

CALIDAD DE VIDA LABORAL Y LIDERAZGO
EN TRABAJADORES ASISTENCIALES Y
ADMINISTRATIVOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO
DE BOGOTÁ (COLOMBIA)*

Work quality of life and leadership in administrative
staff and health care personnel of an oncological
center in Bogotá (Colombia)

Françoise Contreras, Ph.D.**

Juan C. Espinosa, M.S.***

Fernanda Hernández, M.D.**

Natalia Acosta, M.D.**

Resumen

El propósito de este estudio fue describir la Calidad de vida laboral (CVL) y el estilo de liderazgo percibido por el personal administrativo/asistencial de un centro oncológico y estimar la asociación entre

*Informe de investigación. Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial (Universidad del Rosario) y Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida (Universidad Santo Tomás).

**Universidad del Rosario, Bogotá (Colombia).

***Universidad Santo Tomás, Bogotá (Colombia).

Correspondencia: Calle 14 n° 6 - 25, Universidad del Rosario, Bogotá (Colombia)
francoise.contreras@urosario.edu.co.

ellas, considerando las características sociodemográficas. Para ello se aplicó el Cuestionario de Vida Profesional [CVP-35] y el Test de Adjetivos de Pitcher [PAT] a 38 trabajadores de la salud, que constituyen el 97.2 % del total del personal que labora en el centro. En general, los participantes presentan una CVL satisfactoria, caracterizada principalmente por motivación intrínseca, lo cual fue más evidente en el personal asistencial. Se observó una percepción de ausencia de liderazgo o características poco deseables de este, lo cual, aunque no determina la CVL, sí constituye un factor modulador de la misma; las variables sociodemográficas no guardaron relación con la CVL. Por último se resalta la responsabilidad social que tienen los directivos en el bienestar de los trabajadores de la salud y, consecuentemente, en la atención al paciente. Se discuten estos hallazgos y lo pertinente de utilizar las categorías emergentes del PAT.

Palabras clave: Calidad de vida laboral, liderazgo, bienestar laboral.

Abstract

The aim of this study was to describe the work Quality of Life (WQL) and perceived leadership style by administrative staff/and health care personnel in an oncological center and estimate the association between them, considering socio-demographic characteristics. We applied the Professional Life Questionnaire [PLQ-35] and Pitcher Adjectives Test [PAT] to 38 health workers that represent 97.2 % of the total personal that work at the center. In general, participants have a satisfactory WQL, mainly characterized by intrinsic motivation, which was most evident in the care team. With respect to leadership, lack of leadership or undesirable features of it were perceived, which do not determine the WQL but constitute a modulator factor. Socio-demographic variables were not related to the WQL. Finally it highlights the social responsibility that managers have on welfare of health workers, and consequently, on the patient care. We discuss these findings, and the relevance of using the emerging categories of PAT.

Keywords: Work Quality of Life (WQL), leadership, labor wellbeing.

Fecha de recepción: 8 de febrero de 2013

Fecha de aceptación: 26 de agosto de 2013

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida laboral (CVL) del personal que trabaja en el sector salud es un tema que requiere un abordaje especial, no solo por el efecto que esta puede tener sobre la atención del paciente, sino por el bienestar mismo de las personas que ofrecen el servicio. Hernández, Quintana, Mederos, Guedes y García (2009) afirman que la CVL del personal de salud aún no ha sido suficientemente estudiada, debido, en gran parte, al énfasis que el tema ha tenido en el cliente externo (paciente), olvidando que la CVL del personal de salud es determinante para la calidad del servicio que se brinda y la percepción que los usuarios tienen de esta. Existe evidencia relacionada con el grado de bienestar o satisfacción que los profesionales de la salud experimentan con su trabajo, lo cual se constituye en uno de los condicionantes básicos de la productividad y de la calidad del servicio que brindan (Quezada, Castro & Cabezas, 2010).

La percepción de la CVL de los trabajadores depende tanto de factores internos como de condiciones externas, todas ellas vinculadas directamente con el ejercicio de su labor. En la actualidad se reconoce de manera amplia que dicha percepción de CVL es un concepto integral e integrador, que puede definirse como la forma en que se produce la experiencia laboral en condiciones tanto objetivas (por ejemplo, seguridad e higiene laboral) como subjetivas (cómo se vive la condición laboral) (Poza & Prior, 1988). Quizás uno de los avances más importantes de la conceptualización de la CVL es reconocer que esta involucra procesos psicológicos, interacciones del individuo con el ambiente, aspectos contextuales y relaciones interpersonales, entre muchos otros.

En este contexto, Segurado y Agulló (2002) sugieren que la evaluación de la CVL requiere, por una parte, evaluar la calidad del entorno, es decir, las condiciones objetivas del trabajo y los elementos estructurales de la organización y, por otra, los aspectos psicológicos involucrados; esto último hace referencia al análisis de los aspectos subjetivos de la vida laboral, satisfacción, salud y bienestar percibido. Se trata de una relación altamente compleja, en la que convergen factores de diversa índole que al conjugarse consolidan una problemática que permea a todos los sectores de la sociedad, y afecta en forma directa el bienestar no solo de los

profesionales de la salud, sino también de las personas que son asistidas por ellos. Dicha relación se da también en sentido contrario, pues la forma en que el personal de salud atiende a sus pacientes no solo redundará en el bienestar de estas personas, sino en su propia salud (Nickerson, 2010). De esta forma, en el área de la salud la relación líder, profesional y paciente constituye un círculo que se retroalimenta continuamente y que requiere armonía y cuidado para funcionar de manera adecuada (Clegg, 2000; Cummings et al., 2008; Gantz, Sorenson & Howard, 2003; Hernández et al., 2009; Howe, Mathers & Steel, 2012; Perra, 2000).

Cabe aclarar que los componentes subjetivos y objetivos de la CVL, aunque son distintos, en la práctica no pueden separarse, porque unos dependen de otros, y entenderlos de manera integrada es lo que permitirá comprender realmente la CVL de los trabajadores del sector salud. Es claro que la evaluación subjetiva que hace el trabajador se origina en su percepción de las condiciones objetivas que experimenta dentro la organización y van configurando sus pautas relacionales que van a influir en su percepción de CVL.

Las pautas relacionales enunciadas incluyen la forma en que es dirigida la organización. Se ha observado que el estilo de liderazgo de los directivos tiene una influencia elevada sobre la eficacia, eficiencia y competitividad de las organizaciones, pues ellos ejercen influencia sobre la motivación, compromiso y la cohesión de equipos de trabajo, entre muchos otros procesos, por lo que resulta importante estudiar cómo se manifiesta la relación de aquellas prácticas de liderazgo con la CVL y, por ende, con la atención que este personal brinda (Martínez, Gallo, Albores & Márquez, 2012). Varios autores han encontrado que los líderes pueden promover, a través de sus características y prácticas directivas, una mayor satisfacción y CVL (Elliott, 2011; Luthans, Avolio, Walumba & Li, 2005; Luthans, Avery, Avolio, Norman & Combs, 2006).

Así, el liderazgo en salud puede estudiarse desde dos perspectivas distintas pero complementarias. Por una parte, desde los directivos cuyas prácticas pueden favorecer el desarrollo de las instituciones de salud y la calidad de la atención y, por otra, desde el efecto que dichas prácticas

tienen sobre la calidad de vida de las personas que ofrecen el servicio de salud tanto en el área administrativa como asistencial.

En el primer caso, los directivos poseen un poder legitimado por la misma organización para llevar a la institución hacia un futuro deseado. Dadas las características del sector, esta habilidad del líder es altamente demandante, debido a la inestabilidad de las condiciones del mismo y a los permanentes cambios del sistema (reformas a la salud, cambios en los criterios de calidad, etc.). Es tan relevante el papel del liderazgo en el sector salud que algunos autores coinciden en afirmar que esta es una de las causas de la crisis por la que atraviesa este sector en la actualidad (National Health Service [NHS], 2011). Al respecto, Al - Touby (2012) sostiene que el liderazgo en salud debe dar prioridad al paciente sobre las estructuras y procesos y que debe focalizarse en el logro de la eficacia, es decir, lograr una prestación del servicio adecuada. Así, en términos generales, los líderes en salud deben servir a los intereses de los pacientes mediante el suministro de una atención de excelente calidad (Pelote & Route, 2007).

En el segundo caso, la perspectiva de análisis se orienta hacia la comprensión de la capacidad potencial que tienen los líderes de favorecer, a través de sus prácticas, la calidad de vida de las personas que brindan el servicio de salud en las instituciones. No cabe duda de que el liderazgo es un factor determinante en la forma en que los colaboradores perciben el trabajo y derivan satisfacción de él, lo cual, a su vez, se relaciona con el bienestar general del trabajador (Omar, 2011) y la calidad del desempeño de su trabajo (Gurt, Schwemmen & Elke, 2011). Al respecto, Thompson (2012) señala que las habilidades de liderazgo son esenciales para crear ambientes de trabajo motivantes, que les permitan a las personas desarrollarse y crecer.

El liderazgo, entonces, además de influir sobre el bienestar de las organizaciones, ejerce también efecto sobre la promoción del bienestar y la salud de las personas (Peiró & Rodríguez, 2008), debido a que los líderes tienen la capacidad potencial para generar ambientes de trabajo que fomenten la motivación y la salud (Curtis & O'Connell, 2011). Se ha observado que las prácticas de liderazgo que pueden afectar la CVL y

el nivel de satisfacción de los trabajadores son principalmente el apoyo que brindan a sus trabajadores, la confianza que logran generar en ellos, tener una visión clara, comportarse coherentemente y sin ambigüedades; prácticas que guardan una relación directa con el bienestar laboral percibido (Yafang, 2011). Asimismo, varios estudios han demostrado que las condiciones en que se ejercen las prácticas de liderazgo tienen también un papel importante en la percepción de calidad de vida, entre ellas, el promover un buen desempeño, a través de la adecuación entre las exigencias de los cargos y las competencias de las personas, promover adecuadas relaciones interpersonales, proveer un buen salario y garantizar la salud y la seguridad física, entre otros. Todos ellos son factores relevantes que redundarán en el bienestar psicológico de los trabajadores y preservarán su salud mental (Herrera & Cassals, 2005).

El liderazgo, entonces, se asume como un proceso relacional, en el que se promueve el cambio a favor del bien común (Komives, Lucas & McMahon, 1998) y se potencia la inteligencia colectiva del grupo (Heifetz & Laurie, 1997). El trabajo es una actividad humana, individual y colectiva, que requiere de una serie de contribuciones (esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras) y que los individuos desempeñan no solo por compensación económica y material, sino también para obtener beneficio psicológico y social (Herrera & Cassals, 2005).

Como se ha descrito, el liderazgo puede afectar el desempeño del trabajador, que en el sector de la salud se puede manifestar en la calidad de la atención ofrecida. Reyes-Jácome y Lara (2011) afirman que el personal de salud requiere habilidades para comunicar, motivar y promover el desarrollo, y así facilitar dinámicas organizacionales coordinadas para ofrecer una atención integral al paciente. Cummings et al. (2008) encontraron que en el liderazgo orientado hacia las personas, en el que se fomente la autonomía y la participación en la toma de decisiones, se apoyen las ideas innovadoras y se manejen adecuadamente los conflictos, suele haber una mayor satisfacción en los trabajadores, especialmente en las enfermeras. No obstante, los resultados al respecto no son concluyentes; recientemente Budiyanto y Ohetomo (2011) evidenciaron que el liderazgo, si bien tiene un efecto positivo y significativo sobre el comportamiento organizacional, no lo tiene sobre la satisfacción laboral.

Por otra parte, es importante considerar que el sector de la salud presenta unas características muy particulares que pueden tener efecto sobre la CVL de estos trabajadores. En cuanto a factores objetivos, la remuneración económica, los incentivos, las prolongadas jornadas laborales (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2010) pueden afectar la CVL. Por otra parte, la fragmentación y especialización de los servicios de salud plantea un escenario aún más complejo para el personal y para el paciente, quien requiere de manera prioritaria una atención integral de su condición. Lo anterior cobra especial relevancia cuando se trata de un centro oncológico, pues debido a la complejidad de la enfermedad, el paciente requiere una atención integral, de calidad, para el manejo de su condición, esto es, personal que tenga la habilidad de establecer relaciones positivas entre administradores, médicos y enfermeros. Todo ello va a redundar no solo en la satisfacción del paciente, sino en el bienestar del personal de salud en entornos de trabajo adecuados (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2010; Cummings et al., 2008; Infante, Moret & Curbelo, 2007).

Las labores asistenciales en los servicios oncológicos demandan muchos recursos físicos y emocionales del personal asistencial y administrativo, pues se trata de pacientes que requieren cuidados prolongados y que, en ocasiones, presentan limitaciones físicas, deformaciones y, en muchos casos, pronósticos complejos (Infante et al., 2007).

Por lo tanto, es fundamental dirigir los esfuerzos de los líderes a la conformación de equipos y la consecución de resultados específicos para que la percepción del servicio sea positiva (ejemplo, la calidad de la atención de enfermería en pacientes de quimioterapia debe orientarse al manejo de situaciones como la administración segura de medicamentos) (Lamb et al., 2011). Sin duda, la atención oncológica es un campo en el cual la presencia de grupos interdisciplinarios que trabajen con gran rigor requiere de líderes capaces de coordinar, estructurar y lograr el desempeño óptimo de planes y resultados que, en definitiva, contribuyan al bienestar del paciente y del personal (Cummings et al., 2008; Wong & Cummings, 2007).

Para evaluar las características del líder se utilizan diversos instrumentos, entre ellos, algunos que se aplican a los subordinados, pues suele ocurrir que los directivos perciben su estilo de una forma distinta a como es visto por sus trabajadores. De esta forma, podría decirse que, en cierta medida, los líderes tienen la responsabilidad adicional de administrar las percepciones de los empleados porque todo su esfuerzo, capacidad y resultados se convierten en una interpretación de la experiencia de estos últimos (Otara, 2011).

Con base en lo anterior se buscó observar si la CVL de los trabajadores asistenciales y administrativos de un centro oncológico está relacionada con el estilo de liderazgo percibido. Asimismo, identificar si existe relación entre las características sociodemográficas de los participantes con alguna dimensión de la CVL.

MÉTODO

Participantes

Este estudio de tipo censal se realizó con los trabajadores asistenciales y administrativos de un centro oncológico de Bogotá, D.C., en el cual laboran 41 personas; de estas, 38 (92.7 %) contestaron adecuadamente los instrumentos aplicados. Fue una muestra censal, con una distribución similar por sexo (18 mujeres y 20 hombres), la mayoría de ellos con edad entre 30 y 60 años ($n = 28$); respecto al estado civil, la proporción de solteros y casados fue similar (17 y 16, respectivamente).

DISEÑO

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional.

Procedimiento

Previa autorización de las directivas del centro oncológico se realizó la presentación del proyecto al personal, en la que se explicó el objetivo del estudio y el uso que se le iba a dar a los resultados. Con base en lo anterior, las personas que voluntariamente decidieron participar firmaron el consentimiento informado y se les entregó los instrumentos en un

sobre cerrado, para que los diligenciaran, y los devolvieran en la misma forma con el fin de garantizar el anonimato. Es importante resaltar que dado que se trataba de una participación voluntaria, se les explicó a los participantes que podían retirarse del estudio cuando así lo consideraran pertinente, y que no iban a obtener ninguna remuneración por su colaboración.

Análisis de datos

El análisis de resultados se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20. Inicialmente se hizo un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio y posteriormente, a través de las pruebas coeficiente de correlación producto-momento de Pearson y análisis de varianza (ANOVA), se hicieron los análisis estadísticos para estimar la relación entre las variables estudiadas y así cumplir con el objetivo de la investigación

INSTRUMENTOS

Cuestionario de Calidad de Vida Profesional [CVP-35]

Se utilizó la versión en castellano del PQL-35 (Karasek, 1989), validada y adaptada por Cabezas (1998, 2000) con la sigla en español CVP-35. La escala consta de 35 ítems que evalúan la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas de trabajo y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de que dispone para afrontarlas. Este instrumento autoadministrado de forma anónima es uno de los más recomendados para identificar los niveles de CVL en profesionales de la salud. Este cuestionario utiliza una escala tipo Likert que va de 0 a 10, siendo 0 “nada” y 10 “mucho”. El CVP-35 posee tres dimensiones: 1) Apoyo directivo (13 ítems), 2) Demanda de trabajo (11 ítems) y 3) Motivación intrínseca (10 ítems). El cuestionario ofrece también una medida general de calidad de vida percibida por el sujeto (1 ítem).

Caboblanco et al. (2000) evaluaron las características métricas de este instrumento en personal de salud y encontraron una consistencia interna aceptable para los factores (.70) y alta para la puntuación global (.81). De acuerdo con estos autores, el CVP-35 constituye un instrumento válido y

fiable. Fernández et al. (2000) afirman que este instrumento constituye una medida multidimensional de la calidad de vida profesional que puede ser utilizada en distintos entornos, debido no solo a su consistencia interna, sino a su capacidad discriminatoria y su estructura factorial.

Test de Adjetivos de Pitcher [PAT]

Este test consta de 60 adjetivos, mediante los cuales los individuos evalúan a su jefe o supervisor. Pitcher (1997, 1999) determinó, con este instrumento la existencia de tres estilos de liderazgo, los cuales denominó artesanos (razonables, confiables, sensibles), tecnócratas (líderes analíticos, brillantes y fríos) y artistas (líderes generosos, cálidos y emocionales). No obstante, al hacer la traducción de este instrumento y aplicarla en población colombiana se obtuvieron dos dimensiones, en las que los adjetivos fueron distribuidos de manera diferencial en cada una de ellas. La primera indica características deseables en un líder y la segunda incluye todas aquellas características que de acuerdo con la literatura no son deseables, y cada adjetivo tiene un peso en cada una de las dos dimensiones de las correspondencias múltiples estimadas por Contreras et al. (2009), presentadas en la tabla 1.

Estudios psicométricos del PAT con población colombiana permiten afirmar que este instrumento resulta adecuado para evaluar estilos de liderazgo en nuestra población. Dichos análisis incluyeron un modelo logístico con los parámetros de dificultad y discriminación y el análisis de las propiedades de los ítems. La función de información del test y los indicadores de dificultad y discriminación mostraron que eran adecuados, el coeficiente de confiabilidad marginal fue de .94 y el análisis de correspondencias múltiples mostró la existencia de dos dimensiones de liderazgo (Juárez, Contreras & Barbosa, 2013).

Tabla 1. Peso de los adjetivos en las dimensiones
obtenidas en el cuestionario de liderazgo

Adjetivo	L1	L2	Adjetivo	L1	L2	Adjetivo	L1	L2
01. Volátil	.011	.284	21. Distante	.064	.255	41. Detallista	.386	.001
02. Humano	.339	.088	22. Perspicaz	.114	.124	42. Generoso	.412	.009
03. Estable	.261	.018	23. Franco	.392	.000	43. Puntual	.309	.000
04. Impredecible	.029	.298	24. Cerebral	.209	.062	44. Visionario	.296	.014
05. Equilibrado	.327	.021	25. Brillante	.310	.041	45. Fácil...	.200	.022
06. Controlado	.293	.000	26. Trabajador	.256	.009	46. Realista	.437	.001
07. Divertido	.200	.018	27. Racional	.371	.020	47. Abierto	.316	.013
08. Orientado...	.373	.001	28. Difícil	.042	.401	48. Analítico	.361	.024
09. Serio	.092	.022	29. Sabio	.230	.012	49. Emprendedor	.386	.009
10. Imaginativo	.258	.021	30. Responsable	.260	.029	50. Conocedor	.265	.000
11. Reflexivo	.325	.003	31. Apasionante	.140	.070	51. Decidido	.287	.000
12. Predecible	.069	.067	32. Cálido	.321	.001	52. Firme	.331	.005
13. Osado	.096	.144	33. Inflexible	.009	.368	53. Metódico	.121	.032
14. Colaborador	.334	.035	34. Emocional	.074	.055	54. Cortés	.371	.008
15. Convencional	.146	.069	35. Rígido	.001	.316	55. Razonable	.433	.007
16. Audaz	.257	.019	36. Extremista	.013	.360	56. Inspirador	.224	.025
17. Amable	.295	.080	37. Digno...	.455	.007	57. Fastidioso	.011	.301
18. Conservador	.146	.038	38. Meticuloso	.049	.074	58. Testarudo	.013	.357
19. Intuitivo	.184	.051	39. Enérgico	.240	.035	59. Tedioso	.281	.001
20. Honesto	.430	.017	40. Dedicado	.285	.000	60. Otros	.000	.161

Nota: L1 y L2 corresponden con las dimensiones Líder 1 y Líder 2 identificadas en el estudio de Contreras et al. (2009), del cual fueron extraídos los pesos factoriales: 08. Orientado hacia las personas: 37. Digno de confianza: 45. Fácil de llevar.

Con base en esta clasificación de Líder 1 y Líder 2 se derivó una segunda categorización de acuerdo con los resultados del estudio de Contreras et al. (2009) en la que se identifican cuatro categorías, que en este estudio se usan para describir los estilos de liderazgo (tabla 2). Los niveles altos y bajos en cada dimensión se identificaron con base en la media como punto de referencia; para Líder 1 este valor fue 3.09, y por ello aquellos participantes que presentan un resultado superior pertenecen al nivel

alto y quienes tuviesen un valor inferior se ubicaban en el bajo; de igual manera se procedió con Líder 2, cuya media fue 0.56. El valor que se va a categorizar se obtiene al sumar los pesos de los adjetivos usados por los participantes para describir el liderazgo en su organización.

Tabla 2. Estilos de liderazgo obtenidos con la categorización propuesta por Juárez et al. (2013)

Categoría	Líder 1 [L1] (deseable)	Líder 2 [L2] (no deseable)
No liderazgo	Bajo (L1 < 3.09)	Bajo (L2 < 0.56)
No deseable	Bajo (L1 < 3.09)	Alto (L2 > 0.56)
Ambivalente	Alto (L1 > 3.09)	Alto (L2 > 0.56)
Deseable	Alto (L1 > 3.09)	Bajo (L2 < 0.56)

Nota: L1 y L2 se obtienen sumando los pesos presentados en la tabla 1 para los adjetivos en cada una de las dos dimensiones identificadas.

RESULTADOS

En primer lugar, se revisó la consistencia interna del instrumento CVP-35 y sus dimensiones, y se encontró que en todos los casos el alpha de Cronbach fue satisfactorio. En la tabla 3 se presentan los valores para la escala completa y para cada una de sus dimensiones.

Tabla 3. Estimación de consistencia interna del CVP-35

	Alpha de Cronbach	Cantidad de ítems
Apoyo directivo	.925	15
Carga de trabajo	.762	11
Motivación intrínseca	.792	8
Total	.893	35

En términos descriptivos, los 38 participantes tienen un nivel de educación superior, y la mayoría de ellos se agrupa en técnicos ($n = 14$), profesionales (11 sin posgrado y 12 con posgrado); el nivel socioeconómico

mico predominante fue medio ($n = 21$), seguido por bajo ($n = 9$) y alto ($n = 8$). Más de la mitad de los participantes manifestó que tiene entre 1 y 4 hijos ($n = 22$), siendo 2 lo predominante ($n = 9$). Finalmente, son trabajadores que se desempeñan en labores asistenciales ($n = 14$) o administrativas ($n = 19$), que laboran cinco días a la semana ($n = 33$), con jornadas entre 4 y 10 horas por turno. La antigüedad en la institución es de 7 años en promedio.

La CVL de los participantes se caracteriza por un alto nivel de motivación intrínseca (73/100 en promedio), mientras que las otras dimensiones se encuentran en un nivel medio (tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la calidad de vida laboral (CVP-35)

Sub-escalas	Mínimo	Máximo	M	SD
Apoyo directivo	1.60	9.53	5.37	2.07
Carga de trabajo	3.27	8.73	5.42	1.37
Motivación intrínseca	3.63	9.50	7.31	1.50

Se encontró que las dimensiones “apoyo directivo” y “motivación intrínseca” están correlacionadas de forma alta y positiva entre sí ($r = .663$, $p < .001$) y también con el nivel socioeconómico ($r = .519$, $p = .001$ y $r = .336$, $p = .042$, respectivamente), mientras que la carga de trabajo no guarda relación significativa con las demás dimensiones. Asimismo, se evidenció que el “apoyo directivo” está relacionado negativamente con la cantidad de días de trabajo a la semana ($r = -.396$, $p = .015$) y con el número de horas por turno ($r = -.478$, $p = .003$). Respecto al nivel educativo, se encontró una asociación positiva con el apoyo directivo ($r = .489$, $p = .002$), es decir, los técnicos perciben menor apoyo directivo que los profesionales con posgrado.

También se encontró que el área de desempeño (asistencial/administrativo/otro) guarda relación con la motivación intrínseca de la CVL ($F_{2,34} = 4.03$, $p = .027$); tal relación se evidencia específicamente en la diferencia de medias entre el grupo de trabajadores asistenciales ($M =$

8.14, SD = 0.87) y administrativos (M = 6.38, SD = 1.56), es decir, que los trabajadores asistenciales reportan mayor motivación.

En síntesis, la CVL está relacionada a nivel sociodemográfico con las variables estrato, educación, días de trabajo semanales y área de desempeño, mientras que sexo, número de hijos, edad, antigüedad y estado civil no guardan relación con las dimensiones de calidad de vida percibida.

Por otra parte, la mayoría de los participantes percibe o un liderazgo no deseable (n = 17) o la ausencia de este (n = 9), y un número reducido de participantes considera que el liderazgo en la institución es deseable (n = 7); el resto de participantes, cuyo número es aún menor, percibe cierta ambivalencia en el estilo de liderazgo (n = 5). Al comparar la CVL de los trabajadores teniendo en cuenta el estilo de liderazgo percibido se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones apoyo directivo y carga laboral (tabla 5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de calidad de vida laboral discriminadas por estilos de liderazgo percibido

Subescala	Liderazgo	N	Mínimo	Máximo	M	DE	F(3;36)	p
Apoyo directivo	No liderazgo	8	2.73	8.67	5.28	2.63	5.461	.004
	No deseable	17	1.60	6.13	4.28	1.00		
	Ambivalente	5	4.00	9.53	7.04	2.54		
	Deseable	7	4.87	8.43	6.92	1.46		
	Total	37	1.60	9.53	5.37	2.07		
Carga de trabajo	No liderazgo	8	3.73	7.18	5.42	1.30	6.159	.002
	No deseable	17	4.09	8.73	6.19	1.31		
	Ambivalente	5	3.73	5.00	4.35	0.52		
	Deseable	7	3.27	5.45	4.31	0.72		
	Total	37	3.27	8.73	5.42	1.37		
Motivación intrínseca	No liderazgo	8	3.63	9.50	7.38	1.87	0.468	.706
	No deseable	17	4.25	8.63	7.11	1.25		
	Ambivalente	5	4.13	9.00	7.10	2.50		
	Deseable	7	7.00	9.25	7.89	0.75		
	Total	37	3.63	9.50	7.31	1.50		

Tal como se puede observar en la figura 1, la dimensión “motivación intrínseca” es la que tiene más alto promedio independientemente del estilo de liderazgo percibido, es decir, dicha percepción no está relacionada con el nivel de motivación de los participantes. En contraste, en la dimensión “carga laboral”, que presenta los más bajos promedios, se observan diferencias significativas entre quienes perciben un estilo de liderazgo u otro, es decir, los que perciben ausencia de liderazgo, o que este no es deseable, presentan promedios significativamente más altos que aquellos que perciben un liderazgo ambivalente o deseable. Finalmente, la dimensión “apoyo directivo” también presenta diferencias entre estos mismos grupos pero en sentido inverso, es decir, aquellos que perciben un liderazgo deseable o ambivalente reportaron un mayor apoyo directivo.

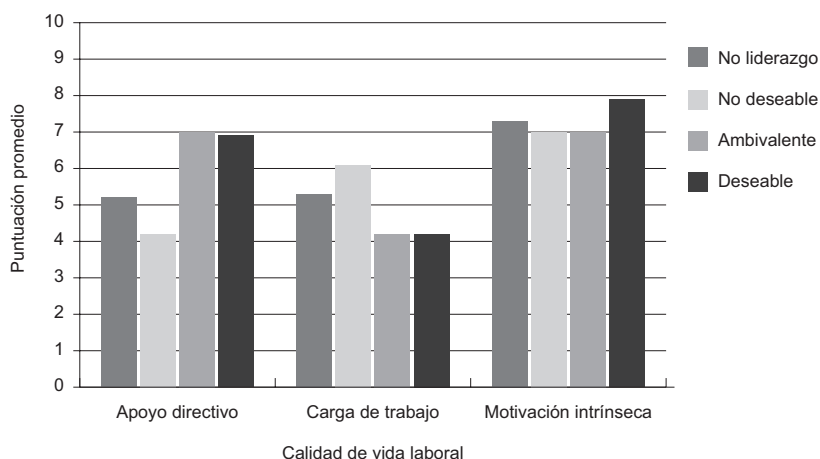


Figura 1. Puntuación promedio de las dimensiones de CVL según estilo de liderazgo percibido por los participantes

En resumen, los estilos de liderazgo percibidos tienen una incidencia sobre la CVL. Aquellos que perciben un liderazgo deseable o ambivalente reportan baja carga laboral y altos valores, tanto en apoyo directivo como motivación intrínseca, mostrando ligeras diferencias en esta última. Por su parte, aquellos participantes que perciben un liderazgo no deseable refieren menor apoyo directivo y mayor carga laboral que quienes repor-

tan un liderazgo deseable o ambivalente. Finalmente, quienes perciben una ausencia de liderazgo no muestran diferencias, respecto a los otros tres grupos, en las dimensiones de CVL.

DISCUSIÓN

En esta investigación se identificaron las características de la CVL de los trabajadores asistenciales y administrativos en un importante centro de atención a pacientes oncológicos; de acuerdo con los resultados, la CVL de los participantes es satisfactoria, caracterizada principalmente por una alta motivación intrínseca, incluso más que la percepción de apoyo del directivo, la carga laboral o las prácticas de liderazgo, como se ha encontrado en otros estudios (Yafang, 2011).

Al revisar el impacto de las variables sociodemográficas se observó que el nivel educativo y el estrato socioeconómico, aspectos relacionados entre sí, modulan la percepción de CVL; específicamente, quienes presentan un alto nivel educativo y socioeconómico reportan mayor apoyo directivo y menor carga laboral. Estos resultados, probablemente, sean producto de una relación diferencial de los directivos con los subordinados dependiendo del estatus y trabajo desempeñado.

Al examinar el área de desempeño se encontró que los participantes que desempeñan labores administrativas presentan menor motivación intrínseca que quienes realizan trabajos asistenciales; este hallazgo confirma que la motivación intrínseca es un valor muy importante para la CVL en los trabajadores de la salud, por encima de la relación que establezcan con los directivos o la carga laboral (Segurado & Agulló, 2002).

Por otro lado, no se encontró relación del sexo, número de hijos, edad, antigüedad y estado civil con las dimensiones de CVL percibidas, lo cual coincide con los hallazgos de Sánchez, Álvarez y Lorenzo (2003).

Estos niveles adecuados de CVL no se corresponden con los estilos de liderazgo, caracterizado por una tendencia mayoritaria a percibir ausencia de liderazgo o lo poco deseable del mismo. Sin embargo, quienes perciben un estilo deseable reportan mayores niveles de CVL, es decir, alto apoyo directivo, baja carga laboral y alta motivación intrínseca,

siendo esta última la que más aporta a la CVL. Este hallazgo reafirma que la percepción de CVL supera los aspectos objetivos relacionados con la misma, tales como la carga laboral, el apoyo de los directivos o su estilo de liderazgo, involucrando aspectos subjetivos que la motivación intrínseca (interés y compromiso) con el trabajo, lo cual es incluso más relevante. Este hallazgo corresponde con el reconocimiento de que la CVL es un concepto integral, cuya evaluación depende de la forma en que se produce la experiencia laboral en condiciones tanto objetivas como subjetivas (Gigantesco et al., 2010; Poza & Prior, 1988).

Tal como ya se indicó, en este estudio se encontró que los participantes perciben un estilo de liderazgo predominante no deseable, pero aun así su CVL es satisfactoria. Estos resultados corresponden en cierta medida con lo encontrado por Budiyanto y Ohetomo (2011), quienes tampoco encontraron relación entre liderazgo y satisfacción laboral. No obstante, al estudiar la interacción entre liderazgo y CVL se pudo identificar que quienes perciben un liderazgo no deseable reportan menor CVL que aquellos que perciben un liderazgo deseable, es decir, se confirma que el estilo de liderazgo tiene efectos en la calidad de vida y bienestar de los trabajadores, porque puede potenciar ambientes de trabajo motivantes que les permitan a las personas desarrollarse y crecer (Curtis & O'Connell, 2011; Omar, 2011; Thompson, 2012).

En este orden de ideas, la CVL, fundamentada principalmente en una su alta motivación intrínseca, no depende del estilo de liderazgo, pero se ve potenciada por este. Este hallazgo reafirma el rol de los directivos/líderes sobre la CVL de los trabajadores, lo cual corresponde con lo hallado en varios estudios (Elliott, 2011; Luthans et al., 2006; Luthans et al., 2005), y la importancia de que esta relación se reconozca como un criterio de responsabilidad social empresarial, pues la CVL no puede depender exclusivamente de los recursos personales sino que debe ser promovida por buenas prácticas directivas, esto es, más centradas en las personas que en las tareas, tal como lo afirman Cummings et al. (2008).

Teniendo en cuenta la crisis por las que atraviesa el sector de la salud en Colombia, encontrar resultados satisfactorios de CVL basados en la motivación intrínseca reafirman la sospecha del esfuerzo compensatorio del

trabajador para obtener satisfacción de su actividad y suplir los aspectos adversos de las condiciones laborales actuales, es decir, es probable que los trabajadores asistenciales y administrativos del sector salud deban recurrir principalmente a sus recursos personales para compensar la escasez o limitación de los aspectos objetivos de la CVL.

Se sugiere realizar estudios que revisen esta posibilidad y que proporcionen más información respecto a la CVL de estos profesionales dada su relevancia e impacto sobre la salud propia y de aquellos a quienes asisten (Nickerson, 2010; Quezada et al., 2010), pues tal como plantean Hernández et al. (2009), el conocimiento que se tiene actualmente es escaso, dado que la calidad de vida en el sector salud se ha centrado más en el paciente que en el profesional asistencial y administrativo. Cabe recordar que, como consideran Pelote y Route (2007), los líderes en salud deben servir a los intereses de los pacientes mediante el suministro de la atención de excelente calidad.

Se concluye que el instrumento CVP-35 constituye una herramienta importante para evaluar la CVL en trabajadores del sector salud, debido a que estima la evaluación de las condiciones objetivas de trabajo, aspectos relacionados con la estructura de la organización y aspectos psicológicos involucrados (carga laboral, apoyo del directivo, motivación intrínseca); adicionalmente, este estudio aporta evidencia preliminar del adecuado funcionamiento técnico (confiabilidad) de este instrumento en población colombiana.

Por último, es importante resaltar que una de las limitaciones de este estudio tiene que ver con la imposibilidad de generalizar sus resultados a la población de instituciones oncológicas del país, dado que los resultados e implicaciones de esta investigación se limitan a la institución estudiada, a pesar de su carácter censal. Se sugiere realizar estudios posteriores en otros centros oncológicos para observar si los resultados aquí presentados son consistentes.

REFERENCIAS

Al-Touby, S. S. (2012). Functional Results-Oriented Healthcare Leadership: A Novel Leadership Model. *Oman Medical Journal*, 27(2), 104-107.

- Budiyanto & Ohetomo, W. (2011). The Effect of Job Motivation, Work Environment and Leadership on Organizational Citizenship Behavior, Job Satisfaction and Public Service Quality in Magetan, East Java, Indonesia. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 75, 192-200.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continua*, 5, 491 - 492.
- Cabezas, C. (20007). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continua*, 7(7), 53-68.
- Caboblanco, M., Martín, J., Páez, M., Garijo, J., Rodríguez, A. & Cortes, J. A. (2004). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- Clegg, A. (2000). Leadership: improving the quality of patient care. *Nursing Standard*, 14(30), 43-45.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 13-26.
- Contreras, F., Juárez, F., Barbosa, D. & Uribe, A. (2010). Estilos de liderazgo, riesgo psicosocial y clima organizacional en un grupo de empresas colombianas. *Revista Facultad de Ciencias Económicas*, 18(2), 7-17.
- Cummings, G. G., Olson K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E. et al. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16, 508-518.
- Curtis, E. & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32-35.
- Elliott, R. (2011). Utilizing evidence-based leadership theories in coaching for leadership development: Towards a comprehensive integrating conceptual framework. *International Coaching Psychology Review*, 6(1), 46 - 70.
- Fernández, M. I., Moineiro, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J. M. et al. (2000). Satisfacción laboral en los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 139-147.
- Gantz, N. R., Sorenson, L. & Howard, R. L. (2003). A collaborative perspective on nursing leadership in quality improvement. The foundation for outcomes management and patient/staff safety in health care environments. *Nursing Administration Quarterly*, 27(4), 324 - 329.

- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A. & Morosini, P. (2003). Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Mental Health Journal*, 39, 349-354.
- Gurt, J., Schwennen, C. & Elke, G. (2011). Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress*, 25(29), 108-127.
- Heifetz, R. A. & Laurie, D. L. (1997). The Work of Leadership. *Harvard Business Review*, 75(1), 124 - 134.
- Hernández, V., Quintana, L., Mederos, R., Guedes, R. & García, B. (2009). Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 12(1), 1 - 8.
- Herrera, R. & Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana Enfermería*, 21(1), 1-12.
- Howe, A., Mathers, N. & Steel, N. (2012). "Doing" quality: an agenda for GP leadership to improve patient care. *Quality in primary care*, 20(5), 313 - 315.
- Infante, I., Moret, A. & Curbelo, I. (2007). Satisfacción del Personal de Enfermería en Servicios de Oncología. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(3), 1-15.
- Juárez, F. Contreras, F. & Barbosa, D. (2013). Propiedades psicométricas del Test de Adjetivos de Pitcher para la evaluación del liderazgo. Manuscrito presentado para su publicación.
- Karasek, R. (1989). PQL-35 questionnaire. *International Journal of Health Service*, 19(3), 481-508.
- Komives, S. R., Lucas, N. & McMahon, T. R. (1998). *Exploring Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Korzeniewska-Eksterowicz, A., Przysto, L., Grzelewski, T., Stolarska, M., Mlynarski, W., Stelmach, I., Krakowiak, J. & Stelmach, W. (2010). Job satisfaction among health professionals of Home Hospice for Children of Lodz Region. *Advances in Palliative Medicine*, 9(3) 67-72.
- Lamb, B., Brown, K., Nagpal, K., Vincent, C., Green, J. & Sevdalis, N. (2011). Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Annals of Surgical Oncology*, 18(8), 2116-2125.
- Luthans, F., Avery, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. & Combs, G. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organisational Behaviour*, 27, 387-393.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Walumba, F. & Li, W. (2005). The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review*, 1, 247-269.

- Martínez, J., Gallo, M., Albores, L. & Márquez, M. (2012). La integridad mental del personal clínico de un hospital psiquiátrico, asociado a una lata exigencia emocional y a la organización nociva del trabajo. *Salud Mental*, 35(4), 297-304.
- National Health Service [NHS]. (2011). A framework to develop leadership potential. *Nursing Management*, 29-32.
- Nickerson, C. J. (2010). Discerning leadership. *Nursing Education Perspectives*, 31(2), 118 - 119.
- Omar, A. (2011). Liderazgo transformador y satisfacción laboral: el rol de la confianza en el supervisor. *Liberabit*, 17(2), 129-137.
- Otara, A. (2011). Perception: A Guide for Managers and Leaders. *Journal of Management and Strategy*, 2(3), 21 - 24.
- Peiró, J. & Rodríguez, I. (2008). Estres laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68 - 82.
- Pelote, V. & Route, L. (2007). *Masterpieces in health care leadership: cases and analysis for best practice*. London: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Perra, B. M. (2000). Leadership: the key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 56-61.
- Pitcher, P. (1997). *The drama of Leadership*. New York: John Wiley and Sons.
- Pitcher, P. (1999). Artists, Craftsmen & Technocrats. *Training & Development*, 53(7), 30 - 33.
- Poza de la, J. & Prior, J. (1988). Calidad de vida en el trabajo. Un estudio empírico. En *Libro de Simposios. 1er Congreso Iberoamericano y 3º Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (pp. 470 - 476). Madrid: COP.
- Quezada, F., Castro, A. & Cabezas, F. (2010). Diagnóstico de la Calidad de Vida Laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz" de Los Ángeles (CAVRR). *Horizontes Empresariales*, 9(1), 55-68.
- Reyes-Jácome, L. & Lara, G. (2011). El liderazgo integral en las organizaciones. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 161-175.
- Sánchez, R., Álvarez, R. & Lorenzo, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *MEDIFAM*, 13(4) 291 - 296.
- Segurado, A. & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4), 828-836.
- Thompson, J. (2012). Transformational leadership can improve workforce competencies. *Nursing Management*, 18(10), 21 - 4.

Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508 - 21.

Yafang, T. (2011). Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *Health Services Research*, 11(98), 1 - 9.