.* (2017), confirmaron estos mismos resultados (una relación negativa y significativa), en la relación entre POS y rotación.

Similares hallazgos se han encontrado en una investigación de Robson y Robson (2016), con una muestra de enfermeras.

Además de este efecto directo sobre las intenciones de rotación, el POS puede actuar aumentando la retención de los trabajadores de un modo indirecto, por ejemplo a través del compromiso organizacional, al ser un precursor bien establecido de esta variable (Rhoades y Eisenberger, 2002).

En lo que se refiere a la moderación del POS y contrariamente al rol moderador que juegan algunos aspectos del mismo en la relación entre el acoso en el lugar de trabajo (por parte de superiores y colegas) y las intenciones de rotación (Van Schalkwyk, Els, y Rothmann, 2011), nuestros resultados rechazan la hipótesis planteada (H7d), al no encontrar diferencias significativas.

El impacto del POS en el aumento de la varianza justificada, es mucho menor que en las relaciones anteriores; por tanto en esta ocasión, los datos además de rechazar el efecto moderador, no sugieren la existencia de algún otro efecto.

El tamaño de hospital y el sexo no influyen en el efecto moderador del POS.

Para concluir la discusión, se va a abordar la hipótesis número 8, que de modo general planteaba “el intercambio líder-líder (LLX), moderará las cuatro relaciones principales”.

De nuevo esta hipótesis global, se desglosa en el efecto moderador que pudiera tener el intercambio líder-líder (LLX) en las relaciones positivas del LMX(m) con el compromiso (H8a), con la satisfacción laboral (H8b) y con los comportamientos cívicos organizacionales (H8c), y la relación negativa del LMX(m) con las intenciones de rotación (H8d).

Contrariamente a lo esperado, no existe una relación significativa entre el LLX y el LMX(m) en este trabajo. En principio, parecería razonable pensar, que cuando una supervisora tenga relaciones de alta calidad con su superior inmediato (alta calidad LLX), y por tanto reciba una cantidad de recursos para distribuir, la relación con sus enfermeras fuera mejor.

Una explicación para estos resultados podría ser la burocracia instaurada en nuestras organizaciones sanitarias públicas, con su alto nivel de normalización y formalización que les caracteriza, y un poder nada desdeñable de las fuerzas sindicales. Ambas características limitan la capacidad de decisión de los líderes de la organización y facilitan la aplicación del concepto "café para todos". En este sentido, podría ser que la calidad de la relación líder-líder no fuera uno de los motivos para la distribución de los recursos.

Este hallazgo inesperado sugiere que tal vez en estas organizaciones no se puedan extrapolar los hallazgos encontrados por Sluss, Klimchak y Holmes (2008). En su investigación los efectos negativos de una menor calidad en el LMX(m) eran mitigados por la mayor calidad en el LLX.

El mismo razonamiento mencionado anteriormente, puede utilizarse para el motivo por el que el LLX sólo se relacione débilmente con el compromiso, y no alcance diferencias significativas ni con la satisfacción, ni con los comportamientos cívicos organizacionales, ni con las intenciones de rotación.

Sobre el efecto moderador del LLX, al igual que otros autores (Tangirala, Green y Ramanujam, 2007), es difícil hacer comparaciones directas.

Con respecto a la hipótesis 7a(H7a), referida al efecto moderador del LLX en la relación principal entre el LMX(m) y el compromiso, se confirma el efecto moderador, no pudiendo establecer discusión al no encontrar literatura que contenga esta variable moderadora con alguna de las variables de la relación principal.

Aunque que el LLX interactúa con el LMX(m), y por tanto apoya la hipótesis planteada, este efecto apenas repercute en la varianza explicada, pasando de un 11,4% a un 11,8% al introducir esta tercera variable (LLX).

El desglose por sexo indica que el efecto moderador del LLX en el compromiso, viene determinado por las mujeres, mientras que en el desglose por tamaño de hospital, el efecto moderador del LLX viene determinado por los hospitales pequeños. Ni en los hombres, ni en los hospitales grandes, se puede ratificar que el LLX tenga efecto moderador.

Continuando con las hipótesis de trabajo 7b(H7b), 7c(H7c) y 7d(H7d), en esta investigación no se ha podido confirmar el efecto moderador del LLX en la relación entre el LMX(m) y satisfacción laboral, LMX(m) y comportamientos cívicos organizacionales y LMX(m) e intenciones de rotación.

Frente a estos datos, Zhou *et al.*, (2012), encontraron que la relación entre el LMX(m) y la satisfacción laboral era más fuerte cuando LLX era más alto.

Tomando como tercera variable el LLX, Tangirala *et al.* (2007), en una muestra de enfermeras que trabajaban en hospitales de larga estancia norteamericanos, encontraron que el aumento de la calidad LLX fortalecía las relaciones entre LMX(m) y POS, mientras que Sluss, Klimchak y Holmes (2008) encontraron que el efecto moderador del LLX era de tal forma que, una alta calidad del LLX debilitaba la relación entre LMX(m) y POS. La contradicción en los resultados, según estos últimos autores, podría haber estado en las diferencias en el contexto y en la diferente composición por sexo de las dos muestras.

En la investigación de Tangirala *et al.* (2007), anteriormente mencionada, además de demostrar el efecto moderador del LLX en la relación entre el LMX(m) y el POS, se demuestra el efecto moderador del LLX en las relaciones entre el LMX(m) y, como variables de resultado, la identificación con la organización y la despersonalización hacia los clientes.

En cuanto al aumento en las varianzas explicadas al introducir la tercera variable (LLX), se observa cómo apenas sufre variación. Por tanto, los datos obtenidos no sugieren ningún otro efecto para las tres relaciones estudiadas 8b(H8b), 8c(H8c) y 8d(H8d).

Cuando se realiza el desglose por sexo y por tamaño de hospital, no hay datos de interés para la investigación.

Con el estudio de estos efectos de moderación, se intenta realizar una aportación al número creciente de estudios que examinan las variables moderadoras del LMX(m).

9

LÍMITES Y FORTALEZAS DE LA INVESTIGACIÓN

9.1 Límites

El diseño de corte transversal, en un momento concreto, sin tener en cuenta que las relaciones líder-miembro son dinámicas, que se desarrollan a través del tiempo y que por lo tanto pueden cambiar, presenta la limitación de no poder realizar inferencias sólidas del sentido de la causalidad, que pudiera desprenderse de la evidencia de la co-variación en las variables de estudio y de las asociaciones teóricas.

El uso de encuestas autoinformadas, por definición, presenta otras serie de limitaciones. Por un lado, los cuestionarios suelen focalizarse solo en algunas de las dimensiones del fenómeno, descuidando por lo general las variables contextuales (Conger, 1998). Por otro lado, el autoinforme ha podido causar el sesgo de la varianza del método común (Podsakoff *et al.* 2003). Este sesgo puede influir en la importancia de las relaciones entre las variables. A pesar de ello, Spector (1994) sostiene que el método de autoinforme es legítimo para la recopilación de datos sobre las percepciones de los empleados, siempre y cuando los instrumentos utilizados para apoyar la interpretación de los datos reflejen una extensa revisión de la literatura. En la misma línea, Doty y Glick (1998) documentan que el sesgo de varianza del método común no necesariamente invalida los resultados.

Existen otras limitaciones en el estudio tales como: a) las enfermeras pueden haber contestado influenciadas por el principio de deseabilidad social (contestar lo que se espera socialmente de mí); b) aunque se garantizó el anonimato, éstas pudieron tener miedo a ser identificadas; c) las nueve organizaciones estudiadas son públicas y pertenecen todas al mismo sector, este hecho impide que se puedan generalizar los datos a otros sectores ni a hospitales privados y d) además de las variables estudiadas, existen otras variables (justicia procesal, rango de control, teorías implícitas del liderazgo, cultura organizacional, la diferenciación en el LMX intragrupal...) que pueden incidir en el modelo y que sería interesante plantear en estudios posteriores.

La bibliografía española en este tema es escasa, lo que dificulta la comparación, y por lo tanto, la discusión de estos datos a nivel nacional. Sin embargo, este estudio aporta datos originales y novedosos en este campo, lo que permitirá su aplicación a la práctica y abrirá nuevos campos de investigación para las enfermeras hospitalarias españolas.

9.2. Fortalezas

En primer lugar, la encuesta se distribuyó al total de la población objeto de estudio, es decir, al total de las diádas de enfermeras-supervisoras existentes en los hospitales generales públicos aragoneses.

En segundo lugar, la tasa de respuesta obtenida fue muy alta (alrededor del 70%); ello hace que se obtenga una imagen muy próxima a la realidad, de lo que está sucediendo con respecto a las relaciones de las enfermeras con sus supervisoras en los hospitales generales públicos aragoneses. Esta alta tasa de respuesta es, sin duda, una de las fortalezas de esta investigación.

En tercer lugar, este estudio contribuye a la escasa literatura existente sobre el liderazgo en la enfermería española en general, y sobre los mandos intermedios de la misma, en particular.

En cuarto lugar, y más importante, esta investigación es la primera en España, que aborda la teoría LMX en enfermeras que trabajan en hospitales generales públicos. La fortaleza reside en la posibilidad de poder realizar análisis comparativos con otros sectores dentro de España o bien, con las enfermeras de otros países.

Por último, esta investigación aporta evidencia científica sobre cómo mejorar los resultados, tanto en la salud de pacientes que utilizan los servicios de las enfermeras que trabajan en los hospitales públicos, como de los propios hospitales, contribuyendo con ello a la sostenibilidad del sistema, tema de vital importancia en el momento actual.

10

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En el campo de la enfermería, la identificación de los factores que estimulen actitudes laborales positivas en el trabajo tiene una importancia considerable, dado que el rendimiento de las enfermeras, afecta directamente a la calidad de la atención y por tanto, a la salud y al bienestar de los pacientes (Wong y Cummings, 2007).

Los resultados de salud, fruto de los cuidados prestados, son una consecuencia directa de los comportamientos de todas y cada una de las enfermeras. La figura que puede ejercer una influencia decisiva en ellos es la Supervisora de Unidad de Enfermería. Esta circunstancia coloca a la Supervisora como una figura clave en la organización hospitalaria.

Esta investigación demuestra la importancia que tiene para las organizaciones implantar prácticas de gestión que promuevan relaciones de alta calidad enfermera-supervisora, debiendo velar las direcciones de los hospitales, no sólo por el rendimiento de las supervisoras, sino también por el liderazgo que realizan y las relaciones que mantienen con sus enfermeras.

El nuevo rol desempeñado por la supervisora debe ir orientado hacia el desarrollo de un liderazgo que contemple, como uno de los aspectos fundamentales, el establecimiento de relaciones interpersonales de alta calidad, a través del respeto, la lealtad, la contribución y el afecto entre las dos partes que conforman la relación.

Las supervisoras deben ser las primeras en tomar conciencia de este papel y de la importancia de desarrollar relaciones de alta calidad con sus enfermeras; asumir estas relaciones como un reto en los entornos de trabajo actuales, donde los grandes rangos de control, las presiones en el trabajo, y las reestructuraciones constantes, actúan como barreras significativas al desarrollo de estas relaciones efectivas. Deben saber, que el clima que ellas sean capaces de crear entre los miembros del equipo, va a influir en las actitudes que éstos desarrollen ante la organización.

Dada la importancia de estas relaciones, las supervisoras deberían ser evaluadas en términos de LMX a través de las calificaciones de sus subordinados al diagnosticar su comportamiento relativo al liderazgo. De este modo, la calidad de la relación supervisora-enfermera, se convertiría en un indicador más del desempeño de la supervisora, otorgándole la misma importancia que a los existentes en la actualidad y debiendo actuar la Dirección sobre la base de los resultados.

Las supervisoras que no reflejen el liderazgo de la Dirección, deberían de ser identificadas, para posteriormente desarrollarlas competencialmente o cesarlas; de otra manera, contaminarán a una o varias unidades de la organización, afectando con ello a las respuestas de las enfermeras y por ende, a los resultados de salud del usuario.

El proceso de establecimiento de buena calidad en las relaciones supervisora-enfermera, alcanzando con ello un fuerte liderazgo enfermero, comienza con el proceso de selección de las profesionales que van a ejercer los puestos de supervisión. Es necesario ser responsable en estos

procesos y cambiar los criterios tradicionales y obsoletos de selección, como la antigüedad o la experiencia clínica, por otros que respondan al perfil competencial requerido en las actuaciones y responsabilidades que van a desempeñar en la organización.

Es necesario cuidar la formación de quienes ya están ejerciendo de supervisoras, concienciándolas de la influencia que tienen sobre las actitudes de las enfermeras para con ellas y con la organización y desarrollando habilidades interpersonales que fomenten el apoyo personal, el respeto y la confianza, pilares básicos para crear buenas relaciones con sus colaboradores.

Desde otra perspectiva, un aumento de recursos por parte de las estructuras organizativas, que proporcionen un mayor acceso a la información, al apoyo, a las oportunidades de aprender y crecer y a las necesidades de las enfermeras para que estas puedan realizar su trabajo en las mejores condiciones, situaría a las supervisoras en una mejor posición para crear entornos empoderados y con ello mejores resultados de salud en la población.

Del mismo modo, es preciso desarrollar con urgencia, relaciones de intercambio fuertes y positivas entre las enfermeras y sus hospitales. Es necesario que las enfermeras vean gestos discrecionales por parte de sus hospitales, orientados a que estas profesionales se sientan cuidadas, reconocidas y respaldadas.

Mejorar los resultados en el lugar de trabajo, pasa por mejorar la calidad de la relación supervisora-enfermera, requiriendo este nuevo escenario un cambio en el rol de la supervisora, dejando de ser únicamente un gestor de recursos para erigirse en un líder de equipos.

11

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es la primera que se ha realizado con la teoría LMX en enfermeras hospitalarias en España. Las investigaciones futuras pueden beneficiarse del estudio de otras formas de actuación de estas u otras variables, que afecten a las relaciones líder-subordinado. A modo de ejemplo, en este trabajo se han tomado variables moderadoras, pero se debe profundizar más en estas relaciones y ver si existen otras variables moderadoras u otros efectos (mediación, covariación, espuriedad...), con estas mismas variables.

Se ha indicado la imposibilidad de sacar conclusiones sobre la causalidad, por lo que futuras investigaciones longitudinales podrían ayudar a abordar y explorar cómo se desarrollan en el tiempo estas relaciones.

La investigación futura, también debería examinar otras variables o indicadores de la relación de calidad que no se han tenido en cuenta en este modelo, ni como principales ni como moderadoras. Entre estas variables se encuentran el rango de control de las supervisoras, el tamaño de los equipos, características de las tareas, justicia procesal, frecuencia de comunicación, extroversión... e incluso otras variables de resultado como seguridad laboral, innovación, estrés...

Las relaciones de la supervisora con las enfermeras dentro de la organización, se anidan dentro de otras relaciones pudiendo influir unas en otras. Sería interesante reproducir estos estudios en las relaciones de las supervisoras con sus superiores (supervisoras de área) e incluso, supervisoras de área con la dirección.

La teoría del intercambio social ha sido el punto de partida de esta investigación, pero también sería interesante identificar el prototipo de líder que tienen interiorizado las enfermeras hospitalarias y ver cómo influye este prototipo en las relaciones con su líder.

Por último, un liderazgo enfermero efectivo, busca resultados en dos grupos de personas: los profesionales y los pacientes. Este estudio está enfocado hacia los profesionales. Ver cómo influyen estas relaciones en los resultados del paciente, sería el siguiente paso a seguir, muy útil y por tanto aconsejable.

La investigación futura, no obstante, debería empezar por replicar el modelo actual con diferentes muestras de enfermeras en España (en otras comunidades autónomas, en otro tipo de hospitales, en el sector privado...).

Añadido a todo lo anterior, sería interesante modificar la escala de la satisfacción utilizada en esta investigación, de modo que mejorara sus propiedades psicométricas, dado que es una escala pensada expresamente para profesionales sanitarios que trabajan en hospitales.

12
CONCLUSIONES

Tomando como referencia los resultados de esta investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

1. La calidad de la relación que la supervisora establece con sus enfermeras, es de vital importancia, ya que se constituye como un factor antecedente de resultados beneficiosos para la organización como compromiso organizacional, satisfacción laboral, práctica de conductas cívicas e intenciones de rotación.
2. Las relaciones interpersonales enfermera-supervisora en los hospitales públicos aragoneses se sitúan en valores moderados, poniéndose de relieve la necesidad crucial de examinar y mejorar las prácticas de supervisión, así como de replantear el rol de la Supervisora de Unidad de Enfermería.
3. Los resultados de los estudios realizados mayoritariamente en países norteamericanos, con muestras con mayor porcentaje de hombres y en ámbitos privados, son similares a los obtenidos en España, en una muestra de mujeres y en el ámbito de lo público.
4. Existe un elevado grado de acuerdo en la valoración realizada por la supervisora y la enfermera sobre la calidad de la relación interpersonal entre ellas. Este mayor grado de acuerdo se relaciona con un mayor compromiso, mayor satisfacción y menor intención de rotación
5. Las variables moderadoras de las cuatro relaciones principales han sido el empoderamiento, el apoyo organizacional percibido y la relación entre la supervisora y su superior inmediato. Las tres se muestran como variables valiosas, bien por su efecto moderador en algunas relaciones, o bien como antecedentes de comportamientos de las enfermeras beneficiosos para la organización.
6. El sexo y el tamaño del hospital influyen en el efecto moderador de las tres variables: empoderamiento, el apoyo organizacional percibido y la relación entre la supervisora y su superior inmediato.
7. La influencia del empoderamiento y el apoyo organizacional percibido en los comportamientos de la enfermera, no puede explicarse exclusivamente por un efecto moderador.
8. Por último, constatar que la teoría del LMX es un modelo útil que puede utilizarse para examinar los efectos de las relaciones entre supervisoras y enfermeras.

13
BIBLIOGRAFIA

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I. y Walker, R. (2007) "Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis", *Public Administration*, 85 (1), pp. 9-26.
- Adams J., Erickson J., Jones D. y Paulo L. (2009) "An evidence based structure for transformative nurse executive practice", *Nursing Administration Quarterly*, 33 (4), pp. 280-287.
- Aiken, L.H., Smith, H.L., Lake, E.T. (1994) "Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care", *Medical Care*, 32(8), pp. 771- 787.
- Aiken, L.H., Sochalski, J. y Lake, E.T. (1997) "Studying outcomes of organizational change in health services", *Medical Care*, 35(11 Suppl), pp. NS6-18.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. y Shamian, J. (2001) "Nurses' reports on hospital care in five countries", *Health Affairs*, 20 (3), pp. 43-53.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. y Silber, J. (2002) "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction", *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D. y Silber, J. (2003) "Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality", *Journal of the American Medical Association*, 290(12), pp. 1617-1623.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. y Cheney T. (2008) "Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes", *Journal of Nursing Administration*, 38 (5), pp. 223-229.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. y Aungruoch, Y. (2011), "Importance of work environments in hospital outcomes in nine countries", *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), pp. 357-364.
- Al-Aameri, A. (2000) "Job satisfaction and organizational commitment for nurses", *Saudi Medical Journal*, 21(6), pp. 231-235.
- Al-Hussami, M. (2008) "Study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional Leadership, transformational leadership, and level of education", *European Journal of Scientific Research*, 22(2), pp. 286-295.
- Alas, R. (2007). "The impact of employee participation on job satisfaction during change process", *Problems and Perspectives in Management*, 5, (4), pp. 28-33.
- Alba, A., Salcedo, R.A., Zarate, R. e Higuera, F. (2008) "Satisfaccion laboral del personal de enfermeria en el Hospital General de Mexico", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(3), pp. 155-160.
- Aldana, S. (2001) "Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature", *American Journal of Health Promotion*, 15(5), pp. 296-320.
- Alexander, J. (2007) "El desafío de la complejidad". En Hesselbein, F. y Goldsmith, M. (ed.), *El líder del futuro 2. Visiones, estrategias e ideas para los nuevos tiempos*. Barcelona: Deusto.

Alimo-Metcalfe, B. y Alban-Metcalfe, R.J. (2001) "The development of a new transformational leadership questionnaire", *The Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 74(1), pp. 1-27.

Allen, N.J. y Meyer, J.P. (1990) "The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization", *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), pp. 1-18.

Allen, N.J. y Meyer, J.P. (1996) "Affective, continuance and normative commitment to the organization: An examination of construct validity", *Journal of Vocational Behavior*, 49(3), pp. 252-276.

Allen, D.G., Shore, L.M. y Griffeth, R.W. (2003) "The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process", *Journal of Management*, 29(1), pp. 99-118.

Alonso, P. (2006) "Diferencias en la percepción de la satisfacción laboral en una muestra de personal de administración", *Boletín de Psicología*, 88, pp. 49-63.

Amon, J. (1999) *Estadística para psicólogos I*. 15ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide.

Amon, J. (2002) *Estadística para psicólogos II*. 9ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide.

Anderson, S.E. y Williams, L.J. (1996) "Interpersonal, job, and individual factors related to helping processes at work", *Journal of Applied Psychology*, 81(3), pp. 282-296.

Ansari, M.A.; Hung, D.K. H. y Aafaqi, R. (2000) "Fairness of human resource management practices, leader-member exchange, and intention to quit", *Journal of International Business and Entrepreneurship*, 8(1), pp. 1-19.

Ansari, M.A., Hung, D.K. y Aafaqi, R. (2007) "Leader-member exchange and attitudinal outcomes: role of procedural justice climate", *Leadership & Organization Development Journal*, 28(8), pp. 690-709.

Anthony, M.K., Standing, T.S, Glick, J., Duffy, M., Paschall, F. Sauer, M.R., Sweeney, D.K., Modic, M.B. y Dumpe, M.L. (2005) "Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers", *Journal of Nursing Administration*, 35(3), pp. 146-155.

Apker, J. (2004) "Sensemaking of change in the managed care era: a case of hospital-based nurses", *Journal of Organizational Change Management*, 17(2), pp. 211-227.

Aranaz, J, Mira, J. y Rodríguez, J. (1988) "La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales", *Todo Hospital*, 47, pp. 53-60.

Aranaz, J. y Mira, J. (1988) "Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario", *Todo Hospital*, 52, pp. 63-66.

Arciniega, L.M. (2002) "Compromiso Organizacional en México: ¿Cómo hacer que la gente se ponga la camiseta? Dirección Estratégica", *Revista de Negocios del ITAM*, 2(1), pp. 21-23.

Arenas, C.A. (n.d) *Sostenibilidad del sistema sanitario en España*. Disponible en: <http://www.sedisasigloxxi.com/spip.php?article242> [consultado el 14 de mayo de 2015].

- Armeli, S., Eisenberger, R., Fasolo, P. y Lynch, P. (1998) "Perceived organizational support and police performance: the moderating influence of socioemotional needs", *Journal of Applied Psychology*, 83(2), pp. 288-297.
- Armstrong-Stassen, M. y Cameron, S.J. (2003) "Dimensions of control and nurses' reactions to hospital amalgamation", *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), pp. 104-128.
- Aryee, S., Chen, Z.X., Sun, L.Y. y Debrah, Y.A. (2007) "Antecedents and outcomes of abusive supervision: test of a trickle-down model", *Journal of Applied Psychology*, 92(1), pp. 191-201.
- Ashforth, B.E. (1989) "The experience of powerlessness in organizations", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 43(2), pp. 207-242.
- Asiri, S.A., Rohrer, W.W., Al-Surimi, K., Da'ar, O.O. y Ahmed, A. (2016) "The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: a cross-sectional study", *BioMed Central Nursing*, 15, pp. 38.
- Ato, M. y Vallejo, G. (2011) "Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica", *Anales de Psicología*, 27(2), pp. 550-561.
- Autry, J.A. (2003) *El líder con vocación de servicio. Cómo formar un equipo creativo, fomentar una magnífica moral y mejorar los resultados*. Barcelona: Urano.
- Ayuso, D. y Grande, R.F. (Coor.) (2006) *La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias*. España: Díaz de Santos.
- Bae, S.H., Mark, B. y Fried B. (2010) "Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals", *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 40-49.
- Ballein, K. (1998) "Entrepreneurial leadership characteristics of SNEs emerge as their role develops", *Nursing Administration Quarterly*, 22(2), pp. 60-69.
- Bandura, A. (1989) "Human agency in social cognitive theory", *American Psychologist*, 44(9), pp. 1175-1184.
- Barbero, M.I. (2004) *Psicometría*. 1ª ed. Madrid:UNED.
- Barendsen, L. y Gardner, H. (2007) "Los tres elementos para el buen liderazgo". En Hesselbein, F. y Goldsmith, M. (ed.), *El líder del futuro 2. Visiones, estrategias e ideas para los nuevos tiempos*. Barcelona: Deusto.
- Barret, R. (2001) *Liberando el Alma de las Empresas*. Buenos Aires: SMS Editores.
- Barroso, C., Martín, E. y Martín, D. (2004) "The influence of employee organizational citizenship behavior on customer loyalty", *International Journal of Service Industry Management*, 15(1), pp. 27-53.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B.M. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership* (3ª ed.). Nueva York: The Free Press.

Batcheller, J. (2010) "Chief nursing officer turnover: an analysis of the literature", *The Nursing Clinics of North America*, 45(1), pp. 11-31.

Bateman, T.S. y Organ, D.W. (1983) "Job satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee "citizenship"", *Academy of Management Journal*, 26(4), pp. 587-595.

Bateman, T.S. y Strasser, S. (1984) "A Longitudinal Analysis of the Antecedents of Organizational Commitment", *The Academy of Management Journal*, 27(1), pp. 95-112.

Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M. y Pohl S. (2012) "Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover", *International Nursing Review*, 60(1), pp. 103-111.

Battistelli, A., Galletta, M., Vandenberghe, C. y Odoardi, C. (2016) "Perceived organisational support, organisational commitment and selfcompetence among nurses: a study in two Italian hospitals", *Journal of Nursing Management*, 24(1), pp. E44-53.

Bauer, T.N. y Green, S.G. (1996) "Development of leader-member exchange: A longitudinal test", *Academy of Management Journal*, 39(6), pp. 1538-1567.

Bauer, T.N., Erdogan, B., Liden, R.C., y Wayne, S.J. (2006) "A longitudinal study of the moderating role of extraversion: Leader-member Exchange, performance, and turnover during new executive development", *Journal of applied Psychology*, 91(2), pp. 298-310.

Becker, H.S. (1960) "Notes on the concept of commitment", *American Journal of Sociology*, 66(1), pp. 350-360.

Beecroft, P.C., Dorey, F. y Wenten, M. (2008) "Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis", *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 41-52.

Belenes, R. (2003) "Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, 17(2), pp. 150-156.

Bennis, W. (1999) "The leadership advantage", *Leader to Leader*, 12. Disponible en: <http://www.pfdf.org/leaderbooks/l2l/spring99/bennis.html> [consultado el 28 septiembre 2015].

Bennis, W. G. y Nanus, B. (1985) *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper y Row

Betanzos, N., Andrade, P. y Paz, F. (2006) "Compromiso organizacional en una muestra de trabajadores mexicanos", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), pp. 25-46.

Betanzos, N. y Paz, F. (2007) "Análisis psicométrico del compromiso organizacional como variable actitudinal", *Anales de Psicología*, 23(2), pp. 207-215.

Bhal, K.T. y Ansari, M.A. (2007) "Leader-member exchange-subordinate outcomes relationship: Role of voice and justice", *Leadership & Organization Development Journal*, 28(1), pp. 20-35.

Biaggini, M. y Mendoza, A. (2005) "Influencia del apoyo organizacional percibido, compromiso organizacional, satisfacción laboral, sexo y nivel del cargo sobre la ciudadanía organizacional". Disponible en: www.biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ4502.pdf [Consultado el 04 diciembre 2015].

- Bishop, W.J. y Scott, K.D. (2000) "An examination of Organizational and Team Commitment in a Self-Directed Team Environment", *Journal of Applied Psychology*, 85(3), pp. 439-450.
- Blair, M.M. y Stout, L.A. (1999) "A team production theory of corporate law", *Virginia Law Review*, 85, pp. 247-328.
- Blake, R.R. y Mouton J. S. (1964) *The managerial grid*. Houston: Gulf.
- Blanca, J.J. y Alba, C.M. (2007) "Evidencias sobre los estilos de liderazgo en enfermería". *Evidentia* 4(17). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n17/386articulo.php [ISSN: 1697-638X]. [Consultado el 12 noviembre 2015].
- Blanchard, K. (2007) *Liderazgo de máximo nivel. La clave de una organización de alto rendimiento*. Barcelona: Granica.
- Blanchard, K. y Carey, D. (2007) "Recuperar la confianza". En Hesselbein, F. y Goldsmith, M. eds. *El líder del futuro 2*. Barcelona: Deusto.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Blau, G.J. (1985) "A multiple study investigation of the dimensionality of job involvement", *Journal of Vocational Behavior*, 27(1), pp. 19-36.
- Blau G.J. (1986) "Job involvement and organizational commitment as interactive predictors of tardiness and absenteeism", *Journal of Management*, 12(4), pp. 577-584.
- Blau, G.J. y Boal K.B. (1987) "Conceptualizing how job involvement and organizational commitment affect turnover and absenteeism", *Academy of Management Review*, 12(2), pp. 288-300.
- Blau, G., Moideenkutty, U. y Ingham K. (2010) "Leader-member exchange as a significant correlate of organizational and occupational sportsmanship behaviors in a health services setting", *Leadership in Health Services* 23(3), pp. 219-232.
- Blegen, M.A. (1993) "Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables", *Nursing Research*, 42(1), pp. 36-41.
- Bluedorn, A.C. (1982) "A unified model of turnover from organizations", *Human Relations*, 35(2), pp. 135-153.
- Bogler, R. y Somech, A. (2004) "Influence of teacher empowerment on teachers' organizational commitment, professional commitment, and organizational citizenship behavior in schools", *Teaching and Teacher Education*, 20(3), pp. 277-289.
- Bowers, D. y Seashore, S. (1966) "Predicting organizational effectiveness with a four factor theory of leadership", *Administrative Science Quarterly*, 11(2), pp. 238-263.
- Boyne, G. A. (2002) "Public and private management: what's the difference?", *Journal of Management Studies*, 39(1), pp. 97-122.

Bozeman, B. (1993) "Theory of Government "Red Tape"", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), pp. 273- 304.

Brady, G.P. y Cummings G.G. (2010) "The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review", *Journal of Nursing Management*, 18(4), pp. 425-439.

Brayfield, A.H. y Crockett, W.H. (1955) "Employee attitudes and employee performance", *Psychological Bulletin*, 52(5), pp. 396-424.

Brief, A.P. y Motowidlo, S.J. (1986) "Prosocial organizational behaviors", *Academy of Management Review*, 11(4), pp. 710-725.

Brouer, R. y Harris, K. (2007) "Dispositional and situational moderators of the relationship between leader-member exchange and work tension", *Journal of Applied Social Psychology*, 37(7), pp. 1418-1441.

Brown, S. y Peterson, R. (1993) "Antecedents and consequences of salesperson job satisfaction: Meta-analysis and assessment of causal effects", *Journal of Marketing Research*, 30, pp. 63-77.

Brown, S.P. (1996) "A meta analysis and review of organizational research on job involvement", *Psychological Bulletin*, 120(2), pp. 235-255.

Brunetto, Y. y Farr-Wharton, R. (2006) "The importance of effective organisational relationships for nurses: A social capital perspective", *International Journal of Human Resources and Development*, 6(2/3/4), pp. 232-247.

Brunetto, Y. y Farr-Wharton, R. (2007) "Comparing the impact of management practices on public sector nurses' and administrative employees' commitment to the organisation", *Asian Pacific Journal of Health Management*, 2(1), pp. 17-34.

Brunetto, Y., Farr-Wharton, R. y Shacklock, K. (2010) "The impact of supervisor-subordinate relationships on morale: Implications for public and private sector nurses' commitment", *Human Resource Management Journal*, 20(2), pp. 206-225.

Brunetto, Y., Shacklock, K., Bartram, T., Leggat, S., Farr-Wharton, R., Stanton, P. y Casimir, G. (2012) "Comparing the impact of leader-member exchange, psychological empowerment and affective commitment upon Australian public and private sector nurses: implications for retention", *The International Journal of Human Resource Management*, 23(11), pp. 2238-2255.

Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S. y Dienger, J. (2013a) "The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and USA", *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), pp. 2786-2799.

Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S. y Dienger, J. (2013b) "The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses", *Journal of nursing management*, 21(6), pp. 827-837.

Brunetto, Y., Shacklock, K., Teo, S., Farr-Wharton, R. y Nelson, S. (2015) "Nurses' supervisors, learning options and organisational commitment: Australia, Brazil and England", *Journal of Nursing Management*, 23(8), pp. 1029-1038.

- Bryant, J.L. (2008). *Effects of leader relationship quality (LMX), supervisor support, and upward influence in national science foundation industry/university cooperative research centers*. Tesis inédita. Old Dominion University.
- Buchan, J. (1999) "Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing healthcare environment", *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), pp. 373-384.
- Buchan, J. y Aiken, L. (2008) "Solving nursing shortages: a common priority", *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), pp. 3262-3268.
- Buchanan, B. (1974) "Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations", *Administrative Science Quarterly*, 19(4), pp. 533-546.
- Buitendach, J. y Rothmann, S. (2006) "Job insecurity, job satisfaction and organisational commitment of employees in selected organisations in South Africa", *European Journal of Scientific Research*, 13(4), pp. 444-461.
- Burke, R.J. (2003) "Nursing staff attitudes following restructuring: the role of perceived organizational support, restructuring processes, and stressors", *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), pp. 129-157.
- Cai, C. y Zhou, Z. (2009) "Structural empowerment, job satisfaction, and turnover intention of Chinese clinical nurses", *Nursing & Health Sciences*, 11(4), pp. 397-403.
- Canadian Nursing Advisory Committee (CNAC) (2002) *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca> [consultado el 21 septiembre 2015].
- Carless, S.A. (2004) "Does psychological empowerment mediate the relationship between psychological climate and job satisfaction?", *Journal of Business and Psychology*, 18(4), pp. 405-425.
- Carrión, A. y Núñez, C. (2014) "¿Están los enfermeros gestores españoles preparados para los nuevos retos?", *Tesela*, 16. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts16/ts10153.php> [Consultado el 23 junio 2015].
- Carvalho, J. y Chaves, L. (2011) "Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa", *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), pp. 546-553. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a21.htm>. [Consultado el 15 noviembre 2015].
- Casado, J.M. (2001) *El directivo del siglo XXI* (2ª ed.). Barcelona: Gestión 2000.
- Cashman, D., Dansereau, F., Graen, G. y Haga, W.J. (1976) "Organizational understructure and leadership: A longitudinal investigation of the managerial role-making process", *Organizational Behavior and Human Performance*, 15(2), pp. 278-296.
- Castillo, A., Martínez, C., Pascual, C., Camacho, C.H. y Pozo, S. (2012) "El supervisor de unidad como actual valor en la gestión clínica: formación y competencias", *Tesela*, 12. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts8050.php> [Consultado el 10 Noviembre 2016].

- Castro, A., Becerra, L. y Lupano, M.L. (2006) "Prototipos de liderazgo en población civil y militar", *Interdisciplinaria*, 24(1), pp. 65-94.
- Castro, A. y Minervino, R. (2007) "Motivación para liderar, inteligencia práctica y efectividad de los líderes", *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 23(1), pp. 175-199.
- Castro, A. y Lupano, M.L. (2007) "Teorías implícitas del liderazgo y calidad de la relación entre líder y seguidor", *Boletín de Psicología*, 89, pp. 7-28.
- Castro, A. (2008) "Teorías implícitas del liderazgo, calidad de la relación entre líder y seguidor y satisfacción", *Anuario de Psicología*, 39(3), pp. 333-350.
- Cathcart, E. (2008) "The role of the chief nursing officer in leading the practice: lessons from the Benner tradition", *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), pp. 87-91.
- Celma, M. (2007) "Género y cultura organizacional administradores del poder entre enfermeras y médicos", *Tesela*, 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6329.php> [Consultado el 24 noviembre 2015].
- Chen, Z.X., Tsui, A.S. y Farh, J. (2002) "Loyalty to supervisor vs. organizational commitment: Relationships to employee performance in China", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(3), pp. 339-356.
- Chen, C.H., Wang, S.J., Chang, W.C. y Hu, C.S. (2008) "The effect of leader-member exchange, trust, supervisor support on organizational citizenship behavior in nurses", *Journal of Nursing Research*, 16(4), pp. 321-328.
- Chiavenato, I. (1994) *Administración de Recursos Humanos*. 5ª ed. México: McGraw Hill.
- Chinchilla, N. (1991) "Compromiso organizativo y rotación: Status questionis", IESE. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0217.pdf> [Consultado 18 octubre 2015].
- Cho, J., Laschinger, H.K.S. y Wong, C.A. (2006) "Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses", *Nursing leadership*, 19(3), pp. 43-60.
- Chu, C.I. y Lee, M.S. (2006) "The impact of social support and job stress on public health nurses' organizational citizenship behaviors in rural Taiwan", *Public Health Nursing*, 23(6), pp. 496-505.
- Chullen, C.L., Dunford, B.B., Angermeier, I., Boss R.W. y Boss A.D. (2010) "Minimizing deviant behavior in healthcare organizations: the effects of supportive leadership and job design", *Journal of Healthcare Management*, 55(6), pp. 381-397.
- Churchill, G.A., Ford, N.M. y Walker, O.C. (1976) "Organizational climate and job satisfaction in the salesforce", *Journal of Marketing Research*, 13(4), pp. 323-332.
- Ciapone, M.H.T. y Kurcgant, P. (2004) "O ensino de administração em enfermagem do Brasil: o processo de construção de competências gerenciais", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, pp. 401-407.
- Cicolini, G., Comparcini, D. y Simonetti, V. (2014) "Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review", *Journal of Nursing Management*, 22(7), pp. 855-871.

- Cidoncha, M.A. y Campo, C. (2004) "De la rotación de enfermeras a la salvaguardia de los cuidados", *Gestión hospitalaria*, 15(1), pp. 22-26.
- Clark, A. E. (1997) "Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work?", *Labour economics*, 4(4), pp. 341-372.
- Clavelle, J., Drenkard, K., Tullai-McGuinness, S. y Fitzpatrick, J. (2012) "Transformational leadership practices of chief nursing officers in Magnet organizations", *Journal of Nursing Administration*, 42(10), pp. 3-9.
- Coatsee, L. (1999) "From resistance to commitment", *Public Administration Quarterly*, 23(2), pp. 204-222.
- Cogliser, C.C. y Schriesheim, C.A. (2000) "Exploring work unit context and leader-member exchange: A multilevel perspective", *Journal of Organizational Behavior*, 21(5), pp. 487-511.
- Cogliser, C.C., Schriesheim, C., Scandura, T.A. y Gardner, W.L. (2009) "Balance in leader and follower perceptions of leader-member exchange: Relationships with performance and work attitudes", *The Leadership Quarterly*, 20(3), pp. 452-465.
- Cohen, S.G. y Bailey, D.E. (1997) "What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite", *Journal of Management*, 23(3), pp. 239-290.
- Cohen, D. (2006) "The aging nursing workforce: How to retain experienced nurses'", *Journal of Healthcare Management*, 51(4), pp. 233-245.
- Cohn, K., Algeo, S., Stackpoole, K. y Bowkley, C. (2005) "Overcoming abrasive interfaces: Implications for nurses in leadership positions", *Nurse Leader*, 3(4), pp. 53- 56.
- Coleman, V. I., y Borman, W. C. (2000) "Investigating the underlying structure of the citizenship performance domain", *Human Resource Management Review*, 10(1), pp. 25-44.
- Conger, J. (1998) "Qualitative research as the cornerstone methodology for understanding leadership", *Leadership Quarterly*, 9(11), pp. 107-121.
- Conger, J.A. Y Kanungo, R.N. (1988) "The empowerment process: Integrating theory and practice", *Academy of Management Review*, 13(3), pp. 471-482.
- Coomer B. y Barriball K.L. (2007) "Impact of job satisfaction on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature", *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), pp. 297-314.
- Cotten, J. y Tuttle, J.M. (1986) "Employee turnover: A meta-analysis and review with implications for research", *The Academy of Management Review*, 11(1), pp. 55-70.
- Cowden, T., Cummings, G. y Profetto-McGrath, J. (2011) "Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review", *Journal of Nursing Management*, 19(4), pp. 461-477.
- Cropanzano, R., Prehar, C.A. y Chen P.Y. (2002) "Using social exchange theory to distinguish procedural from interactional justice", *Group & Organizational Management*, 27(3), pp. 324-351.

Cropanzano, R. y Mitchell, M. (2005) "Social Exchange Theory: An Interdisciplinary Review", *Journal of Management*, 31(6), pp. 874-900.

Cummings, G.G., Hayduk, L. y Estabrooks, C.A. (2005) "Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership", *Nursing Research*, 54(1), pp. 1-11.

Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. y Stafford, E. (2010) "Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review", *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), pp. 363-385.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L.S. y Beaulieu, M.-D. (2005) "The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks", *Journal of Interprofessional Care*, 1(supl 1), pp. 116-131.

Dalessio, A., Silverman, W.H., Schuck, J.R. (1986) "Paths to turnover: a re-analysis and review of existing data on the Mobley, Horner, and Hollingsworth turnover model", *Human Relations*, 39(3), pp. 245-263.

Dansereau, E., Cashman, J., y Graen, G.B. (1973) "Instrumentality theory and equity theory as complementary approaches in predicting the relationship of leadership and turnover among managers", *Organizational Behavior and Human Performance*, 10(2), pp. 184-200.

Dansereau, F., Graen, G.B. y Haga, W.J. (1975) "A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations: A longitudinal investigation of the role making process", *Organizational Behavior and Human Performance*, 13(1), pp. 46-78.

Darmon, R.Y. (1990) "Identifying sources of turnover costs: a segmental approach", *Journal of Marketing*, 54(2), pp. 46-56.

Davies, A., Wong, C.A. y Laschinger, H. (2011) "Nurses' participation in personal knowledge transfer: the role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment", *Journal of Nursing Management*, 19(5), pp. 632-643.

De Gieter S., Hofmans J. y Pepermans R. (2011) "Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), pp. 1562-1569.

De José, M., Danvila, I. y Martínez-López, F.J. (2011) *Guía de competencias emocionales para directivos*. Madrid: ESIC.

De la Rosa, M.D. y Carmona, A. (2010) "Cómo afecta la relación del empleado con el líder a su compromiso con la organización", *Universia Business Review*, 26, pp. 112-133.

De Villiers, J.R. y Stander, M.W. (2011) "Psychological empowerment, work engagement and turnover intention : The role of leader relations and role clarity in a financial institution", *Journal of Psychology in Africa*, 21(3), pp. 405-412.

Deci, E.L., Connell, J.P. y Ryan, R.M. (1989) "Self-determination in a work organization", *Journal of Applied Psychology*, 74(4), pp. 580-590.

- DeCicco J., Laschinger H.K.S. y Kerr M. (2006) "Perceptions of empowerment and respect. Effect on nurses' organizational commitment in nursing homes", *Journal of Gerontological Nursing*, 32 (5), pp. 49-56.
- DeCotiis, T. y Summers, T. (1987) "A path-analysis of a model of the antecedents and consequences of organizational commitment", *Human Relations*, 40(7), pp. 445-70.
- Del Barrio-Linares, M. (2013) "La formación en gestión de las supervisoras ¿influye en los resultados del paciente?", *Revista ROL de Enfermería*, 36(6), pp. 430-439.
- Delgado, N.A. y Delgado D. (2003) "El líder y el liderazgo: reflexiones", *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 26(2), pp. 75-88.
- Delobelle, P., Rawlinson, J.L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R. y Depoorter, A.M. (2011) "Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire study", *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), pp. 371-383.
- Deluga, R.J. (1998) "Leader-Member Exchange Quality and Effectiveness Ratings: The Role of Subordinate-Supervisor Conscientiousness Similarity", *Group and Organization Management*, 23(2), pp. 189-216.
- Díaz de Rada, V. (2015) "Influencia de los aspectos visuales en los cuestionarios autoadministrados", *Revista de sociología*, 100(1), pp. 75-104.
- Dienesch, R.M. y Liden, R.C. (1986) "Leader-member exchange model of leadership: a critique and further development", *Academy of Management Review*, 11(3), pp. 618-34.
- Dirani, K.M. y Kuchinke, K.P. (2011) "Job satisfaction and organizational commitment: Validating the Arabic satisfaction and commitment questionnaire (ASCQ), testing the correlations, and investigating the effects of demographic variables in the Lebanese banking sector", *International Journal of Human Resource Management*, 22(5), pp. 1180-1202.
- Dirks, K.T. y Ferrin, D.L. (2002) "Trust in Leadership: Meta-analytic findings and implications for research and practice", *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 611-628.
- Dixon, D. L. (1999) "Achieving results through transformational leadership", *Journal of Nursing Administration*, 29(12), pp. 17-21.
- Dolan, S. L., Martín, I. y Soto E. (2004) *Los Diez Mandamientos para la Dirección de Personas*. España: Gestión 2000.
- Doran, D., McCutcheon, A., Evans, M., MacMillan, K., McGillis, L., Pringle, D., Smith, S. y Valente, A. (2004) "Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance", Canadian Health Services Research Foundation. Disponible en: <https://www.hrresourcecenter.org/node/1617> [Consultado 21 enero 2016].
- Dos Santos, V.L. y Henriques S.H. (2013) "A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder", *Revista Enfermagem UERJ*, 21 (4), pp. 533-539.

Doty, D.H. y Glick, W.H. (1998) "Common methods bias: does common methods variance really bias results?", *Organizational Research Methods*, 1(4), pp. 374-406.

Drucker, P.F. (1955) *The Practice of Management*. London: Heinemann.

Duchon, D., Green, S. y Taber, T. (1986) "Vertical dyad linkage: a longitudinal assessment of antecedents, measures and consequences", *Journal of Applied Psychology*, 71(1), pp. 56-60.

Duffield, C., Kearin, M., Johnston, J. y Leonard, J. (2007) "The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce", *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, pp. 42-46.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. y Aisbett, K. (2011a) "Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes", *Applied Nursing Research*, 24, pp. 244-255.

Duffield, C., Roche, M., Blay, N. y Stasa, H. (2011b) "The work environment, nursing unit managers, and staff retention", *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), pp. 23-33.

Dulebohn, J.H., Bommer, W.H., Liden, R.C., Brouer, R.L. y Ferris, G.R. (2012) "A Meta-Analysis of Antecedents and Consequences of Leader-Member Exchange Integrating the Past With an Eye Toward the Future", *Journal of Management*, 38(6), pp. 1715-1759.

Dunham, R.B., Grube, J.A. y Castaneda, M.B (1994) "Organizational commitment: The utility of an integrative definition", *Journal of Applied Psychology*, 79(3), pp. 370-380.

Eby, L., Adam, D., Russell, J. y Gaby, S. (2000) "Perceptions of organisational readiness for change: factors related to employees' reactions to implementation of team based selling", *Human Relations* 53(3), pp. 419-442.

Edmondson, A. (2003) "Speaking up in the operating room", *Journal of Management Studies*, 40(6), pp. 1419-1452.

Ehigie, B.O. y Otukoya, O.W. (2005) "Antecedents of organizational citizenship behaviour in a government-owned enterprise in Nigeria", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(4), pp. 389-399.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. y Sowa, D. (1986) "Perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, 71(3), pp. 500-507.

Eisenberger, R., Fasolo, P. y Davis-LaMastro, V. (1990) "Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation", *Journal of Applied Psychology*, 75(1), pp. 51-59.

Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S. y Lynch, P. (1997) "Perceived organizational support, discretionary treatment and job satisfaction", *Journal of applied Psychology*, 82(5), pp. 812-820.

Eisenberger, R. Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P.D. y Rhoades, L. (2001) "Reciprocation of perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, 86(1), pp. 42-45.

- Eisenberger, R., Stinglhamber, R., Vandenberghe, C., Sucharski, I. y Rhoades, L. (2002) "Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention", *Journal of Applied Psychology*, 87(3), pp. 565-573.
- Ekvall, G. y Arvonen, J. (1999) "Effective leadership: Both universality and contingent?", *Creativity and Innovation Management*, 8(4), pp. 242-250.
- El Akremi, A., Colaianni, G., Portoghese, I., Galletta, M. y Battistelli, A. (2014) "How organizational support impacts affective commitment and turnover among Italian nurses: a multilevel mediation model", *The International Journal of Human Resource Management*, 25(9), pp. 1185-1207.
- Epitropaki, O. y Martin, R. (1999) "The impact of demography on the quality of leader-member exchanges (LMX) and employees' work attitudes and well-being", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), pp. 237-240.
- Epitropaki, O. y Martin, R. (2005) "From ideal to real: A longitudinal study of the role of implicit leadership theories on leader-member exchanges and employee outcomes", *Journal of Applied Psychology*, 90(4), pp. 659-676.
- Erdogan, B. y Liden, R.C. (2002) "Social exchanges in the workplace: a review of recent developments and future research directions in leader-member exchange theory". En Neider, L.L. y Schriesheim, C.A. eds. *Leadership*. Greenwich, CT: Information Age.
- Erdogan, B. y Enders, J. (2007) "Support from the top: Supervisors' perceived organizational support as a moderator of leader-member exchange to satisfaction and performance relationships", *Journal of Applied Psychology*, 92(2), pp. 321-330.
- Errasti, F. (2008) *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Farkas, A.J. y Tetrick, L.E. (1989) "A three-wave longitudinal analysis of the causal ordering of satisfaction and commitment on turnover decisions", *Journal of Applied Psychology*, 74(6), pp. 855-868.
- Farr-Wharton, R., Brunetto, Y. y Shacklock, K. (2010) "Professionals' supervisor-subordinate relationships, autonomy and commitment: a leader-member exchange theory perspective", *International Journal of Human Resource Management*, 22(17), pp. 3496-3512.
- Farr-Wharton, R., Brunetto, Y. y Shacklock, K. (2012) "The impact of intuition and supervisor-nurse relationships on empowerment and affective commitment by generation", *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), pp. 1391-1401.
- Ferrando, P.J. y Lorenzo-Seva, U. (2014) "El análisis Factorial Exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales", *Anales de Psicología*, 30(3), pp. 1170-1175.
- Ferris, G.R. (1985) "Role of leadership in the employee withdrawal process. A constructive replication", *Journal of Applied Psychology*, 70(4), pp. 777-781.
- Fiedler, F.E. y Chemers, M. (1985) *Liderazgo y Administración Efectiva*. México: Trillas.

- Fiske, S.T. (1993) "Social cognition and social perception", *Annual Review of Psychology*, 44, pp. 155-194.
- Fosbinder, D., Parsons, R.J., Dwore, R.B., Murray, B., Gustafson, G., Dalley, K. y Vordereer, L. H. (1999) "Effectiveness of nurse executives: measurement of role factors and attitudes", *Nursing Administration Quarterly*, 23(3), pp. 52-62.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H. y Sochalski, J. (2008) "Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients", *Health Services Research*, 43 (4), pp. 1145-1163.
- Gaertner, K.N. y Nollen, S.D. (1992) "Turnover intentions and desire among executives", *Human Relations*, 45(5), pp. 447-459.
- Galletta, M., Portoghese, I., Penna M.P., Battistelli, A. y Saiani L. (2011) "Turnover intention among Italian Nurses: the moderating roles of supervisor support and organizational support", *Nursing and Health Sciences*, 13(2), pp. 184-191.
- Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A. y Leiter, M.P. (2013) "The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention", *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), pp. 1771-1784.
- Ganster, D.C., Fusilier, M.R. y Mayes, B.T. (1986) "Role of social support in the experience of stress at work", *Journal of Applied Psychology*, 71(1), pp. 102-110.
- García, D. (2010) "Satisfacción Laboral. Una aproximación teórica", *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm> [Consultado 22 noviembre 2015].
- García-Montalvo, J., Peiró, J.M. y Soro Bonmatí, A. (2003) *Capital Humano. Observatorio de la Inserción Laboral de los Jóvenes: 1996-2002*. Valencia: Bancaja-Ivie.
- Gaudet, M.C. y Tremblay, M. (2017) "Initiating structure leadership and employee behaviors: The role of perceived organizational support, affective commitment and leader-member exchange", *European Management Journal*, 35(5), pp. 663-675.
- George, J.M. y Brief, A.P. (1992) "Feeling good-doing good: A conceptual analysis of the mood at work-organizational spontaneity relationship", *Psychological Bulletin*, 112(2), pp. 310-329.
- George, J.M. y Jones, G.R. (1997) "Organizational spontaneity in Context", *Human Performance*, 10(2), pp. 153-170.
- Germain, P.B. y Cummings, G.G. (2010) "The influence of nursing leadership on nurse performance: A systematic literature review", *Journal of Nursing Management*, 18(4), pp. 425-439.
- Gerstner, C.R. y Day, D.V. (1994) "Cross-cultural comparison of leadership prototypes", *Leadership Quarterly*, 5(2), pp. 121-134.
- Gerstner, C.R. y Day, D.V. (1997) "Meta-analytic review of leader-member exchange theory: correlates and construct issues", *Journal of Applied Psychology*, 82(6), pp. 827-844.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. y Lybanon, V. (2007) "Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of literature", *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 4(3), pp. 126-145.

- Gilbert, J. y Tang L. (1998) "An examination of organizational trust antecedents", *Public Personnel Management*, 27(3), pp. 321-325.
- Gilmartin, M.J. y D'Aunno T.A. (2007) "Leadership research in healthcare", *The Academy of Management Annals*, 1(1), pp. 387-438.
- Gillies, D.A. (1994) *Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas*. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Gist, M. (1987) "Self-efficacy: Implications for organizational behavior and human resource management", *The Academy of Management Review*", 12(3), pp. 472-485.
- Golesorkhi, B. (2006) "Gender differences and similarities in judgments of trustworthiness", *Women in Management Review*, 21(3), pp. 195-210.
- Gomez, C. y Rosen, B. (2001) "The leader-member exchange as a link between managerial trust and employee empowerment", *Group & Organization Management*, 26 (1), pp. 53-69.
- González-Gálvez, P. y Rey, C (2013) "Nuestras direcciones de enfermería, ¿están preparadas para el momento actual?", *Tesela*, 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts9273.php> [Consultado el 25 octubre 2015].
- Goñi, M.A., Blanco, R.M., Chamorro, S. y Gómez, I. (2008) "Calidad de vida profesional de enfermeras y supervisores de enfermería del Hospital Ramón y Cajal y estrategias de desarrollo", *Tesela*, 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6610.php> [Consultado el 14 noviembre 2015].
- Goodman, G. (2004) "A fragmented patient safety concept: the structure and culture of safety management in health care", *Nursing Economics*, 22 (1), pp. 44-46.
- Gorriti, M. (2009) *La evaluación de Directivos Públicos (Desempeño y Predicción)*. Disponible en: https://www.academia.edu/30068175/Evaluación_y_Predicción_del_Liderazgo_Público [Consultado el 10 diciembre 2015].
- Gouldner, A.W. (1960) "The norm of reciprocity: A preliminary statement", *American Sociological Review*, 25(2), pp. 161-178.
- Graen, G.B., Dansereau, F. y Minami, T. (1972) "An empirical test of the man-in-the-middle hypothesis among executives in a hierarchical organization employing a unit-set análisis", *Organizational Behavior and Human Performance*, 8(2), pp. 262-285.
- Graen, G., Orris, J.B. y Johnson, T.W. (1973) "Role assimilation processes in a complex organization", *Journal of vocational behavior*, 3(4), pp. 395-420.
- Graen, G.B., Cashman, J.F., Ginsburg, S. y Schiermann, W. (1977) "Effects of linking-pin quality of working life of lower participants", *Administrative Science Quarterly*, 22(3), pp. 491-504.
- Graen G.B., Novak M.A. y Sommerkamp P. (1982) "The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction: testing a dual attachment model", *Organizational Behavior and Human Performance*, 30(1), pp. 109-131.

Graen, G., Liden, R.C. y Hoel, W. (1982). "Role of leadership in the employee withdrawal process", *Journal of Applied Psychology*, 67(6), pp. 868-872.

Graen, G.B. y Scandura, T.A. (1987) "Toward a psychology of dyadic organizing", *Research in Organizational Behavior*, 9, pp. 175-208.

Graen, G.B. y Uhl-Bien, M. (1991). "The transformational work group professionals into self-managing and partially self-designing contributors: Toward a theory of Leadership-making", *Journal of Management Systems*, 3(3), pp. 25-39.

Graen, G.B. y Uhl-Bien, M. (1995) "Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level, multi-domain perspective", *Leadership Quarterly*, 6(2), pp. 219-247.

Graen, G., Rowold, J. y Heinritz, K. (2010) "In operationalizing and comparing leadership constructs", *The Leadership Quarterly*, 21, pp. 563-575.

Graen, G. y Schiemann W. (2013) "Leadership-motivated excellence theory: an extension of LMX", *Journal of Managerial Psychology*, 28(5), pp. 452-469.

Gray, A.M. y Phillips, V.L. (1994) "Turnover, age and length of service: a comparison of nurses and other staff in the National Health Service", *Journal of Advanced Nursing*, 19(4), pp. 819-827.

Greco, P., Laschinger, H. y Wong, C. (2006) "Leader empowering behaviours, nurse empowerment and work engagement/burnout", *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 19, pp. 41-56.

Greenberg, J. y Baron, A. (2000). *Behavior in organizations*. 7ª ed. New Jersey: Prentice Hall.

Gregersen, H.B. y Black, J.S. (1992) "Antecedents to commitment to a parent company and a foreign operation", *Academy of Managerial Journal*, 35(1), pp. 65-90.

Griffeth, R.W., Hom, P.W. y Gaertner, S. (2000) "A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests and research implications for the next millennium", *Journal of Management*, 26(3), pp. 463-488.

Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M. y Liu, Y. (2016) "Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China", *Applied Nursing Research*, 31, pp. 41-45.

Gupta, V., Agarwal, U.A. y Khatri, N. (2016) "The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement", *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), pp. 2806-2817.

Gutierrez, C., Prieto, J.M. y O'Connell, J. (1999) "Prototipo de liderazgo en mandos intermedios españoles", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(3), pp. 385-406.

Guzzo, R.A., Noonan, K.A. y Elron, E. (1994) "Expatriate managers and the psychological contract", *Journal of Applied Psychology*, 79(4), pp. 617-626.

Hair, J. (2008) *Análisis multivariante*. 5ª ed. Madrid: Prentice-Hall.

- Hamrin, V., McCarthy, E.M. y Tyson V. (2010) "Pediatric psychotropic medication initiation and adherence: a literature review based on social exchange theory", *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 23(3), pp. 151-172.
- Han, G.H. y Jekel, M. (2011) "The mediating role of job satisfaction between leader-member exchange and turnover intentions", *Journal of Nursing Management*, 19(1), pp. 41-49.
- Harmon, J., Scotti, D.J., Behson, B., Farias, G., Petzel, I.R., Neuman, J.H. y Keashly, L. (2003) "Effects of high-involvement work systems on employee satisfaction and service costs in veterans healthcare", *Journal of Healthcare Management*, 48(6), pp. 393-406.
- Harpaz, I. (1983): *Job satisfaction. Theoretical Perspectives and a Longitudinal Analysis*. Nueva York: Libra Publishers.
- Harris, K.J., Kacmar, K.M. y Witt, L.A. (2005) "An examination of the curvilinear relationship between leader-member exchange and intent to turnover", *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), pp. 363-378.
- Harris, K.J., Wheeler, A.R. y Kacmar, K.M. (2009) "Leader-Member Exchange and Empowerment: Direct and Interactive Effects on Job Satisfaction, Turnover Intentions, and Performance", *The Leadership Quarterly*, 20(3), pp. 371-382.
- Harris, K.J., Wheeler, A.R. y Kacmar, K. M. (2011) "The mediating role of organizational job embeddedness in the LMX-outcomes relationships", *The Leadership Quarterly*, 22(2), pp. 271-281.
- Harter, J.K., Schmidt, F.L. y Hayes, T.L. (2002) "Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis", *The Journal of Applied Psychology*, 87(2), pp. 268-279.
- Harvard Business School Press (2006) *Cómo llegar a ser un líder efectivo*. Barcelona: Gestión 2000.
- Haslam, S.A., Reicher, S.D y Platow, M.J. (2011) "El liderazgo como gestión de la identidad social". En: Molero, F. y Morales, J.F. (coords.). *Liderazgo: hecho y ficción. Visiones actuales*. Madrid: Alianza.
- Hatcher, S. y Laschinger, H.K.S. (1996) "Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations", *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), pp. 74-94.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., North, N. y Stone P.W. (2006) "Nurse turnover: A literature review", *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), pp. 237-263.
- Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H., y North, N. (2012) "Nurse turnover: a literature review - an update", *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), pp. 887-905.
- HayGroup (2006) *Factbook Recursos Humanos*. 5ª ed. Navarra: Aranzadi.
- Heath, J., Johanson, W. y Blake, N. (2004) "Healthy work environments: a validation of the literature", *Journal of Nursing Administration*, 34, pp. 524-530.

Hechanova, M.R.M., Alampay, R.B.A. y Franco, E.P. (2006) "Psychological empowerment, job satisfaction and performance among Filipino service workers", *Asian Journal of Social Psychology*, 9(1), pp. 72-78.

Hernández, J.F. (2010) *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades> [Consultado el 18 febrero 2015].

Hernández, A., Quevedo, D., Hernández, N.M., Hernández, J.M. y Moreno, C. (2014) "Influencia del liderazgo en equipos de enfermería: Confianza", *Tesela*, 16. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts16/ts10125.php> [Consultado el 15 abril 2015].

Herold, D.M., Liden, R.C. y Leatherwood, M.L. (1987) "Using multiple attributes to assess sources of performance feedback", *The Academy of Management Journal*, 30(4), pp. 826-835.

Hersey, P. y Blanchard K. (1969) "The life cycle theory of leadership", *Training and Development Journal*, 23(5), pp. 26-34.

Hersey, P., Blanchard, K.H. y Jhonson, D.E. (1998). *Administración del comportamiento organizacional. Liderazgo situacional*. (7ª ed.). México: Prentice Hall.

Hidalgo, A., Del Llano, J. y Pérez, S. (2007) *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*. Barcelona: Masón.

Hinkin, T.R. y Tracey, J.B. (2000) "The cost of turnover", *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 41, pp. 14-21.

Hinno, S., Partanen, P. y Vehviläinen-Julkunen, K. (2012) "The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), pp. 133-143.

Hoffmeyer, A. A. (2003) "Moral imperative to improve the quality of work-life for nurses: building inclusive social capital capacity", *Contemporary Nurse*, 15(1-2), pp. 9-19.

Hofmann, D. y Morgeson, F. (1999) "Safety-related behavior as a social exchange: The role of perceived organizational support and leader-member exchange", *Journal of Applied Psychology*, 84(2), pp. 286-296.

Hofmann, D.A., Morgeson, F.P. y Gerras, S.J. (2003) "Climate as a moderator of the relationship between leader-member exchange and content specific citizenship", *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 170-178.

Hofstede, G. (1993) "Cultural constraints in management theories", *Academy of Management Executive*, 7(1), pp. 81-94.

Hogan, R., Curphy, G.J. and Hogan, J., (1994). "What we know about leadership: Effectiveness and personality", *American Psychologist* 49(6), pp. 493-504.

Hogg, M. A., Martin, R., Epitropaki, O., Mankad, A., Svensson, A., & Weeden, K. (2005) "Effective leadership in salient groups: Revisiting leader-member exchange theory from the perspective of the social identity theory of leadership", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(7), pp. 991-1004.

- Hom, P.W. y Hulin, C.L. (1981) "A competitive test of the prediction of reenlistment by several models", *Journal of Applied Psychology*, 66(1), pp. 23-39.
- Hom, P.W. y Kinicki, A. J. (2001) "Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover", *The Academy of Management Journal*, 44(5), pp. 975-987.
- Homburg, C. y Stock, R. (2004) "The link between salespeople's job satisfaction and customer satisfaction in a business-to-business context: A dyadic analysis", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(2), pp. 144-158.
- Homburg, C. y Stock, R. (2005) "Exploring the conditions under which salesperson work satisfaction can lead to customer satisfaction", *Psychology & Marketing*, 22(5), pp. 393-420.
- House, R.J. (1996) "Path-Goal theory of leadership: lessons, legacy, and a reformulated theory", *Leadership Quarterly*, 7(3), pp. 324-352.
- House, R. y Aditya, R. (1997) "The Social Scientific Study of Leadership: Quo Vadis?", *Journal of Management*, 23(3), pp. 409-473.
- House, R., Javidan, M., Hanges, P. y Dorfman, P. (2002) "Understanding cultures and implicit leadership theories across the globe: An introduction to project GLOBE", *Journal of World Business*, 37(1), pp. 3-10.
- Hutchison, S. (1997) "A path model of perceived organizational support", *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(1), pp. 159-174.
- Hutchinson, A., Cooper, K.L., Dean, J.E., McIntosh, A., Patterson, M., Stride, C.B., Laurence, B.E. y Smith, C.M. (2006) "Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability", *Quality and Safety in Health Care*, 15(5), pp. 347-353.
- Ilies, R., Nahrgang, J.D. y Morgeson, F.P. (2007) "Leader-Member Exchange and Citizenship Behaviors: A Meta-Analysis", *Journal of Applied Psychology*, 92(1), pp. 269-277.
- Institute Of Medicine (IOM) (2001) Crossing the quality Chasm: A New Health System for the 21 st. Century, disponible en: <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20report%20brief.pdf> [consultado el 14 mayo 2015].
- Institute Of Medicine (IOM) (2004) Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. In: Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses, Institute of Medicine [en línea], disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/pdf/Bookshelf_NBK216190.pdf [consultado el 24 mayo 2015].
- Institute Of Medicine (2010) The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health [en línea], disponible en: <https://www.nap.edu/download/12956#> [consultado el 16 julio 2015].
- Instituto Aragonés de Estadística. Disponible en: <http://www.aragon.es/iaest>. [Consultado el 16 noviembre 2016].

Iriarte, S. (2013) "Los pacientes y los profesionales enfermeros, piezas clave en la gestión de las instituciones sanitarias", *Tesela* (13). Disponible en: <http://www.index-f.com.bibproxy.ulpgc.es/tesela/ts13/ts9174.php> [Consultado el 17 abril 2015].

Islam, T., Khan, S.R., Ahmad, U.N.U. y Ahmed, I. (2013) "Organizational Learning culture and leader-member exchange: the way to enhance organizational commitment and reduce turnover intentions", *The Learning Organization*, 20(4/5), pp. 322-337.

Jáimez, M.J. (2012). *Organizaciones saludables: el papel del empoderamiento organizacional*. Tesis inédita. Universidad de Granada.

Jain, A. K., Giga, S. I. y Cooper, C. L. (2013) "Perceived organizational support as a moderator in the relationship between organisational stressors and organizational citizenship behaviors", *International Journal of Organizational Analysis*, 21(3), pp. 313-334.

Jaros, S. (2010) "Commitment to organizational change: a critical review", *Journal of Change Management*, 10(1), pp. 79-108.

Jones, C., Havens, D.S. y Thompson, PA. (2008) "Chief nursing officer retention and turnover: a crises brewing? Results of a national survey", *Journal of Healthcare Management*, 53(2), pp. 89-105.

Jones, C. (2008) "Revisiting nurse turnover costs: Adjusting for inflation", *Journal of Nursing Administration*, 38(1), pp. 27-29.

Jones, G.R. y George, J.M. (1998) "The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and team-work", *Academy of management Review*, 23(3), pp. 531-546.

Judge, T.A., Bono, J.E., y Locke, E.A. (2000) "Personality and job satisfaction: The mediating role of job characteristics", *Journal of Applied Psychology*, 85, pp. 237-249.

Judge, T., Thoresen, C., Bono, J. y Patton, G. (2001) "The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review", *Psychological Bulletin*, 127(3), pp. 376-407.

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., y Rosenthal, R.A. (1964) *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

Kalleberg, A. y Mastekaasa, A. (2001) "Satisfied movers, committed stayers: The impact of job mobility on work attitudes in Norway", *Work and Occupations*, 28(2), pp. 183-209.

Kamdar, D. y Van Dyne, L. (2007) "The joint effects of personality and workplace social exchange relationships in predicting task performance and citizenship performance", *Journal of Applied Psychology*, 92(5), pp. 1286-1298.

Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S. y Wilt, T.J. (2007) "The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis", *Medical Care*, 45 (12), pp. 1195-1204.

Kanter, R.M (1968) "Commitment and Social Organization: A Study of Commitment Mechanisms in Utopian Communities", *American Sociological Review*, 33(4), pp. 499-517.

- Kanter, R.M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Kanter, R.M. (1982) "The middle manager as innovator", *Harvard Business Review*, 60(4), pp. 95-105.
- Kanter, R.M. (1993) *Men and Women of the Corporation*. 2ªed. New York: Basic Books.
- Kanter, R.M. (2006) *Confianza. Cómo empiezan y terminan las rachas ganadoras y las rachas perdedoras*. Barcelona: Granica.
- Kantse, O., Kyngas, H. y Nikkila, J. (2007) "The relationship between multidimensional Leadership and burnout among nursing staff", *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 731-739.
- Kanungo, R. (1982) "Measurement of job and work involvement", *Journal of Applied Psychology*, 67(3), pp. 341-349.
- Karatepe, O.M. y Kilic, H. (2007) "Relationships of supervisor support and conflicts in the work-family interface with the selected job outcomes of frontline employees", *Tourism Management* 28(1), pp. 238-252.
- Katz, D., MacCoby, N. Gurin, G. y Floor, L.G. (1951). *Productivity, supervision and morale among railroad workers*. Ann Arbor, Universidad of Michigan: Survey Research Centre, Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kaufmann, A. (1997) "Liderazgo transformador y formación continua", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 77-78, pp. 163-184.
- Kho, M.E., Carbone, J.M., Lucas J. y Cook D.J. (2005) "Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey", *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), pp. 273-278.
- Kiffin-Petersen, S.A. y Cordery, J.L. (2003) "Trust, individualism and job characteristics as predictors of employee preference for teamwork", *International Journal of Human Resource Management*, 14(1), pp. 93-116.
- Kim, P., Lee, G. y Carlson, K. (2010) "An examination of the nature of the relationship between Leader-Member-Exchange (LMX) and turnover intent at different organizational levels", *International Journal of Hospitality Management*, 29(4), pp. 591-597.
- Kim, S.Y. y Fernández, S. (2017) "Employee Empowerment and Turnover Intention in the U.S. Federal Bureaucracy", *The American Review of Public Administration*, 47(1), pp. 4-22.
- Kinicki, A. y Vecchio, R. (1994) "Influences on the quality of supervisor-subordinate relations: the role of time-pressure, organizational commitment, and locus of control", *Journal of Organizational Behavior*, 15(1), pp. 75-82.
- Kirkpatrick, I. y Ackroyd, S. (2003) "Transforming the professional archetype? The new managerialism in UK social services", *Public Management Review*, 5(4), pp. 511-531.
- Kirkman, B.L. y Rosen, B. (1999) "Beyond self-management: Antecedents and consequences of team empowerment", *The Academy of Management Journal*, 42(1), pp. 58-74.

Kirkman, B.L., Rosen, B., Tesluk, P.E. y Gibson, C.B. (2004) "The impact of team empowerment on virtual team performance: The moderating role of face-to-face interaction", *The Academy of Management Journal*, 47(2), pp. 175-192.

Knol, J. y van Linge, R. (2009) "Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), pp. 359-370.

Knudsen, H.K., Ducharme, L.J. y Roman, P.M. (2009) "Turnover intention and emotional exhaustion "at the top": adapting the job demands-resources model to leaders of addiction treatment organizations", *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(1), pp. 84-95.

Kodama, Y., Fukahori, H., Sato, K. y Nishida, T. (2016) "Is nurse managers' leadership style related to Japanese staff nurses' affective commitment to their hospital?", *Journal of Nursing Management*, 24(7), pp. 884-892.

Kohli, A.K. (1985) "Some unexplored supervisory behaviors and their influence on salespeople's role clarity, specific self-esteem, job satisfaction, and motivation", *Journal of Marketing Research*, 22(4), pp. 424-433.

Koman, A.K. (1966) " "Consideration", "Initiating Structure" and organizational criteria: A review", *Personnel Psychology*, 19(4), pp. 349-361.

Konja, V., Grubic-Nesic, L. y Lalic, D. (2012) "Leader-member exchange influence on organizational commitment among serbian hospital workers", *HealthMed Journal*, 6(1), pp. 3802-3814.

Koontz, H., O'Donnell, C., y Weihrich, H. (1988) *Administración*. 8ª ed. México: Mc-Graw-Hill.

Kotter, J. (1990a) *El factor liderazgo*. Madrid: Díaz de Santos.

Kotter, J.P. (1990b) *A Force for Change: How Leadership Differs From Management*. Nueva Cork: Free Press.

Kottke, J.L. y Sharafinski, C.E. (1988) "Measuring perceived supervisory and organizational support", *Educational and Psychological Measurement*, 48(4), pp. 1075-1079.

Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alrich, S., Karbach, U., Ommen, O., Schulz-Nieswandt, F. y Pfaff, H. (2010) "Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities", *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), pp. 470-479.

Koys, D.J. (1991) "Fairness, legal compliance, and organizational commitment", *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 4(4), pp. 283-291.

Kraimer, M.L., Seibert, S.E. y Liden, R.C. (1999) "Psychological empowerment as a multidimensional construct: A test of construct validity", *Educational and Psychological Measurement*, 59(1), pp. 127-142.

Kramer, M. y Hafner, L.P. (1989) "Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity", *Nursing Research*, 38(3), pp. 172-177.

Kramer, M. y Schmalenberg, C.E. (2003) "Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy", *Nurses Outlook*, 51(1), pp. 13-19.

- Kramer, M. y Schmalenberg, C (2005) "Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte I", *Nursing*, 23(3), pp. 8 -13.
- Kramer, M., Schmalenberg, C y Maguire, P. (2005) "Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte III", *Nursing*, 23(5), pp. 14-17.
- Kreitner, R. y Kinicki, A. (1997) *Comportamiento de las Organizaciones*. Madrid: McGraw Hill.
- Kuokkanen, L., Suominen, T., Rankinen, S., Kukkurainen, M.L., Savikko, N. y Doran, D. (2007) "Organizational change and work-related empowerment", *Journal of Nursing Management*, 15(5), pp. 500-507.
- Kurtessis, J.N., Eisenberger, R., Ford, M.T., Buffardi, L.C., Stewart, K.A. y Adis, C.S. (2017) "Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory", *Journal of Management*, 43(6), pp. 1854-1884.
- Kuvaas, B., Buch, R., Dysvik, A. y Haerem, T. (2012) "Economic and social leader-member exchange relationships and follower performance", *The Leadership Quarterly*, 23(5), pp. 756-765.
- La Monica, E. L. (1994) *Dirección y Administración en Enfermería. Un enfoque práctico*. Barcelona: Mosby-Doyma Libros.
- Lake, E. T. (2002) "Development of the practice environment scale of the nursing work index", *Research in Nursing & Health*, 25(3), pp. 176-188.
- Lambert, E. y Paoline, E. (2008) "The influence of individual, job, and organizational characteristics on correctional staff job stress, job satisfaction, and organizational commitment", *Criminal Justice Review*, 33(4), pp. 541-564.
- Lambert, E. y Hogan, N. (2009) "The importance of job satisfaction and organizational commitment in shapping turnover intent: A test of a causal model", *Criminal Justice Review*, 34(1), pp. 96-118.
- Lan, X.M. y Chong, W.Y. (2015) "The mediating role of psychological empowerment between transformational leadership and employee work attitudes", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 172(27), pp. 184-191.
- Lapierre, L.M. y Hackett, R.D. (2007) "Trait conscientiousness, leader-member exchange, job satisfaction and organizational citizenship behavior: A test of an integrative model", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(3), pp. 539-554.
- Larrabee, J.H., Janney, M.A., Ostrow, C.L. Withrow, M.L., Hobbs, G.R., y Burant, C. (2003) "Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave", *Journal of Nursing Administration*, 33(5), pp. 271-283.
- Laschinger, H.K.S. y Havens, D.S. (1996) "Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice: conditions for work effectiveness", *Journal of Nursing Administration*, 26(9), pp. 27-35.
- Laschinger, H.K.S. y Havens, D.S. (1997) "The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness", *Journal of Nursing Administration*, 27(6), pp. 42-50.

Laschinger, H.K.S., Sabiston, J.A. y Kutzscher, L. (1997) "Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: testing Kanter's Theory of structural power in organizations", *Research in Nursing & Health*, 20(4), pp. 341-352.

Laschinger, H., Wong, C., McMahon, L. y Kaufman, C. (1999) "Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness", *Journal of Nursing Administration*, 29(5), pp. 28-39.

Laschinger, H. y Wong, C. (1999) "Staff nurse empowerment and collective accountability: Effect on perceived productivity and self-rated work effectiveness", *Nursing Economics*, 17(6), pp. 308-316.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J. y Casier, S. (2000) "Organizational trust and empowerment in restructured health care settings: effects on staff nurse commitment", *Journal of Nursing Administration*, 30(9), pp. 413-425.

Laschinger, H., Finegan, J. y Shamian J. (2001) "The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment", *Health Care Management Review*, 26(3), pp. 7-23.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J. y Wilk, P. (2001) "Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model", *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.

Laschinger, H.K., Almost, J. y Tuer-Hodes, D. (2003) "Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link", *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), pp. 410-422.

Laschinger, H.K.S. (2004) "Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice", *Journal of Nursing Administration*, 34(7), pp. 354-364.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J.E., Shamian, J. y Wilk, P. (2004) "A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction", *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), pp. 527-545.

Laschinger, H. y Finegan, J. (2005) "Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage", *Nursing Economics*, 23(1), pp. 6-12.

Laschinger, H. y Leiter, M.P. (2006) "The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/ engagement", *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), pp. 259-267.

Laschinger, H., Purdy, N., Cho, J. y Almost, J. (2006) "Antecedents and consequences of first line managers, perceptions of organizational support: testing Eisenberger's model in nursing settings", *Nursing Economics*, 23, pp. 1-10.

Laschinger, H., Purdy, N. y Almost, J. (2007) "The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction", *The Journal of nursing administration*, 37(5), pp. 221-229.

Laschinger, H. y Finegan, J. (2008) "Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout: a time-lagged analysis", *Journal of Nursing Management*, 16(5), pp. 601-607.

- Laschinger, H. (2008) "Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: further testing the nursing work-life model", *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), pp. 322- 330.
- Laschinger, H., Finegan ,J. y Wilk P. (2009) "Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment", *Journal of Nursing Administration*, 39(5), pp. 228-235.
- Laschinger, H., Finegan, J. y Wilk, P. (2011) "Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: the role of empowering unit leadership", *Nursing Research*, 60(2), pp. 124-131.
- Laschinger, H.K.S., Leiter, M.P., Day, A., Gilin-Oore, D. y Mackinnon, S.P. (2012) "Building empowering work environments that foster civility and organizational trust: testing an intervention", *Nursing Research*, 61(5), pp. 316-325.
- Laschinger, H., Nosko, A., Wilk, P. y Finegan, J. (2014) "Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: a time-lagged study", *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), pp. 1615-1623.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C. y Drevniok, U. (2011) "Turnover intention among new nurses: a generational perspective", *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(1), pp. 39-45.
- Le Blanc P.M., De Jong R.D., Geersing J., Furda J. y Komproe I.H. (1993) "Leader member exchanges: distinction between two factors", *European Work and Organizational Psychologist*, 3(4), pp. 297-309.
- Lee, S. (1971) "An empirical analysis of organizational identification", *Academy of Management Journal*, 14(2), pp. 213-226.
- Lee, K., Carswell, J. y Allen, N. (2000), "A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person and work variables", *Journal of Applied Psychology*, 85(5), pp. 799-811.
- Lee, K. y Allen, N.J. (2002) "Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions", *Journal of Applied Psychology*, 87(1), pp. 131-142.
- Lee, J. (2005) "Effects of Leadership and leader-member exchange on commitment", *Leadership & Organization Development Journal*, 26(8), pp. 655-672.
- Lee, Y. y Chang, H. (2008) "Relations between Team Work and Innovation in Organizations and the Job Satisfaction of Employees: A Factor Analytic Study", *International Journal of Management*, 25(3), pp. 732-739.
- Lee, Y.M. y Kim, B.M. (2008) "The mediator effect of empowerment in relationship between transformational leadership and organizational commitment", *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 38(4), pp. 603-611.
- Leiter, M.P., Laschinger, H., Day, A. y Gilin-Oore, D. (2011) "The impact of civility interventions on employee social behavior, distress and attitudes", *Journal of Applied Psychology*, 96(6), pp. 1258-1274.

Levinson, H. (1965) "Reciprocation: the relationship between man and organization", *Administrative Science Quarterly*, 9(4), pp. 370-390.

Lewin, K., Lippitt, R. y White, R. K. (1939) "Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created "Social Climates", *The Journal of Social Psychology*, 10(2), pp. 269-299.

Liao, H., Liu, D. y Loi, R. (2010) "Looking at both sides of the social exchange coin: A social cognitive perspective on the joint effects of relationship quality and differentiation on creativity", *Academy of Management Journal*, 53(5), pp. 1090-1109.

Liberali, J. y Dall'Agnol, C.M. (2008) "Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão", *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), pp. 276-82. <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5592/3202> [Consultado el 22 noviembre 15].

Liden, R.C. y Graen, G. (1980) "Generalizability of the vertical dyad linkage model of leadership", *Academy of Management Journal*, 23(3), pp. 451-465.

Liden, R., Wayne, S. y Stilwell, D. (1993) "A longitudinal study on the early development of leader-member exchanges", *Journal of Applied Psychology*, 78(4), pp. 662-674.

Liden, R.C., Sparrowe, R.T. y Wayne, S.J. (1997) "Leader-member exchange theory: The past and potential for the future", *Research in Personnel and Human Resources Management*, 15, pp. 47-119.

Liden, R.C. y Maslyn, J.M. (1998) "Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development", *Journal of Management*, 24(1), pp. 43-72.

Liden, R., Wayne, S. y Sparrowe, R. (2000) "An examination of the mediating role of psychological empowerment on the relations between the job, interpersonal relationships and work outcomes", *Journal of Applied Psychology*, 85(3), pp. 407-416.

Liden, R.C., Erdogan, B., Wayne, S.J., y Sparrowe, R.T. (2006) "Leader-member exchange, differentiation, and task interdependence: Implications for individual and group performance", *Journal of Organizational Behavior*, 27(6), pp. 723-746.

Likert, R. (1965). *Un Nuevo Método de Gestión y Dirección*. Bilbao: Deusto.

Lin, C.T. y Chang, C.S. (2015) "Job satisfaction of nurses and its moderating effects on the relationship between organizational commitment and organizational citizenship behaviors", *Research and Theory for Nursing Practice*, 29(3), pp. 226-244.

Lindgren, H. C. (1990). *Introducción a la Psicología Social*. Mexico: Trillas.

Llopis, J. y Ricart, J.E. (2012) *Qué hacen los buenos directivos. El reto del siglo XXI*. Madrid: Pearson.

Lo, M.C., Ramayah, T. y Hui, J.K.S. (2006) "An investigation of leader member exchange effects on organizational citizenship behavior in Malaysia", *Journal of Business and Management*, 12(1), pp. 5-23.

López del Val, A. y Arenas, C.A. "Los actores del Sistema Nacional de Salud en España", *Sedisa Siglo XXI*. Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article280> [Consultado el 25 noviembre 15].

- Lucas, V., Laschinger, H.K. y Wong, C.A. (2008) "The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control", *Journal of Nursing Management*, 16(8), pp. 964-973.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F. y Sirola, W. (1998) "Explaining nursing turnover intent: Job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment?", *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), pp. 305- 320.
- Lupano, M.L. y Castro, A. (2006) "Estudios sobre el liderazgo. Teorías y evaluación", *Psicodebate*, 6, pp. 107-121.
- Lynch, P.D., Eisenberger, R. y Armeli, S. (1999) "Perceived organizational support: inferior versus superior performance by wary employees", *Journal of Applied Psychology*, 84(4), pp. 467-483.
- Maertz, C.P. y Griffeth, R. (2004) "Eight motivational forces and voluntary turnover: A theoretical synthesis with implications for research", *Journal of Management*, 30(5), pp. 667-683.
- Maertz, C.P., Griffeth, R.W., Campbell, N.S. y Allen, D.G. (2007), "The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover", *Journal of Organizational Behavior*, 28(8), pp. 1059-1075.
- Major, D.A., Kozlowski, S.W.J., Chao, G.T., Gardner, P.D. (1995) "A longitudinal investigation of newcomer expectations, early socialization outcomes, and the moderating effects of role development factors", *Journal of Applied Psychology* 80(3), pp. 418-431.
- Malloch, K. (2002) "Trusting organizations: describing and measuring employee-to-employee relationships", *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), pp. 12-19.
- Manojlovich, M. y Laschinger, H. (2002) "The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction", *Journal of Nursing Administration*, 32(11), pp. 586-595.
- Manojlovich, M. (2005) "The effect of nursing leadership on hospital nurses professional practice behaviours", *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8), pp. 366-374.
- March, J.C.(Ed) (2014) *Liderar con corazón*. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=MTE2LmhvdGxpbnMs=> [consultado el 16 julio 2015].
- Markovits, Y., Davis, A.J., Fay, D. y Dick, R.v. (2010) "The link between job satisfaction and organizational commitment: Differences between public and private sector employees", *International Public Management Journal*, 13(2), pp. 177-196.
- Martin, R., Thomas, G., Charles, K., Epitropaki, O. y McNamara, R. (2005) "The role of leader-member exchanges in mediating the relationship between locus of control and work reactions", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(1), pp. 141-147.
- Martínez, A. y Morales, J.F. (2011) "Apuntes para un debate encubierto: concepto vs ámbitos de liderazgo". En: Molero, F. y Morales, J.F. (coords.) (2011). *Liderazgo: hecho y ficción. Visiones actuales*. Madrid: Alianza.

Martinko, M.J. y Gardner, W.L. (1982) "Learned helplessness: An alternative explanation for performance deficits", *The Academy of Management Review*, 7(2), pp. 195-204.

Masterson, S.S., Lewis, K., Goldman, B.M. y Taylor, M.S. (2000) "Integrating justice and social exchange: The differing effects of fair procedures and treatment on work relationships", *Academy of Management Journal*, 43(4), pp. 738-748.

Mathieu, J.E. y Zajac, D.M. (1990) "A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment", *Psychological Bulletin*, 108(2), pp. 171- 194.

Matos, E. y Pires, D. (2006) "Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem", *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(3), pp. 508-514.

Mayer, R.C., Davis, J.H. y Schoorman, F.D. (1995) "An integrative model of organizational trust", *The Academy of Management Review*, 20(3), pp. 709-734.

McCarthy, G., Tyrrell, M. y Lehane E. (2007) "Intention to leave or stay in nursing", *Journal of Nursing Management*, 15(3), pp. 248- 255.

McClelland, D. y Burnham, D. (2004) "El poder es el gran motivador". En Harvard Business Review. *La motivación de personas*. Barcelona: Deusto.

McConnell C. (2000) "The changing face of health care management", *Health Care Manager*, 18(3), pp. 1-17.

McDougle, L.M. (2006) *Understanding and maintaining ethical values in the public sector through an integrated approach to leadership*. Disponible en <http://www.ipa.udel.edu/3tad/papers/workshop6/McDougle.pdf> [Consultado el 18 octubre 15].

McGowan, B. (2001) "Self-reported stress and its effects on nurses", *Nursing Standard*, 15(42), pp. 33-38.

McGregor, D. (1996) *El lado humano de las organizaciones*. Colombia: McGraw-Hill.

McGuire, E. y Kennerly, S.M. (2006) "Nurse managers as transformational and transactional leaders", *Nursing Economics*, 24(4), pp. 179-185.

McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D. y Aiken, L. (2011) "Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care", *Health Affairs*, 30, pp. 202-210.

Medway, R.L. y Fulton, J. (2012). "When more gets you less: A meta-analysis of the effects of concurrent web options on mail survey response rates", *Public Opinion Quarterly*, 76(4), pp.733-766.

Meier, K. y Bohte, J. (2000) "Ode to Luther Gulick: Span of control and organizational performance", *Administration & Society*, 32(2), pp. 115-137.

Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1989) "El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4(11), pp. 179-187.

- Menezes, M. J., Oliveira, M., Guimarães, E., Alves, M. y Lopes, M.C. (2008) "Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil", *Saúde e Sociedade*, 17(2), pp. 45-57.
- Meng, L., Liu, Y., Liu, H., Hu, Y., Yang, J. y Liu, J. (2015) "Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, intent to stay and burnout in nursing field in mainland China-based on a cross-sectional questionnaire research", *International Journal of Nursing Practice*, 21(3), pp. 303-312.
- Messer, B.L. y Dillman, D.A. (2011) "Surveying the general public over the internet using address-based sampling and mail contact procedures", *Public Opinion Quarterly*, 75(3), pp. 429-457.
- Meterko, M., Mohr, D.C. y Young, G.J. (2004) "Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals", *Medical Care*, 42(5), pp. 492-498.
- Meyer, J.P. y Allen, N.J. (1984) "Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: Some methodological considerations", *Journal of Applied Psychology*, 69(3), pp. 372-378.
- Meyer, J.P., Paunonen, S.V., Gellatly, I.R., Goffin, R.D. y Jackson, D.N. (1989) "Organizational commitment and job performance: it's the nature of the commitment that counts", *Journal of Applied Psychology*, 74(1), pp. 152-156.
- Meyer, J.P. y Allen, N.J. (1991) "A three-component conceptualization of organizational commitment", *Human Resource Management Review*, 1(1), pp. 61-89.
- Meyer, J. y Herscovitch, L. (2001). "Commitment in the workplace: toward a general model", *Human Resource Management Review*, 11(3), pp. 299-326.
- Miao, R. y Kim H. (2010) "Perceived Organizational Support, job Satisfaction and employee performance: An Chinese empirical study", *Journal of Service Science & Management*, 3(2), pp. 257-264.
- Miller, N.E. (1941) "The frustration-Aggression hypotesis", *Psychological Review*, 48(4), pp. 337-342.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016) *Catálogo Nacional de Hospitales 2016*. Disponible en: www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/.../hospitales/docs/CNH2016.pdf [Consultado el 12 noviembre 2016].
- Mintzberg, H. (1975) "The manager's job: Folklore and fact", *Harvard Business Review*, 53(4), pp. 49-61.
- Mintzberg, H. (1983) *La naturaleza del trabajo directivo*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H. (1991) *Mintzberg y la Dirección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mintzberg, H. (2002) *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Mintzberg, H. (2005) *Directivos, no MBAs. Una visión crítica de la dirección de empresas y la formación empresarial*. Barcelona: Deusto.
- Mirabel-Chambau, E., N'Guyen, M., Valdeyron, M.L., Quessada, T., Goudable, J., Loras-Duclaux, I., Marotte, S., Heissat, S., Restier, L., Lachaux, A. y Peretti, N. (2016) "Dramatic increase of central venous catheter-related infections associated with a high turnover of the nursing team", *Clinical Nutrition*, 35(2), pp. 446-452.

Mitchell, T., Holtom, B.C., Lee, T.W., Sablinski, C.J. y Erez, M. (2001) "Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover", *The Academy of Management Journal*, 44(6), pp. 1102-1121.

Mobley, W.H. (1977) "Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover", *Journal of Applied Psychology*, 62(2), pp. 237-240.

Mobley, W.H., Horner, S.O. y Hollingsworth, A.T. (1978) "An evaluation of precursors of hospital employee turnover", *Journal of Applied Psychology*, 63(4), pp. 408-414.

Mobley, W.H., Griffeth, R., Hand, H.H. y Meglino, B.M. (1979) "A review and conceptual analysis of the employee turnover process", *Psychological Bulletin*, 86(3), pp. 493-522.

Moideenkutty, U., Blau, G. Al-Mandhari, A. (2008) "Quality of relationship with supervisor and work exhaustion among nurses", *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 8(3), pp. 275-282.

Molm, L. D., Peterson, G., & Takahashi, N. (2001). "The value of exchange.", *Social Forces*, 80, pp.159-185.

Mompарт, M.P. (2003) *Enfermería. Administración de servicios de enfermería*. Barcelona: Masson.

Montani, F., Courcy, F., Giorgi, G. y Boilard, A. (2015) "Enhancing nurses' empowerment: the role of supervisors' empowering management practices", *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), pp. 2129-2141.

Montoro-Rodríguez, J. y Small, J. (2006) "The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care", *Journal of Aging and Health*, 18(3), pp. 385-406.

Moorman, R.H. (1991) "Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship?", *Journal of Applied Psychology*, 76(6), pp. 845-855.

Moorman, R.H., Blakely, G.L. y Niehoff, B. P. (1998) "Does perceived organizational support mediate the relationship between procedural justice and organizational citizenship behavior?", *Academy of Management Journal*, 41(3), pp. 351-357.

Morano, R. y Albar, M. J. (2009) "Competencias de los supervisores de enfermería hospitalaria para el manejo del estrés en sus unidades", *Tesela* (5). Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts7031.php>. [Consultado el 10 noviembre 2015].

Moritz, P., Hinshaw, A.S. y Heinrich, J. (1989) "Nursing resources and the delivery of the patient care: the national centre for nursing research perspective", *Journal of Nursing Administration*, 19(5), pp. 12-17.

Morris, J.H. y Sherman, J.D. (1981) "Generalisability of an Organizational Commitment model", *The Academy of Management Journal*, 24(3), pp. 512-526.

Morrison, R.S., Jones, L. y Fuller, B. (1997) "The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses", *Journal of Nursing Administration*, 27(5), pp. 27-34.

Morrow, P.C., Suzuki, Y., Crum, M.R. y Pautsch, R. (2005) "The role of leader-member exchange in high turnover work environments", *Journal of Managerial Psychology*, 20(8), pp. 681-694.

- Mossholder, K.W., Settoon, R.P. y Henagan, S.C. (2005) "A relational perspective on turnover: Examining structural, attitudinal and behavioral predictors", *The Academy of Management Journal*, 48(4), pp. 607-618.
- Motowidlo, S.J. y van Scotter, J.R. (1994) "Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance", *Journal of Applied Psychology*, 79(4), pp. 475-480.
- Mottaz, C.J., (1988) "Determinants of organizational commitment", *Human Relations*, 41(6), pp. 467-482.
- Mowday, R.T., Steers, R.M. y Porter, L.W. (1979) "The measurement of organizational commitment", *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), pp. 224-247.
- Mullarkey, M., Duffy, A. y Timmins, F. (2011) "Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review", *Nursing in Critical Care*, 16(2), pp. 85-91.
- Naughton, M. y Nolan, M. (1998) "Developing nursing's future role: a challenge for the millennium", *British Journal of Nursing*, 7(16), pp. 983-986.
- Nava, M.G., Hernández, M., Hernández, A., Pérez, M.T., Hernández, M.G., Matus, R. y Balseiro, C.L. (2013) "Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud", *Archivos de Neurociencias (Mex)*, 18(Supl-I), pp. 16-21.
- Nayebi, A.A. y Aghaie, A. (2014) "The relationship between psychological empowerment and organizational citizenship behavior in the employees with bank Melli in Golestan Province", *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 3(SP), pp. 69-74.
- Nedd, N. (2006) "Perceptions of empowerment and intent to stay", *Nursing economics*, 24(1), pp. 13-18.
- Newman, K., Maylor, U. y Chansarkar, B. (2002) "The nurse satisfaction. Service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention", *Journal of Management in Medicine*, 16(4-5), pp. 271-292.
- Nystrom, P. (1990) "Vertical exchanges and organizational commitments of American Business managers", *Group & Organisation Studies*, 15(3), pp. 296-312.
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Laschinger, H., North, N. y Stone, P. (2006) "The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study", *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3), pp. 169-179.
- O'Reilly, C.A. y Chatman, J., (1986) "Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior", *Journal of Applied Psychology*, (71)3, pp. 492-499.
- Orgambidez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., Vázquez-Aguado, O. y March-Amegual, J. (2017) "Structural empowerment and burnout among Portuguese nursing staff: An explicative model", *Journal of Nursing Management*, 25(8), pp. 616-623.
- Organ, D.W. y Konovsky, M.A. (1989) "Cognitive versus affective determinants of organizational citizenship behaviour", *Journal of Applied Psychology*, 74(1), pp. 157-164.

Organ, D.W. y Ryan, K. (1995) "A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior", *Personnel Psychology*, 48(4), pp. 775-802.

Organ, D.W. (1997). "Organizational citizenship behavior: It's construct cleanup time", *Human Performance*, 10(2), pp. 85-97.

Ortega, V. (2003) Adaptación al castellano de la versión abreviada de Survey of Perceived Organizational Support. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/277715040_Adaptacion_al_castellano_de_la_version_abreviada_de_Survey_of_Perceived_Organizational_Support [Consultado el 12 febrero 2016].

Ortún, V. (2003) *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson.

Ovretveit, J. (2005) "Leading improvement", *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), pp. 413-430.

Ozer, M. (2008) "Personal and task-related moderators of leader-member exchange among software developers", *Journal of Applied Psychology*, 93(5), pp. 1174-1182.

Pacheco, E. (coor.). (1995) *Administración de los servicios de enfermería*. Madrid: Síntesis.

Paglis, L.L. y Green, S.G. (2002) "Both Sides Now: Supervisor and Subordinate Perspectives on Relationship Quality", *Journal of Applied Social Psychology*, 32(2), pp. 250-276.

Palese, A., Pantali, G. y Saiani, L. (2006) "The management of a multigenerational nursing team with differing qualifications: A qualitative study", *The Health Care Manager*, 25(2), pp. 173-193.

Palomo, M.T. (2007) *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. 4ª ed. Madrid: ESIC.

Paquet, M., Courcy, F., Lavoie-Tremblay, M., Gagnon, S. y Maillet, S. (2013) "Psychosocial work environment and prediction of quality of care indicators in one canadian health center", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(2), pp. 82-94.

Parasuraman, S., Greenhaus, J.H. y Granrose, C.S. (1992) "Role stressors, social support, and well-being among two-career couples", *Journal of Organizational Behavior*, 13(4), pp. 339-356.

Pariente, J.L. (2009) "Algunas reflexiones en torno al concepto del liderazgo". En: Mendoza, J. y Garza, L. (eds.). *Procesos de cambio y desarrollo organizacional*. Aguascalientes (México): Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Park, J.S., Park, B.N. (2008) "The Influence of Empowerment on Job Satisfaction, Task Performance and Turnover Intention by Hospital Nurses", *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 14(2), pp. 150-158.

Parrado, S. (2001) "El liderazgo y la gestión directiva en las organizaciones públicas: el estado de la cuestión". En Olías de Lima, B. (coord.). *La Nueva Gestión Pública*. Madrid: Prentice Hall.

Parsons, M. y Cornett, P. (2011) "Sustaining the pivotal organizational outcome: magnet recognition", *Journal of Nursing Management*, 36, pp. 277-289.

- Patton, P. y Pawar, M. (2012) "New clinical executive models: one system's approach to chief nursing officer-chief medical officer co-leadership", *Nursing Administration Quarterly*, 36(4), pp. 320-324.
- Patz, J., Biordi, D. y Holm, K. (1991) "Middle nurse manager effectiveness", *Journal of Nursing Administration*, 21(1), pp. 15-24.
- Pérez, E. y Oteo, L.A. (ed.). (2006) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Petty, M., McGee, G. y Cavender, J. (1998) "A meta-analysis of the Relationships between individual job satisfaction and individual performance", *Academy of Management Review*, 9(4), pp. 712-721.
- Pitt, L., Foreman, S.K. y Bromfield, D. (1995) "Organizational commitment and service delivery: evidence from an industrial setting in the UK", *The International Journal of Human Resource Management*, 6(2), pp. 369-389.
- Plagis, L.L. y Green, S.G. (2002) "Both sides now: supervisor and subordinate perspectives on relationship quality", *Journal of Applied Social Psychology*, 32(2), pp. 250-276.
- Podsakoff, P.M., Mackenzie, S.B., Moorman, R.H. y Fetter, R. (1990) "Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors", *The Leadership Quarterly*, 1(2), pp. 107-142.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Paine, J.B. y Bachrach, D.G. (2000) "Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research", *Journal of Management*, 26(3), pp. 513-563.
- Podsakoff, P., MacKenzie, S., Lee C. y Podsakoff N. (2003) "Common method biases in behavioral research", *Journal of Applied Psychology*, 88(5), pp. 879-903.
- Pohl, S. Battistelli, A. y Librecht, J. (2013) "The impact of perceived organizational support and job characteristics on nurses' organizational citizenship behaviours", *International Journal of Organization Theory & Behavior*, 16(2), pp. 193-207.
- Polit, D y Hungler, B. (1995) *Investigación científica en las ciencias de salud*. 5ª ed. México. McGraw - Hill.
- Pons, F.J. y Ramos J. (2012) "Influencia de los Estilos de Liderazgo y las Prácticas de Gestión de RRHH sobre el Clima Organizacional de Innovación", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 28(2), pp. 81-98.
- Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T. y Boulian, P.V. (1974) "Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians", *Journal of Applied Psychology*, 59(5), pp. 603-609.
- Portoghese, I., Galletta, M., Battistelli, A., Saiani, L., Penna, M.P. y Allegrini, E. (2012) "Change-related expectations and commitment to change of nurses: the role of leadership and communication", *Journal of Nursing Management* 20(5), pp. 582-591.

Portoghese, I., Galletta, M., Battistelli y Leiter, M.P. (2015) "A multilevel investigation on nursing turnover intention: the cross-level role of leader-member exchange", *Journal of Nursing Management*, 23(6), pp. 754-764.

Postmes, T., Tanis, M. y de Wit, B. (2001) "Communication and commitment in organizations: A social identity approach", *Group Processes & Intergroup Relations*, 4(3), pp. 227-246.

Prieto, M.A., Suess, A. y March, J.C. (2005) "De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional", *Enfermería Clínica*, 15(6), pp. 315-322.

Purdy, N., Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Kerr, M., Olivera, F. (2010) "Effects of work environments on nurse and patient outcomes", *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 901-913.

Qaisar, M.U., Rehman, M.S. y Suffyan, M. (2012) "Exploring effects of organizational commitment on employee performance: implications for human resource strategy", *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(11), pp. 248-255.

Queensland Government (2013) "The nurse executive role in quality and high performing health services-Queensland Health", disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/nmoq/documents/nurrseexecpos.pdf> [Consultado el 17 abril 2015].

RAE (2014) *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed.

Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. y Aiken, L. (2007) "Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records", *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), pp. 175-182.

Rajkumar, P. y Bhuvanewari, G. (2015) "Employee empowerment and employee turnover intention-an empirical analysis in life insurance sector", *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 13(8), pp. 6295-6307.

Ramrup, N. y Pacis, M. (2008) "The relationship between job satisfaction and job-related stress and how it influences retention to leave oncology nursing", *Oncology Nursing Forum*, 35, pp. 538-554.

Randsley, G., Abrams, D., Retter, C., Gunnarsdottir, S. y Ando, K. (2009) "Identification as an organizational anchor: How identification and job satisfaction combine to predict turnover intention", *European Journal of Social Psychology*, 39(4), pp. 540-557.

Registered Nurses' Association of Ontario (2006) *Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en enfermería*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Reichers, A.E. (1985) "A review and reconceptualization of organizational commitment", *Academy of management review*, 10(3), pp. 465-476.

Rhoades, L., Eisenberger, R. y Armeli, S. (2001) "Affective commitment to the organization: The contribution of perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, 86(5), pp. 825-836.

Rhoades, L. y Eisenberger, R. (2002), "Perceived organizational support: a review of the literature", *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 698-714.

- Rhodes, S.R. y Steers, R.M. (1981) "Conventional vs. worker-owned organizations", *Human Relations*, 34(12), pp. 1013-1035.
- Richardson, A. y Storr, J. (2010) "Patient safety: a literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration", *International Nursing Review* 57(1), pp. 12-21.
- Riggle, R.J., Edmondson, D.R. y Hansen, J.D. (2009) "A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research", *Journal of Business Research*, 62(10), pp. 1027-1030.
- Ricketta, M. (2008) "The causal relation between job attitudes and performance: A meta-analysis of panel studies", *Journal of Applied Psychology*, 93(2), pp. 472-481.
- Robbins, S. (1998) *Comportamiento Organizacional*. 8ª ed. México: Prentice.
- Robles, M., Dierssen, T. Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A. R. y Llorca, J. (2005) "Variables relacionadas con las satisfacción laboral: un estudio trasversal a partir del modelo EFQM", *Gaceta Sanitaria*, 19(2), pp. 127-134.
- Robson, A. y Robson, F. (2015) "Do nurses wish to continue working for the UK National Health Service? A comparative study of three generations of nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), pp. 65-77.
- Robson, A. y Robson, F. (2016) "Investigation of nurses' intention to leave: a study of a sample of UK nurses", *Journal of Health Organization and management*, 30(1), pp. 154-173.
- Rodríguez, V. (2009) "Liderazgo de administradores de enfermería en la toma de decisiones y la comunicación departamento de pediatría hospitalaria Dr Pastor Oropeza Riera" *Biblioteca Lascasas*, 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0416.php> [Consultado el 17 octubre 2015].
- Rodwell, J., McWilliams, J. y Gulyas, A. (2017) "The impact of characteristics of nurses' relationships with their supervisor, engagement and trust, on performance behaviours and intent to quit", *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), pp. 190-200.
- Rogers, L.G. (2005) "Why trust matters: the nurse manager-staff nurse relationship", *Journal of nursing administration*, 35(10), pp. 421-423.
- Rousseau, D.M. (1989), "Psychological and implied contracts in organizations", *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2(2), pp. 121-139.
- Rousseau, D.M. (1990) "New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts", *Journal of Organizational Behavior*, 11(5), pp. 389-400.
- Rowden, R. (2002) "The relationship between workplace learning and job satisfaction in U.S. small midsize businesses", *Human Resource Development Quarterly*, 13, pp. 407-425.
- Ruchlin, H., Dubbs, N. y Callahan, M. (2004) "The role of leadership in instilling a culture of safety: lessons from the literature", *Journal of Healthcare Management*, 49(1), pp. 47-58.

Rusbult, C.E. y Farrell, D. (1983) "A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of variations in rewards, costs, alternatives, and investments", *Journal of Applied Psychology*, 68(3), pp. 429-438.

Ruzafa, M., Madrigal, M., Velandrino, A. y López, L. (2008) "Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses", *Gaceta Sanitaria*, 22(5), pp. 434-442.

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. y Titchen, A. (2004) "An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice", *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), pp. 913-924.

Saavedra, I. (1998) *Motivación y satisfacción*. Madrid: Pirámide.

Saber, D.A. (2014) "Frontline registered nurse job satisfaction and predictors over three decades: a meta-analysis from 1980 to 2009", *Nursing Outlook*, 62(6), pp. 402-414.

Salgado, E., Molina, C., Orjuela, R. y Pérez, C. (2002) "¿Tiene algún efecto la rosca? Efectos del liderazgo intercambio líder-miembro en la organización", *Academia. Revista Latinoamericana de Administración*, 28, pp. 27-50.

Sallenave, J.P. (1994) *La Gerencia Integral*. Colombia: Norma

Salvadores, P., Sánchez, F. M. y Jiménez, R. (2002) *Manual de Administración de los Servicios de Enfermería*. Barcelona: Ariel.

Scandura T.A. y Graen G.B. (1984) "Moderating effects of initial leader-member exchange status on the effects of a leadership intervention", *Journal of Applied Psychology* 69(3), pp. 428-436.

Scandura, T.A., Graen, G.B. y Novak, M.A. (1986) "When managers decide not to decide autocratically: An investigation of leader-member exchange and decision influence", *Journal of Applied Psychology*, 71(4), pp. 579-584.

Schriesheim, C.A., Castro, S. L. y Cogliser, C.C. (1999). "Leader-member exchange (LMX) research: A comprehensive review of theory, measurement, and data-analytic practices", *Leadership Quarterly*, 10(1), pp. 63-113.

Schriesheim, C.A., Castro, S.L. y Yammarino, F. (2000) "Investigating contingencies: An examination of the impact of span of supervision and upward controllingness on leader-member exchange using traditional and multivariate within- and between-entities analysis", *Journal of Applied Psychology*, 85(5), pp. 659-677.

Schyns, B., Torka, N., Gössling, T. (2007) "Turnover intention and preparedness for change: exploring leader-member exchange and occupational self-efficacy as antecedents of two employability predictors", *Career Development International*, 12(7), pp. 660-679.

Schyns, B. y Day, D. (2010) "Critique and review of leader-member exchange theory: issues of agreement, consensus, and excellence", *European journal of work and organizational psychology*, 19(1), pp. 1-29.

Scotti, D.J., Harmon, J. y Behson, S.J. (2007) "Links among high-performance work environment, service quality and customer satisfaction: an extension to the healthcare sector", *Journal of Healthcare Management*, 52(2), pp. 109-125.

- Seers, A. y Graen, G.B. (1984) "The dual attachment concept: A longitudinal investigation of the combination of task characteristics and leader-member exchange", *Organizational Behavior and Human Performance*, 33(3), pp. 283-306.
- Seibert, S.E., Silver, S.R. y Randolph, W.A. (2004) "Taking empowerment to the next level: A multiple-level model of empowerment, performance, and satisfaction", *Academy of Management Journal*, 47(3), pp. 332-349.
- Self, D.R., Armenakis, A.A. y Schraeder, M. (2007) "Organizational change content, process, and context: a simultaneous analysis of employee reactions", *Journal of Change Management*, 7(2), pp. 211-229.
- Settoon, R.P., Bennett, N. y Liden, R.C. (1996) "Social exchange in organizations: Perceived organizational support, leader-member exchange, and employee reciprocity", *Journal of Applied Psychology*, 81(3), pp. 219-227.
- Shacklock, K. y Brunetto, Y. (2012) "The intention to continue nursing: work variables affecting three nurse generations in Australia", *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), pp. 36-46.
- Sheahan, M., Duke, M. y Nugent, P. (2007) "Leadership in nursing", *Australian Nursing Journal*, 14(7), pp. 28.
- Sheridan J.E. y Abelson M.A. (1983) "Cusp catastrophe model of employee turnover", *Academy of Management Journal* 26(3), pp. 418-436.
- Shields, M.A. y Ward, M. (2001) "Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intention to quit", *Journal of Health Economics*, 20(5), pp. 677-701.
- Shore, L.M. y Tetrick, L.E. (1991) "A construct validity study of the survey of perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, 76(5), pp. 637-643.
- Shore, L.M. y Wayne, S.J. (1993) "Commitment and employee behavior: Comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, 78(5), pp. 774-780.
- Shore, L.M. Y Shore, T.H. (1995) "Perceived organizational support and organizational justice". En: Cropanzano, R. y Kacmar, K.M. (eds.).(1995) *Organizational politics, justice, and support: Managing social climate at work*. Westport, CT: Quorum Press.
- Shortell, S.M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., Knaus, W.A. y Duffy, J. (1994) "The performance of intensive care units: Does good management make a difference?", *Medical Care*, 32(5), pp. 508-525.
- Sias, P.M. (1996) "Constructing perceptions of differential treatment: An analysis of coworker discourse", *Communication Monographs*, 63(2), pp. 171-187.
- Simons, S. (2008) "Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization", *Advances in Nursing Science*, 31(2), pp. 48-59.

Sin, H., Nahrgang, J.D. y Morgeson, F.P. (2009) "Understanding Why They Don't See Eye to Eye: An Examination of Leader-Member Exchange (LMX) Agreement", *Journal of Applied Psychology*, 94(4), pp. 1048-1057.

Sluss, D., Klimchak, M. y Holmes, J.J. (2008) "Perceived organizational support as a mediator between relational Exchange and organizational identification", *Journal of Vocational Behavior*, 73(3), pp. 457-464.

Smith, C.A., Organ, D., W. y Near, J.P. (1983) "Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents", *Journal of Applied Psychology*, 68(4), pp. 653-663.

Smith, S.L., Manfredi, T., Hagos, O., Drummond-Huth, B. y Moore, P.D. (2006) "Application of the clinical nurse leader role in an acute care delivery model", *Journal of Nursing Administration*, 36(1), pp. 29-33.

Smith G.P. (2000) "Keeping good employees means having good managers". Disponible en: <http://www.managerwise.com/article.phtml?id=32> [Consultado el 21 abril 2016].

Smith, T., Capitolo, K.L., Quinn Griffin, M.T. y Fitzpatrick, J.J. (2012) "Structural empowerment and anticipated turnover among behavioural health nurses", *Journal of Nursing Management*, 20(5), pp. 679-684.

Sparr, J.L. y Sonnentag, S. (2008) "Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), pp. 198-225.

Sparrowe R.T. (1994) "Empowerment in the hospital industry: an exploration of antecedents and outcomes", *Hospitality Research Journal*, 17(3), pp. 51-73.

Sparrowe, R.T. y Liden, R.C. (1997) "Process and structure in leader-member exchange", *The Academy of Management Review*, 22(2), pp. 522-552.

Sparrowe, R.T. y Liden, R.C. (2005) "Two routes to influence: Integrating leader-member exchange and social network perspectives", *Administrative Science Quarterly*, 50(4), pp. 505-535.

Spector, P.E. (1994) "Using self-reported questionnaires in OB research: a comment on the use of a controversial method", *Journal of Organizational Behavior*, 15(5), pp. 385-392.

Spreitzer, G.M. (1995) "Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation", *Academy of Management Journal*, 38(5), pp. 1442-1465.

Spreitzer, G. (1996) "Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment", *Academy of Management Journal*, 39(2), pp. 483-504.

Spreitzer, G.M., Kizilos, M.A. y Nason, S.W. (1997) "A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain", *Journal of Management*, 23(5), pp. 679-704.

Spreitzer, G. (2007) "Taking stock: a review of more than twenty years of research on empowerment at work". En: Cooper C. y Barling J. (eds.). *The Handbook of Organizational Behaviour*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H.K. y Doran D. (2010) "The link between leadership and safety outcomes in hospitals", *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 914-925.

- Steel, R.P. y Ovalle, N.K. (1984) "A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioral intentions and employee turnover", *Journal of Applied Psychology*, 69(4), pp. 673-686.
- Steers, R.M. (1977) "Antecedents and outcomes of organizational commitment", *Administrative Science Quarterly*, 22(1), pp. 46- 56.
- Stodgill, R. M. (1950) "Leadership, membership and organization", *Psychological Bulletin*, 47(1), pp. 1-14.
- Stokols, D., Harvey, R., Gress, J., Fuqua, J. y Phillips, K. (2005) "In vivo studies of transdisciplinary scientific collaboration Lessons learned and implications for active living research", *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2S2), pp. 202-213.
- Stone, P.W., Mooney-Kane, C., Larson, E.L., Horan, T., Glance, L.G, Zwanziger, J. y Dick, A.W. (2007) "Nurse working conditions and patient safety outcomes", *Medical Care*, 45(6), pp. 571-578.
- Stoner, J., Freeman R., y Gilbert, D. (1996) *Administración*. 6ª ed. México: Prentice Hall.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C. y D'hoore, W. (2000) "Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments", *Nursing Research*, 49(1), pp. 37-43.
- Talbert, T. (2012) "The role of the nurse executive in fostering and empowering the advanced practice registered nurse", *Nursing Clinics of North America*, 47(2), pp. 261-267
- Tangirala, S., Green, S.G. y Ramanujam, R. (2007) "In the shadow of the boss's boss: effects of supervisors' upward exchange relationships on employees", *Journal of Applied Psychology*, 92(2), pp. 309-320.
- Tannenbaum, R. y Schmidt, W.H. (1958) "How to choose a Leadership pattern", *Harvard Business Review*, 36, pp. 95-102.
- Tansky, J.W. y Cohen, D.J. (2001) "The relationship between organizational support, employee development, and organizational commitment: an empirical study", *Human Resource Development Quarterly*, 12(3), pp. 285-300.
- Taunton, R.L., Boyle, D.K., Woods, C.Q., Hansen, H.E. y Bott, M.J. (1997), "Manager Leadership and Retention of Hospital staff nurses", *Western Journal of Nursing Research*, 19(2), pp. 205-226.
- Teas, R.K. (1981) "A Test of a Model of Department Store Salespeople's Job Satisfaction", *Journal of Retailing*, 57(1), pp. 3-25.
- Tekleab, A.G. y Taylor, M.S. (2003) "Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization-employee agreement on contract obligations and violations", *Journal of Organizational Behavior*, 24(5), pp. 585-608.
- Tekleab, A.G., Takeuchi, R. y Taylor, M.S. (2005) "Extending the chain of relationships among organizational justice, social exchange, and employee reactions: The role of contract violations", *Academy of Management Journal*, 48(1), pp. 146-157.
- Tepper, B.J., Duffy, M.K., Hoobler, J.M. y Ensley, M.D. (2004) "Moderators of the relationships between coworkers' organizational citizenship behavior and fellow employees' attitudes", *Journal of Applied Psychology*, 89(3), pp. 455-465.

Terman, L.M. (1904). "A preliminary Study of the psychology and Pedagogy of Leadership", *Journal of Genetic Psychology*, 11(4), pp. 413-451.

Tett, R.P. y Meyer, J.P. (1993) "Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings", *Personnel Psychology*, 46(2), pp. 259-293.

The Kings Fund (2011) *The Future of Leadership and Management in the NHS: No More Heroes*. The King's Fund, London.

Thomas, K.W. y Velthouse, B.A. (1990) "Cognitive elements of empowerment: an "interpretive" model of intrinsic task motivation", *The Academy of Management Review*, 15(4), pp. 666-681.

Thompson, D.N., Hoffman, L.A., Sereika, S.M., Lorenz, H.L., Wolf, G.A., Burns, H.K., Minnier, T.E. y Ramanujam, R. (2011) "A relational leadership perspective on unit-level safety climate", *Journal of Nursing Administration*, 41(11), pp. 479-487.

Tichy, N.M. y DeRose, C. (2007) "La opinión de los líderes de primera línea". En Hesselbein, F. y Goldsmith, M. (eds.). *El líder del futuro 2*. Barcelona: Deusto.

Tierney, P., Farmer, S. y Graen, G. (1999) "An examination of leadership and employee creativity: The relevance of traits and relationships", *Personnel Psychology*, 52(3), pp. 591-620.

Top, M. y Gider, O. (2013) "Interaction of organizational commitment and job satisfaction of nurses and medical secretaries in Turkey", *The International Journal of Human Resource Management*, 24(3), pp. 667-683.

Tordera, M.N. (2002). *Liderazgo, clima y respuestas afectivas en equipos de atención primaria. Un estudio longitudinal*. Tesis inédita. Universitat de València.

Tordera, N. y González-Romá, V. (2011) "Liderazgo relacional: calidad de la relación de intercambio líder-miembros (LMX)". En: Molero, f. y Morales, J.F. (coords.). *Liderazgo. Hecho y ficción. Visiones actuales*. Madrid: Alianza.

Tourangeau, A.E., Cummings, G., Cranley, L.A., Ferron, E.M. y Harvey, S. (2010) "Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding", *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 22-32.

Trevor, C. (2001) "Interaction among actual ease-of-movement determinants and job satisfaction in the prediction of voluntary turnover", *Academy of Management Journal*, 44(4), pp. 621-638.

Trybou, J., De Pourcq, K., Paeshuyse, M. y Gemmel, P. (2014) "The importance of social exchange to nurses and nurse assistants: impact on retention factors", *Journal of Nursing Management*, 22(5), pp. 563-571.

Tsai, Y. y Wu, S.W. (2010) "The relationships between organisational citizenship behaviour, job satisfaction and turnover intention", *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), pp. 3564-3574.

Tsui, A.S. Pearce, J.L. Porter, L.W. y Tripoli, A.M. (1997) "Alternative approaches to the employee-organization relationship: Does investment in employees pay off?", *Academy of Management Journal*, 40(5), pp. 1089-1121.

- Tumwesigye, G. (2010) "The relationship between perceived organizational support and turnover intentions in a developing country: the mediating role of organizational commitment", *African Journal of Business Management*, 4(6), pp. 942-952.
- Ugboro, I. y Obeng, K. (2000) "Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction, and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study", *Journal of Quality Management*, 5(2), pp. 247-272.
- Ulrich, D. y Smallwood, N. (2007) "El liderazgo como marca". En Hesselbein, F. y Goldsmith, M. (ed.), *El líder del futuro 2. Visiones, estrategias e ideas para los nuevos tiempos*. Barcelona: Deusto.
- Upenieks, V. (2002) "Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals", *Journal of Nursing Administration*, 32(11), pp. 564-576.
- Upenieks, V. (2003) "What constitutes effective leadership? Perceptions of Magnet and non-Magnet nurse leaders", *Nursing Administration Quarterly*, 33(9), pp. 456-457.
- Urcola, J.L. (1998) *Dirigir personas en tiempos de cambio*. Madrid: ESIC.
- Vacas, M. (2009) "La dimensión ética del liderazgo en la dirección de los cuidados", *Tesela* (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts7008.php>. [Consultado el 18 octubre 2015].
- Vagharseyyedin, S.A. (2016) "An integrative review of literature on determinants of nurses' organizational commitment", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), pp. 107-117.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. y Vargas, D. (2004) "Nurse burnout and patient satisfaction", *Medical Care*, 42(2), pp. 57-66.
- Valderrama, B. (2010) *Motivación inteligente. El impulso para lograr tus metas*. Madrid: Pearson.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M., Vanheusden, D. y Clarke, S.P. (2013) "The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: across-sectional survey", *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), pp. 1667-1677.
- Van Breukelen, W., Konst, D. y Van Der Vlist, R. (2002) "Effects of LMX and differential treatment on work unit commitment", *Psychological Reports*, 91(1), pp. 220-230.
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., y Sermeus, W. (2013) "Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study", *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 185-194.
- Van Dyne, L. y LePine, J.A. (1998) "Helping and voice extra-role behaviors: Evidence of construct and predictive validity", *Academy of Management Journal*, 41(1), pp. 108-119.
- Van Fleet, D. (1983) "Span of management research and issues", *Academy of management Journal*, 26(3), pp. 546-552.

Van Schalkwyk, L., Els, C. y Rothmann, S. (Jr). (2011) "The moderating role of perceived organizational support in the relationship between workplace bullying and turnover intention across sectors in South Africa", *SA Journal of Human Resource Management*, 9(1), pp. 1-13.

Vandenberg, R.J., Richardson, H.A. y Eastman, L.J. (1999) "The impact of high involvement work processes on organizational effectiveness. A second-order latent variable approach", *Group & Organization Management*, 24(3), pp. 300-339.

Varona, M.F. (1993) "Conceptualización y supervisión de la comunicación y el compromiso organizacional", *Diálogos de la Comunicación*, 35, pp. 68-77.

Vecchio, R. y Gobdel, B. (1984) "The vertical dyad linkage model of leadership: problems and prospects", *Organizational Behavior and Human Performance*, 34(1), pp. 5-20.

Vesterinen, S., Isola, A. y Paasivaara, L. (2009) "Leadership styles of finnish nurse managers and factors influencing it", *Journal of Nursing Management*, 17(4), pp. 503-509.

Vilallonga, M. (Coor.) (2003) *Coaching directivo: desarrollando el liderazgo. Fundamentos y práctica del coaching*. Barcelona: Ariel.

Villanueva, D. y Djurkovic, N. (2009) "Occupational stress and intention to leave among employees in small and medium enterprises", *International Journal of Stress Management*, 16(2), pp. 124-137.

Viswesvaran, C., Sánchez, J. I. y Fisher, J. (1999) "The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis", *Journal of Vocational Behavior*, 54(2), pp. 314-334.

Vogus, T.J. y Sutcliffe, K.M. (2007) "The safety organizing scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units", *Medical Care*, 45(1), pp. 46-54.

Volmer, J., Niessen, C., Spurk, D., Linz, A. y Abele, A.E. (2011) "Reciprocal relationships between leader-member exchange (LMX) and job satisfaction: A cross-lagged analysis", *Applied Psychology: An International Review*, 60(4), pp. 522-545.

Wakabayashi, M., Graen, G., Graen, M. y Graen, M. (1988) "Japanese management progress: Mobility into middle management", *Journal of Applied Psychology*, 73(2), pp. 217-227.

Wagner, C.M. (2007) "Organizational commitment as a predictor variable in nursing turnover research: literature review", *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), pp. 235-247.

Wagner, J.I., Cummings, G., Smith, D.L., Olson, J., Anderson, L. y Warren, S. (2010) "The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review", *Journal of Nursing Management*, 18(4), pp. 448-462.

Walton, R.E. (1985) "From control to commitment in the workplace", *Harvard Business Review*, 63(2), pp. 77-84.

Wang, S. y Liu, Y. (2015) "Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling", *Journal of Nursing Management*, 23(3), pp. 287-296.

Warshawsky, N. y Havens, D. (2011) "Global use of the practice environment scale of the nurse work index", *Nursing Research*, 60(1), pp. 17-31.

Wat, D. y Shaffer, M.A. (2005) "Equity and relationship quality influences on organizational citizenship behaviors: The mediating role of trust in the supervisor and empowerment", *Personnel Review*, 34(4), pp. 406-422.

Wayne, S.J. y Green, S.A. (1993) "The effects of leader-member exchange on employee citizenship behavior and impression management behaviour", *Human Relations*, 46(12), pp. 1431-1440.

Wayne, S.J., Shore, L.M. y Liden, R.C. (1997) "Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective", *The Academy of Management Journal*, 40(1), pp. 82-111.

Wayne, S.J., Liden, R.C., Kraimer, M.L. y Graf, I.K. (1999) "The role of human capital, motivation, and supervisor sponsorship in predicting career success", *Journal of Organizational Behavior*, 20(5), pp. 577-595.

Wayne, S.J., Shore, L.M., Bommer, W.H. y Tetrick, L.E. (2002) "The role of fair treatment and rewards in perceptions of organizational support and leader-member exchange", *Journal of Applied Psychology*, 87(3), pp. 590-598.

Wech, B.A. (2002) "Trust context: Effect on organizational citizenship behavior, supervisory fairness, and job satisfaction beyond the influence of leader-member Exchange", *Business and Society*, 41(3), pp. 353-360.

Weinert, A. (1985) *Manual de psicología de la organización: La conducta humana en las organizaciones*. Barcelona: Herder.

West, M., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., Carter, M., Anelay, S., Patterson, M. y Waring, J. (2002) "The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals", *International Journal of Human Resource Management*, 13(8), pp. 1299-1310.

West, M., Guthrie, J., Dawson, J., Borrill, C. y Carter, M. (2006) "Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management", *Journal of Organizational Behaviour*, 27(7), pp. 983-1002.

Whitener, E.M. y Walz, P.M. (1993) "Exchange theory determinants of affective and continuance commitment and turnover", *Journal of Vocational Behavior*, 42(3), pp. 265-281.

Wilhelm, C.C., Herd, A.M. y Steiner, D.D. (1993) "Attributional conflict between managers and subordinates: an investigation of leader-member exchange effects", *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), pp. 531-544.

Williams, L.J. y Anderson, S.E. (1991) "Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviour", *Journal of Management*, 17(3), pp. 601-617.

Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A. y Mcgrath, A. L. (2004) "Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 7, pp. 565-588.

Wong, C.A. y Cummings, G.G. (2007) "The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review", *Journal of Nursing Management*, 15(5), pp. 508-521.

Wong, C. y Laschinger, H. K. (2013). "Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment.", *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), pp. 947-959.

Wong, C.A. y Giallonardo, L.M. (2013) "Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes", *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 740-752.

World Economic Forum (2014) *The Global Competitiveness Report 2014-2015*. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2014-15.pdf [consultado el 17 abril 2015].

World Health Organization (WHO) (2006) *Making the Most of Existing Health Workers. The world health Report: 2006: Working together for Health*. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/> [consultado el 17 septiembre 2015].

World Health Organization (WHO) (2010) *The World Health Report - Health Systems Financing: The path to Universal Coverage*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/443711/1/9789241564021_eng.pdf [consultado el 17 septiembre 2015].

Wright, B. y Davis, B. (2003) "Job Satisfaction in the Public Sector: The Role of the Work Environment", *The American Review of Public Administration*, 33, pp. 70-90.

Wright, T. y Bonett, D. (2007) "Job Satisfaction and Psychological Well-Being as Nonadditive Predictors of Workplace Turnover", *Journal of Management*, 33, pp. 141-160.

Wu, L. y Norman, I. (2005) "An investigation of job satisfaction, organizational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students", *Nurse Education Today*, 26(4), pp. 304-314.

Yammarino, F.J., Dionne, S.D., Chun, J.U. y Dansereau, F. (2005) "Leadership and levels of analysis: A state-of-the-science review", *Leadership Quarterly*, 16(6), pp. 879-919.

Yang, J., Liu, Y., Huang, C., Zhu, L., (2013) "Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: a structural equation approach", *International Journal of Nursing Practice*, 19(S1), pp. 44-55.

Yin, J.C. y Yang, K.P. (2002) "Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors", *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), pp. 573-581.

Young, L.D. (2012) "How to promote innovative behavior at work? The role of justice and support within organizations", *Journal of Creative Behavior*, 46(3), pp. 220-243.

Yousaf, A., Sanders, K., Torka, N. y Ardts, J. (2011) "Having two bosses: considering the relationships between LMX, satisfaction with HR practices, and organizational commitment", *The International Journal of Human Resource Management*, 22(15), pp. 3109-3126.

Yrle, A.C., Hartman, S. y Galle, W.P. (2002) "An investigation of relationships between communication style and leader-member exchange", *Journal of Communication Management*, 6(3), pp. 257-268.

Yukl, G. (2008) *Liderazgo en las organizaciones*. 6ª ed. Madrid: Pearson Educación.

Yun, H., Jie, S. y Anli, J. (2010) "Nursing shortage in China: State, causes, and strategy", *Nursing Outlook*, 58(3), pp. 122-128.

Zaleznik, A. (2004) "Managers and leaders: Are they different?", *Clinical leadership & management review*, 18(3), pp.171-177.

Zangaro, G.A. y Soeken, K.L. (2007) "A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction", *Research in Nursing & Health*, 30(4), pp. 445-458.

Zapf, D. (2002) "Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations", *Human Resource Management Review*, 12(2), pp. 237-268.

Zellars, K.L., Tepper, B.J., y Duffy, M.K. (2002) "Abusive supervision and subordinates' organizational citizenship behavior", *Journal of Applied Psychology*, 87(6), pp. 1068-1076.

Zhou, L., Wang, M., Chen, G. y Shi, J. (2012) "Supervisors' upward exchange relationships and subordinate outcomes: testing the multilevel mediation role of empowerment", *Journal of Applied Psychokogy*, 97(3), pp. 668-680.

Zurmehly, J., Martin, P.A. y Fitzpatrick, J.J. (2009) "Registered nurse empowerment and intent to leave current position and/or profession", *Journal of Nursing Management*, 17(3), pp. 383-391.

14
ANEXOS

14.1 Anexo I

Dictamen CEICA



**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. - C.I. P116/0106

04 de mayo de 2016

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 04/05/2016, Acta Nº CP09/2016 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de mandos intermedios de enfermería.

Investigador Principal: Nieves López Ibort. HCU Lozano Blesa

Versión protocolo: abril/2016

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el tratamiento de los datos y la información facilitada a los participantes.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 4 de mayo de 2016

Fdo:

Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

14.2 Anexo II

Documento de información para el participante

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación:

"Relaciones interpersonales, claves en el liderazgo de los mandos intermedios de enfermería".

*En este documento se utilizara el género femenino para referirse a los/las profesionales de enfermería y a sus gestores/as.

1. Introducción

Estimada/o compañera/o:

Nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en un proyecto de investigación que estamos realizando en los hospitales generales públicos aragoneses. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero con atención
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias al investigador principal en los datos de contacto que se facilitan
- Tomar una decisión meditada
- Completar el cuestionario, si finalmente desea participar

Si decide participar no es necesario que firme ningún documento, simplemente conteste el cuestionario. Al hacerlo, entendemos que lo hace libremente y autoriza el uso de los datos que proporciona en el mismo.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su colaboración porque es usted el único que nos puede transmitir cómo se siente y qué piensa de su organización y de su relación con su supervisora. Para el estudio, se solicitará la participación a todas las enfermeras que trabajen en los hospitales generales públicos aragoneses (aproximadamente 3.700 enfermeras).

3. ¿Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo de esta investigación es profundizar sobre el liderazgo de los mandos intermedios enfermeros en los hospitales generales públicos aragoneses.

Objetivos de investigación:

- Desvelar el estado de las relaciones interpersonales supervisora-enfermera en los hospitales públicos aragoneses.
- Establecer correlaciones entre variables sociodemográficas y las relaciones interpersonales supervisora-enfermera con otras variables como satisfacción, compromiso...

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su relación con el investigador y su equipo, ni supondrá ninguna medida coercitiva a nivel laboral. Su participación consistirá en cumplimentar un cuestionario sobre aspectos relacionados con su ámbito de trabajo y datos personales.

Lea atentamente cada frase e indique en la escala la respuesta que más se adapte a su día a día. En cada una de las preguntas se le ofrecen una serie de alternativas que usted valorará en función de su experiencia en la unidad en la que actualmente presta sus servicios. Para responder a cada pregunta ponga una **X** en la respuesta que estime más oportuna.

Las cuestiones que se plantean no tienen respuesta correcta; no es una prueba para medir conocimientos ni capacidades, por lo tanto no se demore demasiado en cada respuesta. Si alguna de las preguntas presenta situaciones en la que usted no se ha encontrado, trate de imaginar cuál sería su respuesta si se le hubiera presentado o se le presentase en el futuro, pero no la deje sin contestar, ya que de no contestar alguna de las preguntas el cuestionario entero será invalidado.

Para responder a todas las preguntas no necesita más de 20 minutos. Una vez rellenado lo introduzca en el sobre y lo cierre, llevándolo al punto de recogida que se le indique.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

La participación en el estudio no reviste ningún tipo de riesgo para usted y la única molestia es el tiempo que conlleva leer la información y rellenar el cuestionario.

6. ¿Obtendrá algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no obtendrá ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance en el conocimiento enfermero y, en consecuencia, a la mejora de la salud de la población. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales que puedan identificarle, sino que se le asignará un código.

De esta forma toda la información será tratada de manera confidencial. Este compromiso queda garantizado por el documento que se ha firmado con el hospital.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal. Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar. Tampoco se emitirá ningún informe ni por unidades, ni por hospitales individualmente a partir de los datos facilitados.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este estudio no se encuentra financiado por ninguna institución pública o privada

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea.

11. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

12. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, Nieves López Ibor, en el teléfono 680 865 900 o por correo electrónico en la dirección nlopezi@salud.aragon.es

Gracias por su atención

14.3 Anexo III

Cuestionario acumplimentar por la enfermera: LMX(m)

Hospital /Cama	Unidad	Supervisora	Enfermera
/			

BLOQUE SOCIODEMOGRÁFICO :

1. Sexo: Mujer Hombre
2. ¿Qué edad tienes? Años: _____
3. ¿Cuántos años has trabajado como enfermera? Años: _____ Meses _____
4. ¿Cuántos años has trabajado en este hospital? Años: _____ Meses _____
5. ¿Cuántos años has trabajado en esta Unidad? Años: _____ Meses _____
6. ¿Cuántos años has trabajado con esta supervisora? Años: _____ Meses _____
7. ¿Trabajas en este hospital jornada completa? SI NO
8. ¿Cuál es tu máximo grado académico además de Diplomado/Grado en Enfermería?
 - Otra Licenciatura Master Oficial o Especialidad
 - Diploma de Experto o Estudios Avanzados Doctor

CUESTIONARIO:

Por favor indica la respuesta con la que estás más identificada:

	Poco	Regular	Suficiente	Bastante	Mucho
A.1 Tengo confianza en mi capacidad para hacer mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.2 El trabajo que hago es importante para mí	<input type="checkbox"/>				
A.3 Tengo bastante autonomía para decidir cómo hacer mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.4 Mi influencia sobre lo que ocurre en mi Unidad es alta	<input type="checkbox"/>				
A.5 Las actividades laborales tienen un significado personal para mí	<input type="checkbox"/>				
A.6 Tengo mucho control sobre lo que sucede en mi Unidad	<input type="checkbox"/>				

	Poco	Regular	Suficiente	Bastante	Mucho
A.7 Puedo decidir por mi misma cómo voy a realizar mi propio trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.8 Tengo bastantes oportunidades de independencia y libertad en la forma de hacer mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.9 He adquirido las habilidades necesarias para mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.10 El trabajo que hago tiene sentido para mi	<input type="checkbox"/>				
A.11 Tengo bastante influencia sobre lo que ocurre en mi Unidad	<input type="checkbox"/>				
A.12 Estoy segura de mi misma acerca de mis capacidades para realizar las actividades de mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
A.13 Tengo la oportunidad de utilizar la iniciativa personal para llevar a cabo mi trabajo	<input type="checkbox"/>				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
B.1 Estoy dispuesta a esforzarme más allá de lo que normalmente se espera para contribuir al éxito de este hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2 Les hablo a mis amigos de este hospital como un sitio estupendo para trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.3 Estaría dispuesta a aceptar cualquier tipo de trabajo en este hospital con tal de permanecer aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.4 Considero que mis valores y los valores de este hospital son muy similares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.5 Estoy orgullosa de decirles a los demás que formo parte de este hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.6 Este hospital me estimula para hacer lo mejor posible mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de Enfermería

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
B.7 Estoy muy contenta de haber elegido este hospital frente a otras opciones que estuve considerando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.8 Me preocupa el futuro de este hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.9 Para mí este es el mejor hospital donde trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
C.1 Ayudo a otras compañeras con mucha carga de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2 Soy la típica que protesta para conseguir lo que quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.3 Creo que debe haber equivalencia justa entre el trabajo que hago y el salario que recibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4 Intento evitar crear problemas a mis compañeras de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.5 Paso mucho tiempo quejándome de asuntos triviales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.6 Estoy al día sobre los cambios en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.7 Tiendo a hacer montañas de un grano de arena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.8 Considero el impacto que tienen mis actos en otras compañeras de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.9 Asisto a reuniones que no son obligatorias pero que se consideran importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.10 Siempre estoy dispuesta a echar una mano a la gente que me rodea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.11 Realizo funciones que no se me piden, pero que contribuyen a mejorar la imagen del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
C.12 Leo y me mantengo actualizada con comunicaciones, informes y demás memorias del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.13 Ayudo a las que se han ausentado del trabajo parte del turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.14 No abuso de las demás compañeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.15 Gustosamente ayudo a otras compañeras que tienen problemas relacionados con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.16 Siempre me concentro en lo que está mal en lugar de mirar el lado positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.17 Hago un esfuerzo por intentar prevenir conflictos con otras trabajadoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.18 Mi asistencia al trabajo está por encima de la media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.19 Siempre encuentro fallos a lo que hace el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.20 Soy consciente de que mi comportamiento afecta al trabajo de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.21 No realizo descansos extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.22 Obedezco las normas y reglas del hospital incluso cuando nadie me ve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.23 Ayudo a nuevas compañeras de trabajo a orientarse aunque no se me pida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.24 Soy una de las enfermeras mas meticulosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
D.1 "Pienso que me sentiría más a gusto en otra Unidad"	<input type="checkbox"/>				
D.2 "Me gustaría trabajar en una Unidad distinta a la actual"	<input type="checkbox"/>				
D.3 "Si se me presentara la oportunidad de ocupar un puesto de trabajo como el que tengo en la actualidad pero en otra, cambiaría de Unidad"	<input type="checkbox"/>				

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
E.1 Mi actual trabajo en el hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2 Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.3 Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.4 Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.5 Muy pocas veces me he visto obligada a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.6 Muy pocas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.7 En mi trabajo me encuentro muy satisfecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.8 Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.10 Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.11 Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.12 Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
E.13 La relación con mi supervisora es muy cordial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.14 Las relaciones con mis compañeras son muy cordiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.15 El sueldo que percibo es muy adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.16 Estoy convencida que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.17 Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.18 Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.19 Estoy segura de conocer lo que se espera de mí en el trabajo, por parte de mis supervisoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.20 Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.21 Los problemas personales de mis compañeras de trabajo, habitualmente me suelen afectar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.22 Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitada para realizar mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.23 Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.24 Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
F.1 El hospital valora mi contribución a su desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.2 Si el hospital pudiera contratar a alguien con un salario más bajo para remplazarme lo haría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relaciones interpersonales claves en el liderazgo de los mandos intermedios de Enfermería

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
F.3 El hospital no aprecia mis esfuerzos adicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.4 El hospital considera encarecidamente mis objetivos y valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.5 El hospital ignora cualquier queja mía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.6 El hospital desatiende mis intereses cuando adopta decisiones que me afectan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.7 Cuando tengo un problema puedo contar con la ayuda del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.8 El hospital realmente se ocupa de mi bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.9 El hospital está dispuesto a ayudarme para que realice mi trabajo lo mejor posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.10 Aunque yo hiciese el mejor trabajo posible, el hospital no lo notaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.11 El hospital está dispuesto a ayudarme cuando necesito un favor especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.12 El hospital se interesa por mi satisfacción en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.13 Si tuviera oportunidad, el hospital se aprovecharía de mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.14 El hospital muestra muy poca preocupación por mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.15 El hospital procura que mi trabajo sea lo más interesante posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.16 El hospital se interesa por mis opiniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.17 El hospital se enorgullece de mis logros en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.1 ¿Sabe usted cuan satisfecha está su supervisora con lo que usted hace?

<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia	<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente
------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------

G.2 ¿En qué medida cree usted que su supervisora es capaz de entender sus problemas y necesidades?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Lo justo	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

G.3 ¿En qué medida cree usted que su supervisora reconoce su potencial?

<input type="checkbox"/> Para nada	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Lo justo	<input type="checkbox"/> Generalmente	<input type="checkbox"/> Por completo
------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

G.4 Independientemente de la autoridad formal que tenga su supervisora ¿qué posibilidades hay de que su supervisora use su poder para ayudarle a resolver problemas de su trabajo?

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Las justas	<input type="checkbox"/> Bastantes	<input type="checkbox"/> Muchas
----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

G.5 De nuevo, sin considerar la cantidad de autoridad formal que tiene su supervisora, ¿hasta qué punto puede usted contar con ella cuando usted realmente lo necesita, aunque ello le ocasione ciertos problemas o costes a su supervisora?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Lo justo	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

G.6 Tengo tanta confianza en mi supervisora que justificaría y defendería sus decisiones si ella no estuviera presente para hacerlo.

<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Neutral	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
--------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------

G.7 ¿Cómo describiría su relación con su supervisora?

<input type="checkbox"/> Muy inefectiva	<input type="checkbox"/> Peor que la media	<input type="checkbox"/> En la media	<input type="checkbox"/> Mejor que la media	<input type="checkbox"/> Muy efectiva
-----------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------

14.4 Anexo IV

Cuestionario a cumplimentar por la supervisora sobre las enfermeras: LMX(I)

Hospital/Camas	Unidad	Supervisora	Enfermera
/			

CUESTIONARIO:

1. ¿Sabe usted cuan satisfecha está su enfermera con lo que usted hace?

Raramente <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------

2. ¿En qué medida cree usted que su enfermera es capaz de entender sus problemas y necesidades?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

3. ¿En qué medida cree usted que su enfermera reconoce su potencial?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

4. Independientemente de la autoridad que tenga esta enfermera ¿qué posibilidades hay de que ella la use para ayudarle a resolver problemas de su trabajo?

Ninguna <input type="checkbox"/>	Pocas <input type="checkbox"/>	Moderadas <input type="checkbox"/>	Bastantes <input type="checkbox"/>	Muchas <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

5. De nuevo, sin considerar la cantidad de autoridad que tenga esta enfermera, ¿hasta qué punto puede usted contar con ella cuando usted realmente la necesita, aunque ello le ocasione ciertos problemas o costes a esta enfermera?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

6. Tengo tanta confianza en esta enfermera que justificaría y defendería sus decisiones si ella no estuviera presente para hacerlo.

Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/>	En desacuerdo <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	De acuerdo <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------

7. ¿Cómo describiría su relación con esta enfermera?

Muy ineficaz <input type="checkbox"/>	Peor que la media <input type="checkbox"/>	En la media <input type="checkbox"/>	Mejor que la media <input type="checkbox"/>	Muy eficaz <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------

14.5 Anexo V

Cuestionario a cumplimentar por la supervisora sobre su superior inmediato: LLX

Hospital/Camas	Unidad	Supervisora
/		

CUESTIONARIO:

1. ¿Sabe usted cuan satisfecha está su subdirectora* con lo que usted hace?

Raramente <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------

2. ¿En qué medida cree usted que su subdirectora* es capaz de entender sus problemas y necesidades?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

3. ¿En qué medida cree usted que su subdirectora* reconoce su potencial?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

4. Independientemente de la autoridad formal que tiene su subdirectora* ¿qué posibilidades hay de que su subdirectora use su poder para ayudarle a resolver problemas de su trabajo?

Ninguna <input type="checkbox"/>	Pocas <input type="checkbox"/>	Moderadas <input type="checkbox"/>	Bastantes <input type="checkbox"/>	Muchas <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

5. De nuevo, sin considerar la cantidad de autoridad formal que tiene su subdirectora*, ¿hasta qué punto puede usted contar con ella cuando usted realmente la necesita, aunque ello le ocasione ciertos problemas o costes a esta subdirectora?

Para nada <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Moderadamente <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

6. Tengo tanta confianza en mi subdirectora* que justificaría y defendería sus decisiones si ella no estuviera presente para hacerlo.

Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/>	En desacuerdo <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	De acuerdo <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------

7. ¿Cómo describiría su relación con su subdirectora*?

Muy ineficaz <input type="checkbox"/>	Peor que la media <input type="checkbox"/>	En la media <input type="checkbox"/>	Mejor que la media <input type="checkbox"/>	Muy eficaz <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------

*En caso de no tener subdirectora, responda en relación a su inmediato superior enfermero

15

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

15.1 Tablas

Tabla 1: Diferencias entre gestor y líder según Warren Bennis **(49)**

Tabla 2: Evolución de los enfoques del liderazgo **(53)**

Tabla 3: Descripción de los hospitales **(103)**

Tabla 4: Escalas utilizadas en la investigación **(110)**

Tabla 5: Tasas de respuesta por hospitales **(117)**

Tabla 6: Distribución de la muestra de las enfermeras por hospitales **(118)**

Tabla 7: Descripción del tipo de jornada por sexo de las enfermeras **(119)**

Tabla 8: Descripción del tipo de jornada por tamaño de hospital **(120)**

Tabla 9: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de la muestra de enfermeras **(120)**

Tabla 10: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales pequeños (N= 912) **(121)**

Tabla 11: Descripción de la edad y de la antigüedad laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales grandes (N= 1629) **(121)**

Tabla 12: Distribución de la muestra de enfermeras según el grado académico **(122)**

Tabla 13: Distribución de la muestra de enfermeras por sexo y grado académico **(122)**

Tabla 14: Distribución de la muestra de enfermeras según el grado académico y tamaño de hospital **(123)**

Tabla 15: Descripción del rango de control de las supervisoras de la muestra **(123)**

Tabla 16: Descripción del rango de control de las supervisoras por tamaño de hospital **(124)**

Tabla 17: Descripción de los valores medios (desviación estándar) de los cuestionarios por sexo en un rango de 0-10 **(124)**

Tabla 18: Descripción de los valores medios (desviación estándar) de los cuestionarios por tamaño del hospital (rango 0-10) **(125)**

Tabla 19: Descripción de los valores medios de las escalas (desviación estándar) por tipo de jornada **(126)**

Tabla 20: Descripción de los valores medios de los cuestionarios (desviación estándar) por grado de acuerdo **(127)**

- Tabla 21: Estadísticos de validez de las escalas utilizadas **(129)**
- Tabla 22: Estadísticos de fiabilidad de las escalas utilizadas en la muestra **(130)**
- Tabla 23: Validez y fiabilidad del cuestionario Empoderamiento por elementos **(131)**
- Tabla 24: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Empoderamiento **(132)**
- Tabla 25: Validez y fiabilidad de Compromiso Organizacional por elementos **(133)**
- Tabla 26: Análisis factorial de Compromiso Organizacional por elementos **(134)**
- Tabla 27: Validez y fiabilidad de Comportamientos Cívicos Organizacionales **(135)**
- Tabla 28: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Comportamientos Cívicos Organizacionales **(137)**
- Tabla 29: Validez y fiabilidad de la intención de rotación **(138)**
- Tabla 30: Análisis factorial de la intención de rotación **(138)**
- Tabla 31: Validez y fiabilidad del construto de Satisfacción **(140)**
- Tabla 32: Análisis factorial (Rotación Varimax) de Satisfacción **(141)**
- Tabla 33: Validez y fiabilidad de Apoyo Organizacional Percibido (POS) **(142)**
- Tabla 34: Análisis factorial (Varimax) de Apoyo Organizacional Percibido (POS) **(143)**
- Tabla 35: Validez y fiabilidad de constructo de LMX(m) **(144)**
- Tabla 36: Validez y fiabilidad de constructo de LMX(l) **(144)**
- Tabla 37: Validez y fiabilidad de constructo de LLX **(145)**
- Tabla 38: Análisis factorial LMX(m) **(145)**
- Tabla 39: Análisis factorial LMX(l) **(145)**
- Tabla 40: Análisis factorial LLX **(145)**
- Tabla 41: Descripción de los comportamientos en las enfermeras de la muestra **(146)**
- Tabla 42: Estadísticos descriptivos para variables cuantitativas según el grado de acuerdo **(148)**
- Tabla 43: Distribución de la frecuencia de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías y grado de acuerdo **(154)**
- Tabla 44: Descripción de los valores medios de las variables cuantitativas según el grado de acuerdo **(156)**

- Tabla 45: Distribución del grado de acuerdo por sexo **(158)**
- Tabla 46: Descripción del grado de acuerdo (frecuencias y porcentajes) según el tipo de jornada laboral **(159)**
- Tabla 47: Descripción del grado de acuerdo (frecuencias y porcentajes) según el grado académico de la enfermera **(159)**
- Tabla 48: Descripción de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora **(160)**
- Tabla 49: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora **(160)**
- Tabla 50: Distribución de la frecuencia y porcentaje de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías y grado de acuerdo en hospitales grandes **(161)**
- Tabla 51: Distribución de la frecuencia y porcentaje de respuestas a la escala LMX de enfermeras y supervisoras por categorías en hospitales pequeños **(163)**
- Tabla 52: Distribución de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora en hospitales grandes **(164)**
- Tabla 53: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y supervisora en los hospitales grandes **(164)**
- Tabla 54: Descripción de la muestra según los años de relación entre la enfermera y la supervisora en los hospitales pequeños **(165)**
- Tabla 55: Coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en los hospitales pequeños **(166)**
- Tabla 56: Varianzas explicadas en las hipótesis con variables moderadoras **(171)**
- Tabla 57: Varianza del modelo inicial por sexo para el compromiso **(172)**
- Tabla 58: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para el compromiso **(172)**
- Tabla 59: Varianza del modelo inicial por sexo para la satisfacción **(173)**
- Tabla 60: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para la satisfacción **(173)**
- Tabla 61: Varianza del modelo inicial por sexo para los OCB **(174)**
- Tabla 62: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para los OCB **(174)**

- Tabla 63: Varianza del modelo inicial por sexo para las intenciones de rotación **(175)**
- Tabla 64: Coeficientes y significación de las moderaciones por sexo para las intenciones de rotación **(175)**
- Tabla 65: Varianza del modelo inicial por tamaño de hospital para el Compromiso **(176)**
- Tabla 66: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para el compromiso **(176)**
- Tabla 67: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para la satisfacción **(177)**
- Tabla 68: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para la satisfacción **(177)**
- Tabla 69: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para los OCB **(177)**
- Tabla 70: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para los OCB **(178)**
- Tabla 71: Varianza del modelo inicial por tamaño del hospital para las intenciones de rotación **(178)**
- Tabla 72: Coeficientes y significación de las moderaciones por tamaño del hospital para las intenciones de rotación **(179)**
- Tabla 73: Resumen de los resultados para las hipótesis planteadas **(179-180)**
- Tabla 74: Desglose de las hipótesis con variables moderadoras por sexo **(181)**
- Tabla 75: Desglose de las hipótesis con variables moderadoras por tamaño del hospital **(182)**

15.2 Figuras

- Figura 1: Hipótesis del modelo y sus relaciones previstas **(99)**
- Figura 2: Distribución por tamaño del hospital **(118)**
- Figura 3: Distribución por nº de habitantes de la población donde se ubica el hospital **(118)**
- Figura 4: Distribución de enfermeras por sexo **(119)**
- Figura 5: Distribución de enfermeras por tipo de jornada **(119)**
- Figura 6: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por sexo **(125)**

- Figura 7: Representación de los valores medios (rango 0-10) de los cuestionarios por tamaño de hospital **(126)**
- Figura 8: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por tipo de jornada **(127)**
- Figura 9: Representación de los valores medios de los cuestionarios (rango 0-10) por grado de acuerdo **(128)**
- Figura 10: Representación de los valores medios de las escalas transformadas (0 – 10) **(147)**
- Figura 11: Matriz correlacional de las variables a estudio **(150)**
- Figura 12: Representación de la frecuencia de respuesta de las enfermeras y supervisoras a la escala LMX por categorías **(155)**
- Figura 13: Representación de los valores medios de las variables relativas al comportamiento de la enfermera según el grado de acuerdo **(157)**
- Figura 14: Representación de los valores medios del rango de control de la supervisora en función del grado de acuerdo **(158)**
- Figura 15: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora **(161)**
- Figura 16: Representación de la frecuencia de respuesta de las enfermeras y las supervisoras a la escala LMX por categorías en los hospitales grandes **(162)**
- Figura 17: Frecuencia de respuesta a la escala LMX de la enfermera y supervisora en hospitales pequeños **(163)**
- Figura 18: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en hospitales grandes **(165)**
- Figura 19: Representación de los coeficientes de la relación del grado de acuerdo y la duración de la relación laboral entre la enfermera y la supervisora en hospitales pequeños **(166)**
- Figura 20: Resultados de las hipótesis del modelo **(183)**

