

J U N I O 2006



 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Entornos de trabajo saludables
Guías de buenas prácticas

Desarrollo y
mantenimiento del
liderazgo en enfermería



 **investen**
iscii

 **Ontario**



Saludo de Doris Grinspun, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Forma parte de una serie de Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables realizadas hasta la fecha por la comunidad de enfermeras. El objetivo de las Guías es proporcionar la mejor evidencia posible, y de este modo respaldar la creación de entornos laborales saludables y prósperos.

Al aplicarlas, la excelencia en el servicio que han de prestar las enfermeras en su labor cotidiana se ve respaldada. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra idea de unas Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. Al gobierno de Ontario y Health Canada, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar este programa y concedernos una generosa financiación. A Donna Tucker (Directora del programa desde el año 2003 hasta el año 2005) e Irmajean Bajnok (Directora del Centro para la Excelencia Profesional en la Enfermería y Directora del programa desde el año 2005), por aportar sus conocimientos y trabajar intensamente para promover la producción de estas Guías de buenas prácticas para entornos laborales saludables. A todos los jefes de equipo de las Guías para entornos laborales saludables y, para esta Guía en particular, a Margaret Keatings y Daina Mueller, por su gestión, compromiso y, sobre todo, por su gran experiencia. También a los miembros del equipo que generosamente han contribuido con su tiempo y conocimientos. No podríamos haber entregado un recurso de calidad sin ellos.

Agradecemos de antemano a toda la comunidad de la enfermería, tan comprometida y apasionada por la excelencia en los cuidados de enfermería y los entornos laborales saludables, y que ahora adoptará estas Guías de buenas prácticas para implantarlas en sus lugares de trabajo. Le pedimos que evalúe su impacto y nos comunique lo que funciona y lo que no, para que podamos continuar aprendiendo gracias a ello y podamos revisar estas Guías según la evidencia y la práctica. Estos procesos están destinados a producir grandes resultados: comunidades de aprendizaje mutuo gracias al trabajo en equipo y al intercambio de experiencias y conocimientos. La sinergia resultante resonará por todo el movimiento de Guías de buenas prácticas, en los lugares de trabajo, y alcanzará a las personas que reciben cuidados de enfermería.

La creación de entornos laborales saludables conlleva una responsabilidad individual y colectiva. Una implantación eficaz de estas directrices requiere el esfuerzo concertado de los administradores, el personal y las enfermeras de práctica avanzada, las enfermeras dedicadas a la elaboración de directrices, la formación y la investigación, y sus colegas de atención de sanitaria en otras disciplinas de la institución. También requiere el pleno apoyo institucional de la Dirección y sus consejeros delegados. Es nuestro deseo que comparta estas Guías con los miembros de su equipo. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros.

Juntos, podemos garantizar que las enfermeras y los demás profesionales sanitarios contribuyan en la creación de entornos laborales saludables. Es algo imprescindible para garantizar la calidad de la atención que se presta al paciente. Hagamos que los profesionales sanitarios, y las personas a las que atienden, sean los verdaderos beneficiarios de este gran trabajo.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD (c), OOnt.



Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en Enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Enero 2011

Miembros del equipo de desarrollo

Heather K. Spence Laschinger, RN, PhD

Panel Chair

Professor and Associate Director Nursing Research
School of Nursing, University of Western Ontario
London, Ontario

Joan Almost, RN, MScN

Doctoral Student
University of Toronto
Toronto, Ontario

Irmajean Bajnok, RN, MScN, PhD

Director, RNAO Centre for Professional Nursing Excellence
Toronto, Ontario

Diane Bewick, RN, BScN, MScN, DPA

Director, Family Health Services & Professional Nurse Leader
London Health Unit
London, Ontario

Denise Dietrich, RPN, BA, MHS

Staff Nurse
Parkwood Mennonite Home
Waterloo, Ontario

Karen Eisler, RN, BScN, MScN

Membership Coordinator
Saskatchewan Registered Nurses' Association
Regina, Saskatchewan

Carol Fine, RN, BScN, MHSc

Associate Director Post-Diploma Degree Program
Ryerson School of Nursing, Ryerson University
Toronto, Ontario

Paula J. Manuel, RN, BScN

Staff Nurse
Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Sue Matthews, RN, BA, MHScN, DPH

Provincial Chief Nursing Officer
Ministry of Health and Long-Term Care
The Nursing Secretariat
Toronto, Ontario

Jane Merkley, RN, MSc

Director of Nursing Practice
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Kaaren Neufeld, RN, MN

Chief Nursing Officer & Executive Director
St. Boniface General Hospital
Winnipeg, Manitoba

Barbara Oke, RN, BN, MHSA

Nursing Policy Advisor
Nova Scotia Department of Health
Halifax, Nova Scotia

Nancy Purdy, RN, MScN, PhD(c)

Doctoral Student
University of Western Ontario
London, Ontario

Shirlee Sharkey, RN, BA, BScN, MHSc, CHE

President and CEO
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Judith Skelton-Green, RN, PhD

President
TRANSITIONS: HOD Consultants Inc
Penetanguishene, Ontario

Marcia Taylor, RN, BScN

Staff Nurse
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Donna Tucker, RN, MScN

Panel Coordinator (2003-2005)
Registered Nurses Association of Ontario
Toronto, Ontario

Responsabilidad para el desarrollo de las Guías

La Asociación Profesionalde Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y Cuidados Crónicos de Ontario (en lo sucesivo Ontario Ministry of Health and Long-Term Care), se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, aplicación piloto, y difusión de las Guías de buenas prácticas en enfermería . Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo experto propuesto por la RNAO, que ha realizado su trabajo con independencia de cualquier sesgo o influencia de los organismos de financiación. El equipo contó con el apoyo de los miembros del proyectode la RNAO que se mencionan a continuación.

Equipo del proyecto

Irmajean Bajnok, RN, MSN, PhD

Director, RNAO Center for Professional Nursing Excellence
Project Director (as of July 2005)

Donna Tucker, RN, MScN

Project Director & Panel Coordinator (2003-2005)

Cian Knights, BA

Project Assistant (August 2003-August 2005)

Erica Kumar, BSc

Project Assistant (as of September 2005)



Información de contacto

de la Asociación Profesional de enfermeras de Ontario
Healthy Work Environments Best Practice Guidelines Project
158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3
Website: <http://www.rnao.org/projects/hwe.asp>

Agradecimientos a los colaboradores

La Asociación de Enfermeras de Ontario desea agradecer por su contribución en la revisión de las guías de buenas prácticas en enfermería y por sus valiosos comentarios a las siguientes personas:

Silvana Biscaro, BScN, MAEd

Manager, Cardiac Surgery
Trillium Health Centre
Mississauga, Ontario

Dorothy Broeders-Morin, RN, DHA

Manager
Saint Elizabeth Health Care
Kingston, Ontario

Darlene Brown, RN, MScN

Client-Centered Care Project Manager
Community Living South
Dashwood, Ontario

Barbara Bruinse, RN, BSc

Clinical Response Nurse and Co-chair of RN Council
Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Beth Brunsdon-Clark, RN, BN, MN

Vice President of Programs & Patient Care and CNO
Victoria General Hospital
Winnipeg, Manitoba

Robin Buckland, RN, MScN

Senior Policy Analyst
Health Canada – Human Resources Strategy Division
Ottawa, Ontario

Janet Carr, RN, BNSc

Public Health Nurse
Ottawa Public Health
Ottawa, Ontario

Anne Coghlan, RN, MScN

Executive Director
College of Nurses of Ontario
Toronto, Ontario

Kim Cook, RN, BA, MSHSA on behalf of the NLN.ON Executive

President
NLN-ON
Toronto, Ontario

Janet Cormier, RN, BScN CON(c), MA

Clinical Consultant
Saint Elizabeth Home Health Care
Markham, Ontario

Greta Cummings, RN, PhD

Assistant Professor, Faculty of Nursing
The University of Alberta
Edmonton, Alberta

Barbara Davies, RN, PhD

Associate Professor, School of Nursing
University of Ottawa
Ottawa, Ontario

Salma Deb-Ivall, RN, BScN, MScN

Corporate Associate Coordinator, Nursing Education
The Ottawa Hospital

Cori Dmitriew, RN, BScN, CINA(c), CHPCN(c)

Health Services Supervisor
Saint Elizabeth Health Care
Thunder Bay, Ontario

Michele Durrant, RN, BScN, MSc

Central Nurse Educator
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Era Mae Ferron, RN, BNSc, MN

Nurse Research Coordinator
Ontario Neurotrauma Foundation Shaken Baby
Syndrome Prevention Program
Life Span Adaptation Projects, University of Toronto
Toronto, Ontario

Mary Anne Fish, RN, BA

Service Delivery Centre Manager
Saint Elizabeth Health Care
Ottawa, Ontario

Wendy Gifford, RN, PhD(c)

Doctoral Student, Faculty of Health Sciences
University of Ottawa, School of Nursing
Ottawa, Ontario

Sharon Goodwin, RN, BScN, MN

Vice President Client Services
VON Canada
North Bay, Ontario

Julie Gregg, RN, MAdEd.

Coordinator, Member Relations and Development
College of Registered Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Pat Griffin, RN, PhD

Executive Director
Canadian Association of Schools of Nursing (CASN)
Ottawa, Ontario

Lisa-Anne Hagerman, RN, EdD

Assistant Professor
Trent University
Peterborough, Ontario

Linda Hamilton, RN, MN

Executive Director
College of Registered Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Donna Hutton, RN, MEd

Executive Director
The Alberta Association of Registered Nurses
Edmonton, Alberta

Mildred G. Jarvis, RN, DipN Ed, BIS

Hospital & LTC Consultant
The Salvation Army, Territorial Headquarters
Canada and Bermuda

Janice Joyce, LPN, Dipl Ad

Nursing Practice Consultant
College of Licensed Practical Nurses of British Columbia
Burnaby, British Columbia

Alison Kitson, RN, PhD, FRCN

Executive Director for Nursing
The Royal College of Nursing
London, UK

Paulette Lacroix, RN, HBSn, MPH(c)

Nursing Consultant
PC Lacroix Consulting Inc.
Maple Ridge, British Columbia

Sue Le Beau, RN (EC), BScN, MScN

Program Manager
North Bay General Hospital
North Bay, Ontario

Heather Lee Kilty, BA, MEd, PhD

Assistant Professor
Brock University
St. Catherines, Ontario

Jan Linscott, RN, MN

Advanced Practice Nurse – St. Mary's of Lake Site
Providence Continuing Care Centre
Kingston, Ontario

Francis Loos, RN, BSN, MN, CNCC(c)

Clinical Development Educator
Pasqua Hospital – Regina Qu'Appelle Health Region
Regina, Saskatchewan

Sandra MacDonald-Rencz, BN, MEd, CHE

Executive Director
Health Canada, Office of Nursing Policy
Ottawa, Ontario

Ann Mann, RN, MN

Executive Director/Registrar
College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia
Halifax, Nova Scotia

Mariana Markovic, RN, BScN, CPN(c)

Professional Practice Specialist, Labour Relations Officer
Ontario Nurses' Association
Toronto, Ontario

Sylvia Masters, RPN

Staff Nurse
Leisureworld Caregiving Centre
Brampton, Ontario

**Martine Mayrand Leclerc,
RN, MGSS/MHA, PhD(c)**

Professor and Coordinator, Nursing Graduate Programs
Nursing Department
Université de Québec en Outaouais
Gatineau, Québec

Shirley McKay, RN, BScN, MSA

Director of Regulatory Services/ Registrar
Saskatchewan Registered Nurses' Association
Regina, Saskatchewan

Barbara L. Mildon, RN, MN, CHE

Research Associate, Nursing Health Service
Research Unit, Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Jean Morrison, RN

Chief Nursing Officer
Saskatoon Regional Health Authority
Saskatoon, Saskatchewan

Holly Quinn, RN, BScN

Director of Clinical Programs
Bayshore Home Health
Mississauga, Ontario

Christine Rieck-Buckley, RN, MSc(A)

Advanced Practice Resource Nurse
SCO Health Service
Ottawa, Ontario

Cheryl Reid Haughian, RN BHSn

Director, Professional Practice
ParaMed Home Health Care
Ottawa, Ontario

Janet Rush, RN, PhD

Consultant, Nursing & Program Evaluation
Assoc. Professor, Trent University; Asst. Professor,
McMaster University
Hamilton, Ontario

Lisa Safian, RN, BA, MEd(c)

Educator – Staff Development
The Brant Community Health Care System
Brantford, Ontario

**Marcy Saxe-Braithwaite, RN, BScN, MScN,
MBA, CHE**

VP Programs and Chief Nursing Officer
Providence Continuing Care Centre
Kingston, Ontario

Marlene Smadu, RN, EdD

Associate Dean of Nursing, Regina Site
University of Saskatchewan
Regina, Saskatchewan

Patricia Somers, RN, MScN, CHE

VP Clinical Programs and Chief Nursing Executive
Hotel Dieu Grace Hospital
Windsor, Ontario

Heather Tales, RN, BScN

Nursing Professional Practice Specialist
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Deborah Tamlyn, RN, BN, MEd, PhD

President
Canadian Nurses Association
Ottawa, Ontario

Ann-Marie Urban, RN, BScN, MN

Nurse Educator
Nursing Education Program of Saskatchewan
Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology
Regina, Saskatchewan

Colleen Van Berkel, RN, BNSc, MHSc,

Manager, Applied Research & Evaluation Branch
Public Health and Community Services Department
Programming Policy & Planning Division
City of Hamilton
Millgrove, Ontario

Michael J. Villeneuve, RN, BScN, MSc

Senior Nurse Consultant
Canadian Nurses Association
Ottawa, Ontario

Leslie Vincent, RN, MSc(A), CON(c)

Senior Vice President, Nursing
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Maureen White, RN, MN, IBCLC, PNC(c)

Assistant Professor
Dalhousie University, School of Nursing
Halifax, Nova Scotia

Leslie Williams, RN, BSc, BScN

Clinical Research Coordinator
The Gerry & Nancy Pencer Brain Tumor Centre
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario

Pete Wimpenny, RGN, BSc, Cert, Ed, PhD

Associate Director
Joanna Briggs Collaborating Centre, UK
Aberdeen, Scotland

Carol Wong, RN, BScN, MScN

Assistant Professor
The University of Western Ontario, School of Nursing
London, Ontario

Cheryl Yost, RN, BSc, Med

Director, Training and Development
Huron Perth Healthcare Alliance
Stratford, Ontario



Aviso de responsabilidad y copyright

Aviso de responsabilidad

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) garantizan la exactitud de la información recogida en las guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

Este documento es de dominio público y puede emplearse y reimprimirse sin permiso especial, a excepción de los materiales con derechos de autor explicitados, para los que está prohibida la reproducción sin la autorización expresa de los titulares de los derechos de autor. La RNAO agradece que se les cite como fuente. El formato sugerido para la cita se indica a continuación:

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en enfermería*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado en exclusiva con un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la medicina, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales de la enfermería experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia)*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
*Unidad de coordinación y desarrollo de la
Investigación en Enfermería, Investén-isciii.
Instituto Carlos III, España.*

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España*

**Montserrat Gea Sánchez,
DUE, PhD candidate**
*Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis
Sanitaris. Lleida*

Ana Craviotto Vallejo, DUE
*Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid,
España*

Raquel Sánchez, DUE
*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España*

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Índice de contenidos

Antecedentes del Proyecto de las Guías de buenas prácticas en Entornos de trabajo saludables	13
Marco organizativo del Proyecto de Guías de buenas prácticas sobre Entornos de trabajo saludables	15
Antecedentes de la Guía de Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería	20
Objetivos y ámbito de aplicación	22
Cómo usar este documento	23
Modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo	25
Visión general del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo	26
Resumen de recomendaciones	28
Recursos y tipos de evidencia en cuanto al desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería	30
Recomendaciones para la práctica del liderazgo	32
Fomento de las relaciones y la confianza	34
Creación de un entorno de trabajo empoderado	38
Creación de un entorno que apoya el desarrollo del conocimiento y la integración	42
Liderar y mantener el cambio	46
Equilibrio entre los valores y las prioridades en competencia	50
Recomendaciones para la organización	53
Recomendaciones de recursos personales	66
Recomendaciones para el sistema	71
Recomendaciones para los gobiernos	71
Recomendaciones para la investigación	74
Recomendaciones para los organismos de acreditación.	76
Recomendaciones para la formación	77
Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para ambientes de trabajo saludables..	80
Evaluación y seguimiento de la Guía	81
Referencias bibliográficas	83
Referencias numeradas	83
Referencias por orden alfabético	105

Anexo A: Glosario de términos	125
Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía	131
Anexo C: Proceso de revisión sistemática de la literatura científicasobre Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería realizado por el Instituto Joanna Briggs	132
Anexo D: Medición de los conceptos relacionados con las prácticas de liderazgo en relación al modelo de entornos de trabajo saludables en enfermería	135

* Las palabras marcadas con la letra G se encuentran en el Glosario de términos.

Antecedentes del Proyecto de Guía de buenas prácticas en entornos de trabajo saludables

En julio del año 2003, la RNAO, gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario (MOHLTC, por sus siglas en inglés), en colaboración con Sanidad de Canadá (Health Canada), Oficina de Directrices de Enfermería, comenzó a desarrollar las Guías de buenas prácticas basadas en la evidencia con el objetivo de crear ambientes de trabajo saludables⁶ para las enfermeras. Al igual que en la toma de decisiones clínicas, es importante que quienes se centran en crear entornos de trabajo saludables tomen sus decisiones basándose en la mejor evidencia posible.

El proyecto de Guías G de buenas prácticas⁶ para entornos de trabajo saludables responde a las prioridades identificadas por el Comité Provincial mixto de enfermería (Joint Provincial Nursing Committee; JPNC, por sus siglas en inglés), y el Comité canadiense de asesoramiento en enfermería (en adelante: Canadian Nursing Advisory Committee).¹ La idea de desarrollar y distribuir ampliamente una guía sobre entornos de trabajo saludables se propuso por primera vez para *garantizar los cuidados: Informe sobre la selección de personal y permanencia de enfermería en Ontario*² presentado al Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos en el año 2000 y aprobado por el JPNC.

Los sistemas de atención sanitaria están sometidos a una presión que va en aumento, dado que han de controlar los costes e incrementar la productividad, al tiempo que dan respuesta a las numerosas demandas, de las poblaciones en constante crecimiento y envejecimiento, con tecnologías avanzadas y un consumismo más sofisticado.³ La reforma sanitaria en Canadá está enfocada a los principales objetivos definidos en el Primer acuerdo ministerial de 2000 de aplicación federal, provincial y territorial (Federal/Provincial/Territorial First Ministers' Agreement 2000),⁴ y en los Acuerdos en materia de salud de 2003⁵ y 2004⁶.

- la provisión de acceso oportuno a los servicios sanitarios en función de las necesidades;
- un servicio de atención sanitaria seguro orientado al paciente o usuario, eficaz y de alta calidad; y
- un sistema de salud sostenible y asequible.

Las enfermeras⁶ constituyen un elemento indispensable para la consecución de estos objetivos. Es fundamental que exista un número adecuado de enfermeras para asegurar un acceso asequible a la atención sanitaria de manera oportuna y segura. Lograr entornos de trabajo saludables resulta primordial de cara a la contratación y fidelización de las enfermeras.

Un gran número de informes y artículos han documentado las dificultades para contratar y conservar una buena plantilla de enfermería.^{2, 7-11} Algunos autores han sugerido que la base de la escasez de enfermeras actual es el resultado de entornos de trabajo insalubres.¹²⁻¹⁵ Se necesitan estrategias que mejoren los lugares de trabajo para reparar el daño producido por una década de reestructuraciones y reducciones de plantilla implacables.³

Cada vez tenemos una mejor comprensión de la relación entre los entornos de trabajo de la enfermera, la evolución de los pacientes y el funcionamiento de la organización y del sistema.¹⁶⁻¹⁸ Varios estudios han mostrado fuertes vínculos entre el personal de enfermería y la aparición de episodios adversos en los pacientes.¹⁹⁻²⁹ La evidencia muestra que los entornos de trabajo saludables redundan en beneficios financieros para las instituciones ya que reducen el absentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria de la institución y³⁰ los gastos derivados de los acontecimientos adversos del paciente^{G.31}

Lograr un ambiente de trabajo saludable para las enfermeras requiere *un cambio transformacional*, con “intervenciones que aborden los factores subyacentes del lugar de trabajo y de la institución”.³² Esta es la intención con la que hemos desarrollado estas guías. Creemos que una completa implantación marcará la diferencia para las enfermeras, sus pacientes o usuarios y para las instituciones y comunidades en las que trabajan. Como es natural, al dedicar una especial atención a la creación de entornos de trabajo saludables, no solo se beneficia a las enfermeras, sino a otros profesionales sanitarios. Asimismo, creemos que las Guías de buenas prácticas únicamente pueden implantarse con éxito cuando existen recursos y procesos de planificación adecuados, respaldo administrativo e institucional, y los medios precisos.

El proyecto se estructura en seis Guías de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables

- Práctica colaborativa entre equipos de enfermería
- Desarrollo y mantenimiento efectivo de personal de enfermería y prácticas de carga de trabajo
- Desarrollo y mantenimiento del Liderazgo en enfermería
- Abarcar la diversidad cultural en los cuidados de salud: el Desarrollo de la competencia cultural
- Profesionalidad en enfermería
- Salud en el lugar de trabajo, seguridad y bienestar de la enfermera

“ *Un entorno de trabajo saludable es...
... un lugar de trabajo que maximiza la salud y
bienestar de las enfermeras, la calidad en los
resultados de los pacientes o clientes, las funciones
organizativas y los resultados sociales.* ”

Marco organizativo del Proyecto para la elaboración de las Guías de buenas prácticas en Entornos de trabajo saludables

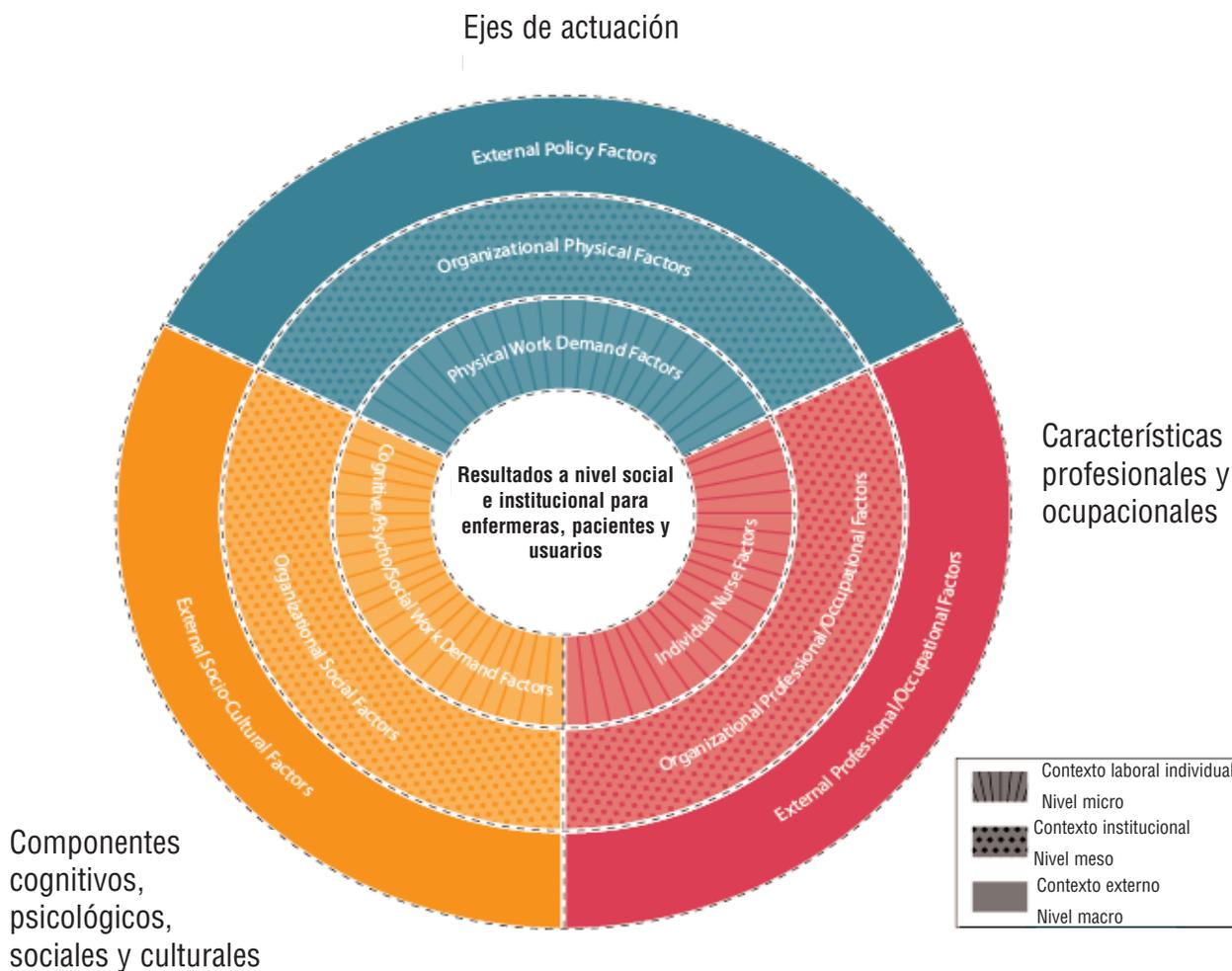


Figura 1. Modelo conceptual para entornos de trabajo saludables para las enfermeras: Componentes, factores y resultadosⁱ⁻ⁱⁱⁱ

Conseguir un ambiente de trabajo saludable para las enfermeras es una tarea compleja y que abarca muchos campos, con numerosos elementos relacionados entre sí. Se precisa un modelo integral para poder desarrollar, implantar y evaluar un enfoque sistemático que permita mejorar el entorno de trabajo de las enfermeras. Los entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería son definidos como lugares de trabajo que maximizan la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad de resultados del paciente/cliente, la actuación organizativa y los resultados sociales.

En el modelo conceptual integral de entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería presenta el entorno laboral saludable como un producto de la interdependencia entre los determinantes del sistema individuales (micro nivel), organizativos (meso nivel) y externos (macro nivel) como se muestra anteriormente en los tres círculos. En el centro de los círculos están los beneficiarios esperados de los entornos de trabajo saludables para las enfermeras: las enfermeras, los pacientes o usuarios, las organizaciones y sistemas, y la sociedad en su conjunto, incluyendo comunidades más saludables.^{iv} Las líneas de este modelo están punteadas para indicar las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo.

El modelo sugiere que el funcionamiento de los individuos se ve influido y mediado por las interacciones entre el individuo y su entorno. Así pues, las intervenciones para promover entornos de trabajo saludables deben estar centradas en diferentes niveles y componentes del sistema. De igual manera, estas intervenciones deben influir no sólo a los factores del sistema y las interacciones entre ellos, sino también al propio sistema.^{v,vi}

Los supuestos que sustentan el modelo son los siguientes:

- los entornos de trabajo saludables son esenciales para los cuidados seguros y de calidad en el paciente o cliente;
- el modelo es aplicable a todos los lugares de trabajo y todos los dominios del personal de enfermería;
- los factores individual, organizativo y externo del sistema son los que determinan los entornos de trabajo saludables para las enfermeras;
- los factores de los tres niveles afectan a la salud y bienestar de las enfermeras, a la calidad de los resultados de los pacientes o usuarios, al comportamiento institucional y del sistema, y a los resultados para la sociedad, tanto individualmente como mediante interacciones sinérgicas;
- En cada nivel, hay componentes de política física y estructural, componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales y componentes profesionales o ocupacionales; y
- Los factores profesionales u ocupacionales son únicos para cada profesión, mientras que, los factores restantes son comunes para todas las ocupaciones o profesiones.

-
- i Adaptado de DeJoy, D.M. & Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): December, 1221-1230; modified by Lashinger, MacDonald and Shamian (2001); and further modified by Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok, & Shamian (2003)
- ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et al. (2001, June). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Challenge Foundation.
- iii O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.
- iv Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2):21-23.
- v Green, L.W., Richard, L. and Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): March/April, 270-281
- vi Grinspun, D., (2000). Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. In Diana L. Gustafson (ed.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax, Nova Scotia, Canada. Fernwood Publishing.

Características físicas y estructurales de las directrices

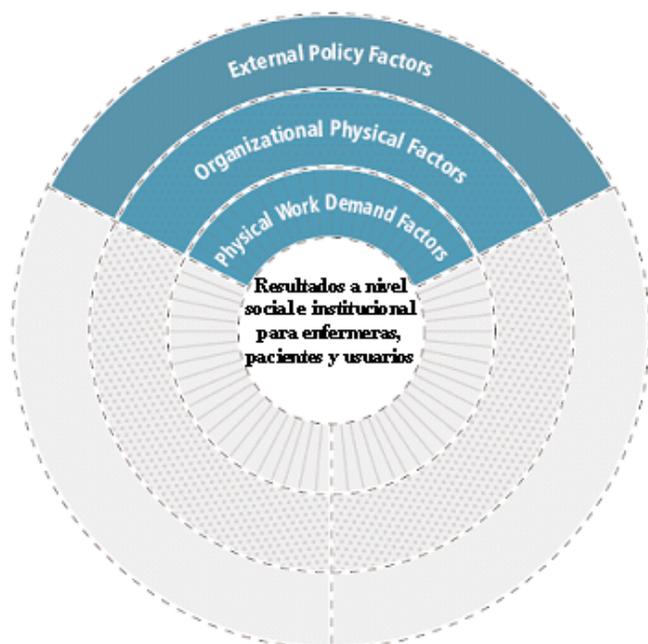


Figura 1A

Componentes de la política física y estructural

- A nivel individual, los factores de demanda física incluyen los requerimientos de trabajo que necesitan capacidades físicas y esfuerzo por parte de los individuos.^{vii} Se incluyen entre estos factores las cargas de trabajo, los cambios de horario y turno, el levantar pesos, la exposición a peligros y sustancias infecciosas y las amenazas a la seguridad personal.
- En el nivel organizativo, los factores físicos de la institución incluyen las características físicas y el entorno físico de la institución y también las estructuras organizativas y los procesos creados para responder a las exigencias físicas del trabajo. Se incluyen entre estos factores las prácticas de dotación de personal, la flexibilidad y autoprogramación de las carteleras u horarios, el acceso a equipos de elevación que estén en buen estado de funcionamiento, la salud laboral y políticas ocupacionales y el personal de seguridad.
- En el sistema o nivel externo, los factores de competencia externa (External Policy Factors) incluyen modelos de cuidados, financiación y marcos legislativos, comerciales, económicos y políticos (por ejemplo, políticas de migración, reformas del sistema sanitario) externos a la organización.

vii Grinspun, D. (2000). The Social Construction of Nursing Caring, (unpublished doctoral dissemination proposal).

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

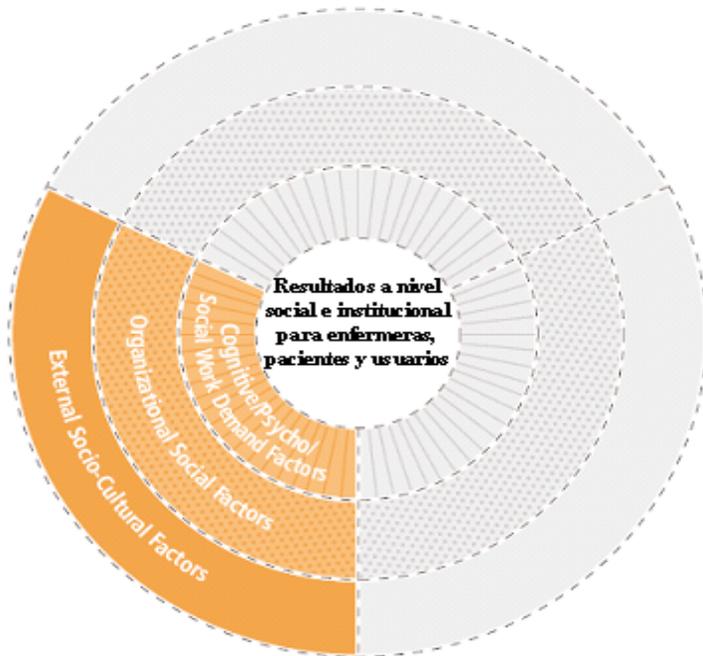


Figura 1B

Componentes cognitivos, psicológicos, sociales y culturales

- En el nivel individual, cognitivo y psicosocial, los factores de demanda incluyen los requisitos de trabajo que requieren capacidades cognitivas, psicológicas, sociales, y esfuerzo (por ejemplo, conocimiento clínico, habilidades de afrontamiento eficaz, habilidades de comunicación) respecto a la parte individual.^{vii} Se incluyen entre estos factores la complejidad clínica, la seguridad en el trabajo, las relaciones del equipo, las demandas emocionales, claridad de roles y la presión de rol.
- En el nivel institucional, los factores institucionales y sociales están asociados con el clima organizativo, la cultura y los valores. Entre estos factores se encuentran la estabilidad institucional, las prácticas relacionadas con la comunicación y las estructuras, las relaciones entre empleados y gestores, y una cultura que favorece y apoya la formación continuada.
- En el nivel del sistema, los factores socioculturales externos (External Sociocultural Factors) contemplan las tendencias de los consumidores, las preferencias en los cambios de los cuidados, los cambios de rol en la familia, la diversidad de la población y de los profesionales, y una demografía en constante cambio. Todo ello influye en el funcionamiento de las instituciones y los individuos.

Características profesionales y ocupacionales

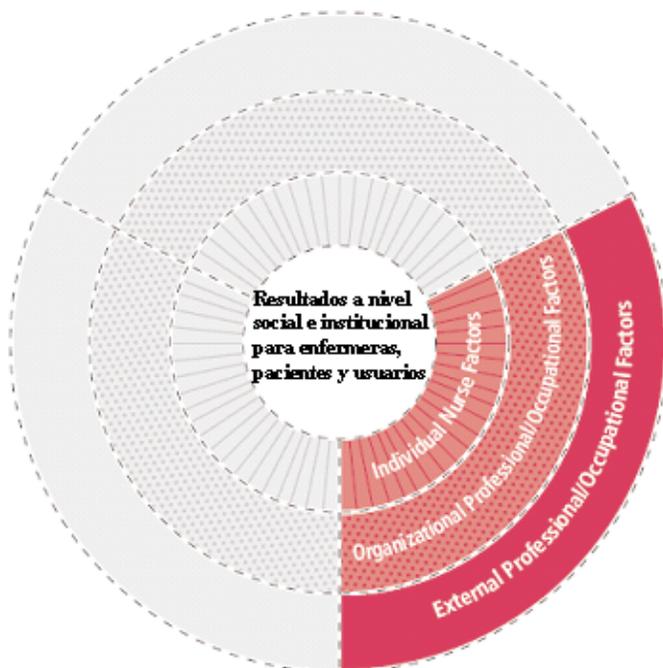


Figura 1C

Componentes profesionales y ocupacionales

- En el ámbito individual, los factores individuales de la enfermera incluyen las aptitudes personales, o bien sus capacidades y conocimientos adquiridos, que determinan su respuesta ante las exigencias físicas, cognitivas y psicosociales del trabajo.^{vii} Estos factores incluyen el compromiso con los cuidados del paciente, la institución y la profesión; la ética y los valores personales; la práctica reflexiva; Resiliencia, capacidad de adaptación y autoestima; y conciliación entre la vida familiar y personal.
- En el nivel institucional, los factores profesionales y ocupacionales son propios de la naturaleza y del papel de la profesión u ocupación. En estos factores se encuentran el campo de aplicación de la práctica, el nivel de autonomía y el control sobre dicha práctica, así como las relaciones interdisciplinarias.
- En el nivel externo o del sistema, los factores profesionales externos incluyen las directrices y regulaciones en los ámbitos provincial / territorial, nacional e internacional que influyen en las directrices sanitarias y sociales y en las distintas disciplinas y ámbitos.

Antecedentes de la Guía para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería

En los últimos 20 años, hemos asistido a un cambio sin precedentes en la atención sanitaria, con reformas dirigidas en gran medida a contener los costes mientras se trataba de mejorar o mantener los resultados. Durante este período de tiempo se ha producido una reducción drástica del número de puestos de liderazgo formal en enfermería. Entre 1994 y 2002 en Canadá, hubo una pérdida de 6.733 puestos de gestión, una reducción del 29%.^{1, 33-35} Para aquellos que permanecen en puestos de liderazgo, la asunción de más funciones y el afrontamiento de exigencias múltiples, así como las demandas competitivas, les dejan poco tiempo para apoyar y formar a nuevas líderes.³⁶ Canadá dispone de una plantilla³⁷ enfermería cada vez más diversa, gracias a la globalización y al movimiento de enfermeras a nivel internacional. Las líderes enfermeras deben ser capaces de fomentar el crecimiento y el tutelaje de las líderes futuras a través de una plantilla de enfermería diversa.

Las estructuras de los programas de gestión han provocado el desmantelamiento de las estructuras tradicionales de departamentos de profesionales que típicamente apoyan la práctica profesional y facilitan la consolidación de la próxima generación de enfermeras líderes.³⁸ Los cambios en el rol de la enfermera jefe hacia un puesto dentro del personal consultivo presentan retos adicionales, ya que significa que la líder tiene que basarse en la influencia y desarrollar ampliamente sus habilidades de persuasión en lugar de ejercer autoridad directa sobre las decisiones de asignación de recursos que afectan a la práctica de enfermería y a la calidad del cuidado a los pacientes y clientes.³⁸ Clifford señaló que como las organizaciones de atención sanitaria se mueven de una orientación profesional a una orientación empresarial, no se discute la necesidad de prestar atención a la parte empresarial, sino más bien, cómo los líderes mantienen el equilibrio y proveen el liderazgo profesional.³⁶

El liderazgo eficaz en enfermería es importante para todas las funciones de enfermería tanto si la enfermera trabaja en el campo de la educación formando futuros líderes, como si es una investigadora que guía a nuevos investigadores, como si es una administradora que proporciona apoyo y orientación al personal, como si es una enfermera de la práctica clínica que brinda un cuidado ejemplar y comparte su conocimiento profesional, o como si es alguien que proporciona orientación y apoyo a la práctica a través del desarrollo de directrices. Para los nuevos graduados el liderazgo incluye aprender a delegar y supervisar a otros. Para enfermeras con más experiencia, el liderazgo incorpora normas, tutorías, tareas administrativas tales como la programación y la dirección, y actividades profesionales tales como el trabajo en comités.³⁹

La calidad del liderazgo profesional en enfermería se ha vinculado con el logro de un buen cuidado al paciente / cliente, y con el reclutamiento y permanencia de personal de enfermería.⁴⁰⁻⁴² Los estudios sobre los hospitales magnéticos^G realizados por Kramer y Schmalenberg en los Estados Unidos entre 1985 y 2001 concluyeron que tener a una enfermera gestora de apoyo es uno de los elementos esenciales del "magnetismo" y que es importante para crear confianza en el trabajo.^{40,41} No es sólo que los hospitales magnéticos tuvieran mejores tasas de contratación y permanencia de enfermeras, sino que alcanzaron tasas más bajas de mortalidad en los pacientes y clientes.⁴³ Del mismo modo Boyle, estudiando las características de los entornos de trabajo de las enfermeras en el ámbito de la unidad, encontró asociaciones entre las características de tipo magnético de la autonomía y la colaboración^G y la mejora de resultados para los pacientes y clientes (menor fracaso en el rescate y menores tasas de infecciones del tracto urinario).⁴⁴ Unos niveles elevados de apoyo por parte de los líderes coincidían con niveles bajos de prevalencia en úlceras por presión y menores tasas de mortalidad.

Algunos informes actuales tales como el de la *Comisión Romanow sobre el futuro de la atención sanitaria en Canadá*,⁴⁵ el Primer Acuerdo en 2003 de Ministros sobre Salud,⁵ el documento sobre liderazgo de la Academia Canadiense de Enfermeras Ejecutivas,³⁸ y el informe de la Asociación Enfermeras Canadienses sobre *el Desarrollo del Liderazgo en Enfermería en Canadá*⁴⁶ llaman la atención sobre la importancia de fortalecer el liderazgo en enfermería en Canadá, tanto para mejorar la calidad de los resultados del paciente, como para fomentar la sostenibilidad de los recursos humanos en enfermería. *Listening for Direction II*,⁴⁷ una publicación reciente de la Fundación para la Investigación sobre Servicios de Salud de Canadá, en una consulta nacional, identificó la "producción de líderes profesionales" como una prioridad junto con la necesidad de identificar:

- los atributos clave de los líderes destacados dentro y fuera de la atención sanitaria;
- habilidades específicas de liderazgo necesarias en la atención sanitaria;
- elementos efectivos de formación y práctica para producir futuros líderes de atención sanitaria; y
- un proceso de evaluación para determinar el impacto de los lugares de trabajo saludables en los resultados del paciente y cliente.⁴⁷



Objetivos y ámbitos de aplicación de este documento

Objetivo:

Hemos desarrollado esta Guía de buenas prácticas para identificar y describir:

- las prácticas de liderazgo que dan lugar a resultados saludables para las enfermeras, los pacientes y clientes, las instituciones y los sistemas;
- los recursos del sistema que apoyan prácticas efectivas de liderazgo;
- la cultura organizativa, los valores y los recursos que apoyen las prácticas efectivas de liderazgo;
- los recursos personales a favor de prácticas efectivas de liderazgo; y
- los resultados previstos del liderazgo eficaz en enfermería.

Ámbito de aplicación:

Esta Guía aborda por tanto:

- el conocimiento ⁶, las competencias y los comportamientos de los líderes eficaces;
- los requisitos y las estrategias de formación;
- los cambios de directrices, tanto a escala organizacional como del sistema, necesarios para apoyar y sostener las prácticas de liderazgo;
- las estrategias de implantación y las herramientas;
- los criterios e instrumentos de evaluación; y
- las oportunidades de investigación futura.

Público objetivo

La Guía es relevante para las enfermeras en:

- todas las funciones incluidas las realizadas por las enfermeras clínicas, gestoras, educadoras, investigadoras y quienes participan en la labor normativa, así como a los estudiantes de enfermería;
- todos los ámbitos de la enfermería (la práctica clínica, la gestión, la formación, la investigación y la política); y
- todos los entornos de la práctica.

La Guía también será de utilidad para:

- los miembros del equipo interdisciplinar
- los administradores no relacionados con la enfermería dentro de la unidad, a escala organizativa y del sistema;
- los responsables políticos y los gobiernos;
- las organizaciones profesionales, los gestores y los sindicatos y
- los órganos normativos federales, provinciales y territoriales.

“ Si sus acciones inspiran a otros a soñar más, a aprender más, a hacer más y a llegar a ser más, es usted un líder. ”

John Quincy Adams
1767-1848

Cómo usar este documento

Los estándares profesionales exigen que las enfermeras en todas las funciones han de demostrar comportamientos de liderazgo⁶. Las enfermeras de la práctica clínica, así como en otros roles de liderazgo formal o informal, adoptan estos comportamientos en relación a los pacientes y clientes, colegas enfermeras, otros miembros del equipo de atención sanitaria, estudiantes y en las relaciones de tutor y aprendiz. La Guía proporciona un enfoque global sobre el liderazgo. No está destinada a ser leída y aplicada a la vez, sino más bien, a ser revisada y mediante la reflexión, con el tiempo, ser aplicada según las necesidades del profesional, su situación o su institución. Sugerimos el siguiente enfoque:

- 1. Estudio del modelo:** La Guía de buenas prácticas sobre liderazgo se basa en un modelo conceptual de liderazgo que se creó para permitir a los usuarios entender las relaciones entre y dentro de los factores clave que participan en el liderazgo en enfermería. Entender el modelo, que se describe en la figura 2 (pág. 25), es fundamental para utilizar la Guía de forma eficaz. Le recomendamos que pase tiempo leyendo y reflexionando sobre el modelo como primer paso.
- 2. Identifique un área de interés:** Una vez estudiado el modelo, le sugerimos que identifique un área de interés para usted, su situación o su institución, un área que usted crea que necesita atención para fortalecer la eficacia del liderazgo.
- 3. Lea las recomendaciones y el resumen de la investigación de su área de interés :** Para cada uno de los elementos principales del modelo se ofrecen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia. Las recomendaciones son declaraciones de lo que *hacen* los líderes, o cómo se *comportan* en situaciones de liderazgo. La literatura que apoya esas recomendaciones se resume brevemente, y creemos que le resultará útil leer este resumen para entender el "por qué" de las recomendaciones.
- 4. Céntrese en las recomendaciones o los comportamientos deseados que parezcan más aplicables para usted y su situación actual:** Las recomendaciones contenidas en este documento no están destinadas a ser aplicadas como reglas, sino más bien como instrumentos para ayudar a las personas o instituciones a tomar decisiones que mejoren su liderazgo en enfermería, el reconocimiento de la cultura única de cada institución, el clima y los retos de cada situación. En algunos casos hay una gran cantidad de información a tener en cuenta. Usted tendrá que explorar más allá e identificar aquellos comportamientos que necesitan ser analizados y / o fortalecidos en su situación.
- 5. Desarrolle un plan provisional:** Tras seleccionar un pequeño número de recomendaciones y conductas de interés, consulte la tabla de estrategias y considere las sugerencias que se ofrecen. Desarrolle un plan provisional. Es posible que para ello sea preciso empezar a abordar su área de interés. Si necesita más información, puede consultar algunas de las referencias citadas o algunos de los instrumentos de evaluación identificados en el Anexo D.

6. **Debata el plan con otras personas:** Dedique el tiempo necesario a buscar, para su plan, aportaciones de personas a las que puede afectar, o cuyo compromiso sea fundamental para que todo se desarrolle con éxito, así como de asesores de confianza que le aporten información útil y fidedigna acerca de la idoneidad de sus ideas. Esta fase es importante tanto para el desarrollo de aptitudes de liderazgo individuales, como para el desarrollo de una iniciativa institucional que aborde el liderazgo.
7. **Revise su plan y póngase manos a la obra:** Lo importante es empezar y ya realizará ajustes sobre la marcha. El desarrollo del liderazgo eficaz en enfermería es una búsqueda a lo largo de la vida; **¡Disfrute del camino!**



Modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo

El modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo organiza y orienta la discusión de las recomendaciones. Proporciona un modelo para la comprensión de las prácticas de liderazgo necesario para lograr entornos de trabajo saludables y los apoyos a la institución y los recursos personales que permiten prácticas efectivas de liderazgo.

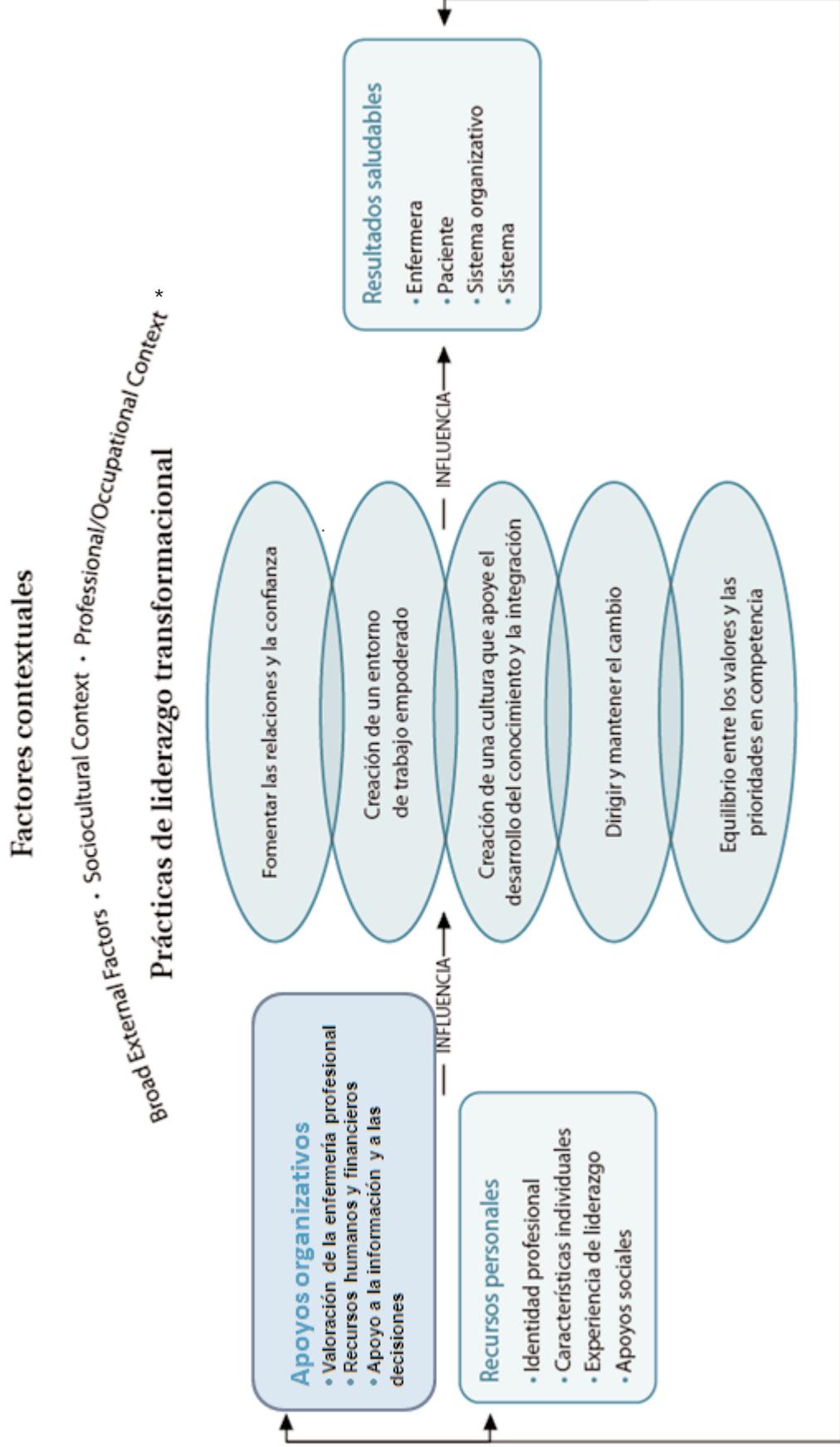


Figura 2: Modelo Conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del Liderazgo

* Factores externos generales . Contexto sociocultural . Contexto profesional/ocupacional

Descripción general del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo

El eje del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento de Liderazgo (Figura 2) consta de cincoprácticas de liderazgo transformacional basadas en la evidencia que son fundamentales para la transformación de los lugares de trabajo en entornos de trabajo saludables para las enfermeras. Los factores predisponentes relacionados con los apoyos de la institución y los recursos personales influyen en la capacidad del líder para llevar a cabo las prácticas de liderazgo de manera eficaz. Las prácticas de liderazgo han demostrado dar resultados positivos para los pacientes, las enfermeras y las instituciones.^{48, 49} Los resultados, a su vez, a través de un ciclo de retroalimentación, refuerzan una cultura positiva en el lugar de trabajo. Todo esto tiene lugar dentro de un *contexto más amplio del entorno* donde las directrices, los factores socioculturales, profesionales y laborales influyen en la manera en que los factores predisponentes, las prácticas de liderazgo y los resultados se promulgan en los lugares de trabajo de la enfermería.

Las cinco prácticas de liderazgo transformacional son:

1. *El fomento de las relaciones y la confianza* es una práctica de liderazgo fundamental que constituye la base sobre la cual se apoyan el resto de prácticas restantes.
2. *La creación de un ambiente* de trabajo empoderado depende de la relación respetuosa de confianza entre los miembros en el lugar de trabajo. Un ambiente de trabajo empoderado implica tener acceso a información, apoyo, recursos y oportunidades para aprender y crecer en un entorno que apoya la autonomía profesional y las redes sólidas de apoyo colegial.
3. *La creación de un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración* implica fomentar tanto el desarrollo y la difusión de nuevos conocimientos como la introducción de un enfoque de investigación continua para la práctica dentro del entorno de trabajo. Este conocimiento se utiliza para documentar los esfuerzos realizados para mejorar de forma continua, tanto los procesos clínicos y organizativos, como los resultados.
4. *Dirigir y mantener* el cambio implica poseer un enfoque proactivo y participativo para aplicar los cambios lo que implica la mejora de los procesos clínicos y de organización así como los resultados.
5. *Equilibrar valores y prioridades* en competencia implica abogar por la obtención de los recursos de enfermería necesarios para asegurar unos cuidados de alta calidad a los pacientes, al tiempo que se reconocen las múltiples demandas que deben ser abordadas en la toma de decisiones institucional.

El apoyo institucional influye en el éxito de la aplicación de las prácticas de liderazgo y en un liderazgo en enfermería fuerte y visible. Estos apoyos incluyen:

- valoración crítica del rol de las enfermeras en la prestación del cuidado al paciente;
- distribución adecuada y suficiente de los recursos humanos y financieros; y
- proporcionar la información necesaria y el apoyo para las decisiones.

Los recursos personales que los individuos aportan a sus roles de liderazgo incluyen una serie de características personales y recursos que influyen en el éxito en la implantación de las cinco prácticas de liderazgo. Los recursos personales son:

- la identidad profesional;
- las habilidades en liderazgo, educación y experiencia;
- las características individuales como la salud y la resiliencia; y
- los apoyos sociales que incluyen a las personas y a las relaciones que proporcionan apoyo.

El liderazgo eficaz en enfermería:

- Es un punto fundamental en la obtención de un entorno de trabajo saludable para las enfermeras
- Influye y contribuye a una organización y a una comunidad saludable
- Está influenciado por la cultura organizativa, los valores y los recursos de apoyo
- Está formado por los recursos personales y la singularidad de cada individuo
- Está influenciado por las directrices y los contextos sociocultural, profesional y laboral

Resumen de recomendaciones

RECOMENDACIÓN	
Recomendaciones para las prácticas de Liderazgo transformacional	1. Las enfermeras líderes utilizan prácticas de liderazgo transformacional para crear y mantener entornos de trabajo saludables
	1.1 Las enfermeras líderes fomentan las relaciones y la confianza.
	1.2 Las enfermeras líderes crean un ambiente de trabajo de empoderamiento.
	1.3 Las enfermeras líderes crean un entorno que apoya el conocimiento y la integración.
	1.4 Las enfermeras líderes guían y mantienen el cambio.
	1.5 Las enfermeras líderes mantienen el equilibrio de los valores y las prioridades en competencia.
Recomendaciones ⁶ del apoyo institucional	2. Las instituciones sanitarias* proporcionan apoyo para el liderazgo eficaz en enfermería.
	2.1 Las instituciones sanitarias demuestran respeto por las enfermeras como profesionales y por su contribución a los cuidados.
	2.2 Las instituciones sanitarias demuestran respeto por las enfermeras como individuos.
	2.3 Las instituciones sanitarias ofrecen oportunidades para el crecimiento, el progreso y el liderazgo.
	2.4 Las instituciones sanitarias apoyan una cultura de empoderamiento para permitir a las enfermeras tener la responsabilidad y demostrar compromiso en su práctica.
	2.5 Las instituciones sanitarias proporcionan acceso a la información, a los sistemas de apoyo a las decisiones y a los recursos necesarios para el cuidado del paciente.
	2.6 Las instituciones sanitarias promueven y apoyan las relaciones de colaboración.
	2.7 Las instituciones sanitarias establecen los ámbitos de responsabilidad y compromiso que permiten las prácticas efectivas de liderazgo en enfermería.
	2.8 Las instituciones sanitarias tienen un plan estratégico para el desarrollo del liderazgo en enfermería.
Recomendaciones de los recursos personales	3. Las enfermeras líderes desarrollan de forma continua sus recursos personales para un liderazgo eficaz.
	3.1 Las enfermeras líderes muestran una fuerte identidad profesional enfermera.
	3.2 Las enfermeras líderes reflexionan y trabajan para desarrollar sus cualidades de liderazgo individual.
	3.3 Las enfermeras líderes asumen la responsabilidad para el crecimiento y el desarrollo de su propia experiencia de liderazgo y la formación de otras enfermeras para desarrollar los conocimientos de liderazgo.
	3.4 Las enfermeras líderes fomentan los apoyos profesionales y personales.

Las recomendaciones de las *instituciones sanitarias son responsabilidad del equipo de dirección, que incluye el consejo, la gerencia y la dirección de enfermería .

Resumen de recomendaciones Cont.

RECOMENDACIÓN	
Recomendaciones ⁶ para el sistema ⁶ <i>Gobiernos</i>	4. Los gobiernos desarrollan directrices y proporcionan recursos que apoyan un liderazgo eficaz.
	4.1 Los gobiernos establecen un cargo identificable de enfermera líder sénior con un papel asesor sobre las directrices en todas las provincias y territorios.
	4.2 Los gobiernos establecen un mecanismo nacional de enlace para esos roles.
	4.3 Los gobiernos establecen un consejo asesor de enfermería en todas las provincias y territorios.
	4.4 Los gobiernos crean y mantienen un programa de investigación sobre el liderazgo en enfermería.
Recomendaciones para el sistema ⁶ <i>Investigadores</i>	5. Los investigadores colaboran con los gobiernos e instituciones educativas y sanitarias para guiar la investigación sobre liderazgo en enfermería.
	5.1 Los investigadores estudian el impacto del liderazgo en enfermería en las enfermeras, los pacientes, las instituciones y en los resultados del sistema.
	5.2 Los investigadores desarrollan, aplican y evalúan las intervenciones de liderazgo basadas en el <i>Modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo</i> .
	5.3 Los investigadores llevan a cabo investigaciones sobre las funciones del liderazgo en enfermería para la planificación de los recursos humanos sanitarios.
	5.4 Los investigadores guían las investigaciones sobre la educación y el desarrollo del liderazgo en enfermería.
Recomendaciones para el sistema ⁶ <i>Organismos acreditados</i>	6. Los organismos de acreditación dentro de las instituciones sanitarias y educativas incorporan como criterios de calidad las recomendaciones de apoyo institucional contenidas en esta Guía.
Recomendaciones para el sistema ⁶ <i>Formación</i>	7. Los programas de formación proporcionan oportunidades formales e informales para el desarrollo del liderazgo en las enfermeras
	7.1 Los programas del liderazgo en enfermería incorporan conceptos clave del <i>Modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo</i> .
	7.2 Los programas de liderazgo en enfermería ofrecidos a través de la formación de pregrado, grado y formación continuada incluyen oportunidades formales e informales de experiencia en liderazgo.

Fuentes y tipos de evidencia sobre el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería

Fuentes de la evidencia

Los resultados de la búsqueda bibliográfica de evidencias sobre el liderazgo proporcionaron metaanálisis, estudios descriptivos de correlación, estudios cualitativos y de opinión de expertos, pero pocos ensayos controlados. Esto es coherente con los retos que supone llevar a cabo estudios controlados en instituciones y concuerda con una revisión reciente sobre el liderazgo en enfermería⁶ realizada por Patrick y White.⁵⁰ Aunque esta Guía está escrita para enfermeras en cualquier tipo de entorno, la mayoría de los estudios encontrados se llevaron a cabo en hospitales urbanos. Los estudios realizados en otros contextos, tales como la atención primaria y cuidados crónicos, se han incluido en la Guía cuando estaban disponibles y eran apropiados, pero se necesitan más investigaciones en estos entornos de práctica.

Recursos incluidos

- Una revisión sistemática de la literatura sobre liderazgo realizada hasta diciembre de 2003 por el Instituto Joanna Briggs (JBI) de Australia.

El JBI siguió un proceso de siete pasos que comenzó con la elección de los términos de búsqueda generales y el desarrollo de un protocolo; y con términos de búsqueda avanzada para la revisión que fueron validados por la dirección del equipo. Los estudios seleccionados mediante el proceso de búsqueda que se consideraron relevantes para la revisión conforme al título y al resumen fueron recopilados y evaluados con detalle de acuerdo con su relevancia. Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron agrupados según el tipo de estudio (por ejemplo, cualitativo, experimental) y evaluados por dos revisores independientes para asegurar la calidad metodológica mediante un instrumento de valoración crítica seleccionado de un conjunto de instrumentos de acuerdo con el tipo de estudio. Los instrumentos utilizados son parte del Sistema unificado para el manejo, evaluación y revisión de la información, software diseñado específicamente para gestionar, evaluar, analizar y resumir los datos. (Para más detalles y observar los resultados globales de la revisión, véase el Anexo C).

- Una revisión crítica de la literatura sobre el liderazgo publicada desde enero de 2004 hasta julio de 2005 llevada a cabo por el equipo usando los mismos términos de búsqueda y las mismas bases de datos que la revisión del JBI.

Una enfermera con formación de master evaluó la relevancia de los estudios identificados a través del proceso de búsqueda basándose en el título y el resumen. Estas selecciones fueron aprobadas por la dirección del equipo. Estos estudios fueron recopilados y posteriormente evaluados de acuerdo con su relevancia. La relevancia se basó en estudios que abordaban el liderazgo en enfermería, o grupos similares de trabajadores cualificados, o equipos interdependientes y estudios sobre relaciones basados en estilos de liderazgo. Los estudios considerados relevantes fueron evaluados por la enfermera máster en busca de la calidad basándose en los métodos, instrumentos, muestra, análisis, conclusiones congruentes con los resultados y la claridad de estudio. El equipo aprobó una síntesis de los resúmenes, resultados y recomendaciones de los estudios para su inclusión o exclusión en la Guía.

- Literatura adicional identificada por los miembros del equipo fué revisada para determinar su relevancia y su calidad por los miembros del equipo.

Clasificación de la evidencia

La práctica actual respecto a la creación de las guías de buenas prácticas implica la identificación de la fortaleza de la evidencia que respalda los contenidos.⁵¹ Los sistemas vigentes de clasificación de la evidencia consideran las revisiones sistemáticas de los ensayos controlados aleatorizados (ECA) el "estándar de oro".⁵² Sin embargo, no todas las cuestiones de interés son susceptibles de ser estudiadas con los métodos de ECA, en particular cuando los sujetos no pueden ser aleatorios o las variables de interés son preexistentes o difíciles de aislar. Esto es particularmente cierto en las investigaciones organizativas y de la conducta en las que los ensayos controlados son difíciles de diseñar, debido a los continuos cambios de las estructuras y procesos organizativos. Los profesionales de la salud no limitan su interés a las relaciones de causa y efecto, y reconocen una amplia gama de enfoques para generar conocimientos para la práctica. La evidencia incluida en esta Guía ha sido calificada usando una adaptación de los "niveles tradicionales" de evidencia utilizados por Cochrane Collaboration⁵³ y por la Guía de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network.⁵⁴ Parte de esta adaptación incluye el uso del término "tipo de evidencia" en lugar de "nivel" de acuerdo con el carácter global y el tema de esta Guía.

Sistema de clasificación de la evidencia – Tabla 1

Tipo de evidencia	Descripción
A	Evidencia obtenida a través de estudios controlados, metaanálisis
A1	Revisiones sistemáticas ⁶
B	Evidencia obtenida a través de estudios correlacionales descriptivos ⁶
C	Evidencia obtenida a través de la investigación cualitativa ⁶
D	Evidencia obtenida a través de la opinión experta
D1	Revisiones integradoras
D2	Revisiones críticas

“ Los gestores deben buscar y aplicar la evidencia empírica de la investigación en la gestión de su práctica, de forma similar a sus colegas clínicos. ”
Instituto de medicina (Institute of Medicine)⁴⁸

Recomendaciones prácticas de liderazgo^G

1.0 Las enfermeras líderes usan las prácticas de liderazgo transformacional ^G para crear y mantener entornos de trabajo saludables.

Los estilos de liderazgo transformacionales y basados en las relaciones conducen a:

- Aumento de la satisfacción laboral de las enfermeras⁵⁵⁻⁶⁶
- Aumento de la satisfacción con la líder^{56, 64, 66}
- Aumento de la calidad de vida de las enfermeras⁶⁷
- Aumento del empoderamiento de las enfermeras^{62, 68, 69}
- Disminución del absentismo⁷⁰
- Aumento del compromiso institucional^{57, 60, 70-72}
- Aumento de la permanencia de las enfermeras^{65, 70, 73, 75}
- Aumento de la eficacia percibida en la unidad^{55, 63, 75}
- Aumento de la capacidad para liderar una fuerza laboral diversa⁷⁵
- Aumento de la salud emocional del personal ⁶⁴ y disminución del síndrome de burnout del personal⁷⁶
- Aumento de la calidad de vida el paciente⁷⁶
- Aumento de la satisfacción del paciente⁷⁶
- Mejora en los resultados del paciente y cliente (como la disminución del uso de contenciones, menos número de fracturas, baja prevalencia de complicaciones por inmovilidad)⁷⁷

Discusión de la Evidencia^a

Kemerer⁷⁸ observó que lo que realmente importa son los comportamientos de los líderes de atención sanitaria más allá de sus competencias - es decir, lo que dicen y lo que hacen en las interacciones con otros para lograr resultados-. Las enfermeras (tanto el personal como las líderes formales) muestran una preferencia por los estilos de liderazgo centrados en las relaciones y los comportamientos coherentes con el liderazgo transformacional.^{64, 79-82} Un estudio realizado en un centro sociosanitario en Ontario sobre las supervisoras de enfermería reveló resultados similares. El personal no licenciado bajo la supervisión de las enfermeras asistenciales, las enfermeras de práctica clínica avanzada y las propias supervisoras, expresó una mayor satisfacción y menor estrés en el trabajo cuando se sentía apoyado por sus supervisoras.⁸³

El tipo de liderazgo detectado con más frecuencia en los hospitales magnéticos fue el liderazgo transformacional.⁸² En una revisión integradora de la literatura sobre el liderazgo transformacional Gasper ⁸⁴ percibió que este estilo de liderazgo produce un mayor nivel de eficacia de la organización, y que los comportamientos influyen a que otros se comporten de una manera similar a través de un efecto cascada. Descubrieron que las personas que trabajan con las líderes transformacionales tienen un sentimiento mayor de fidelidad hacia la empresa y mayor estímulo intelectual. La líder transformacional se consideró más accesible, y las interacciones fueron percibidas como de mayor calidad.

a Tipo de evidencia

Se califica con una "A" el tipo de evidencia que apoya esta recomendación

Burns⁸⁵ fue el primero en describir un estilo de liderazgo basado en las relaciones, lo que ahora comúnmente se denomina *liderazgo transformacional*. Pielstick⁸⁶ completó una metaetnografía sobre el liderazgo transformador que incluía los 20 años posteriores a la publicación de Burns de 1978. El trabajo publicado se agrupó en las cinco áreas de la comunicación (escucha, creación de expectativas), la *construcción de relaciones interactivas* (muestra de respeto, ser amistoso y mostrar apoyo, toma de decisiones participativas, la gestión de conflictos), la *comunidad* (creación de una cultura de pertenencia a través de relaciones basadas en valores como la dignidad, la honestidad, la justicia^c, la integridad), y la *orientación* (proporcionando oportunidades de aprendizaje, el modelado de roles, tutelas, el “coaching”, la participación en el razonamiento moral, la planificación estratégica y la formación de equipos), las cuales se basan en una sólida formación del *carácter* (principio centrado en la equidad que demuestra, integridad, respeto, pasión y compromiso con el aprendizaje), para lograr una visión compartida. Levasseur⁸⁷ realizó un metaanálisis de estudios primarios de investigación sobre el liderazgo transformacional que incluyó siete estudios experimentales y 27 estudios de correlación, y confirmó una relación positiva entre el liderazgo transformacional y una mayor satisfacción y rendimiento del personal.

Los estilos de liderazgo transformacional se han relacionado con resultados positivos para las enfermeras.⁵² Aunque existen pocos estudios que examinen el papel del liderazgo en enfermería y los resultados en el paciente y cliente⁵⁰, existe una creciente evidencia que vincula la satisfacción y la práctica profesional enfermera con la mejora en el cuidado del paciente.⁸⁸

A partir de la revisión de la bibliografía, hemos identificado las siguientes cinco prácticas de liderazgo transformacional que dan lugar a resultados saludables para las enfermeras, los pacientes, las organizaciones y los sistemas:

- la creación de relaciones y la confianza;
- la creación de un ambiente de trabajo empoderado;
- la creación de un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración;
- liderar y mantener el cambio; y
- equilibrar los valores y prioridades en competencia y las demandas.

Hemos vinculado cada una de estas prácticas de liderazgo con los comportamientos específicos extraídos de la revisión bibliográfica.

“ *Es importante para los líderes conformar los valores a través de la acción, la comunicación abierta, siendo visible y usando la toma de decisiones participativa.* ”
*Baird & St-Amand*⁸⁹

1.1 Las enfermeras líderes fomentan las relaciones y la confianza.

La confianza en las líderes y las relaciones positivas con las líderes conducen a:

- Un aumento de la percepción de credibilidad de la líder¹
- Un aumento de la satisfacción laboral de las enfermeras⁹⁰
- Una disminución del agotamiento emocional^{90,91}
- Un aumento de la percepción de la calidad del cuidado y de la adecuación del personal⁹⁰
- Un aumento del compromiso institucional^{71,90,92,93}
- Un aumento del rendimiento en el trabajo;⁹¹ de la motivación y de la voluntad de trabajar de forma intensa⁷⁰
- Una disminución del absentismo⁷¹
- Una disminución de la intención de cambiar de trabajo^{90,92,94,95}
- Un aumento del rendimiento fiscal⁹⁵
- La capacidad para dirigir a una fuerza de trabajo diversa⁹⁶

Discusión de la evidencia^b

La creencia de que la confianza es una condición necesaria para un liderazgo exitoso ha prevalecido durante al menos cuatro décadas.⁹²

La confianza, junto con la justicia y el respeto son los valores clave que guían hacia unas instituciones saludables.³² La confianza está muy

relacionada con los estilos de liderazgo transformacional.⁹² El respeto por el valor de los demás y la justicia son valores que se han identificado con frecuencia como rasgos de los líderes transformacionales⁷⁹ y se han vinculado a la confianza.⁹⁸ Cuando las enfermeras sienten que son respetadas, los resultados se traducen en una mayor satisfacción profesional, confianza en la gestión, un menor agotamiento emocional y un alto grado en la calidad del cuidado y en la adecuación de la dotación de personal.⁹⁰

Shea⁹⁹ observó que la atención sanitaria se encuentra en un estado permanente de fuerte marejada y señaló que la confianza y las relaciones son necesarias en tiempos de elevada ambigüedad, incertidumbre y complejidad. Los cambios organizativos influyen en las relaciones vitales en el lugar de trabajo, ya que son esenciales para hacer que las cosas funcionen.

La confianza fomenta que haya buenas relaciones interpersonales.^{90, 100} El establecimiento de la confianza en las líderes se ha relacionado con la integridad de la líder, la *percepción de su influencia* y de su capacidad, y con el grado en que la líder *demuestra cuidado y preocupación por los intereses de los demás*,⁸⁶ incluyendo la disposición para ayudar a otros a crecer personal y profesionalmente.¹⁰⁰

“La confianza es la forma más elevada de motivación humana. Saca a relucir lo mejor de las personas.”

Stephen Covey^{97 p.178}

b Tipo de evidencia

Se califica con una “A” al tipo de evidencia que apoya la creación de relaciones y la confianza como elemento fundamental de la práctica del liderazgo eficaz en enfermería. Todo aquello relacionado con las Competencias básicas y los Ejemplos de comportamientos se han extraído de una serie de tipos de evidencias desde la A a la D siendo la mayoría de ellos del tipo C y D.

Las enfermeras están fuertemente identificadas y la confianza en las líderes a menudo refleja el grado en que la líder demuestra compromiso con los valores de la enfermería.¹⁰¹ Rousseau and Tijorwala¹⁰² mostraron como las enfermeras ofrecían un apoyo menor al cambio institucional si consideraban que éste estaba guiado por razones económicas o políticas en vez de con el objetivo de mejorar los cuidados al paciente o cliente; así como aceptaban mejor el cambio cuando tenían confianza en la líder.

Existe evidencia que sugiere que no sólo son importantes los comportamientos individuales de las líderes, sino también la cultura, el clima y los valores de la institución.⁹⁰ Un estudio realizado en 1995 por nueve instituciones canadienses de referencia⁶ reveló la importancia de las líderes que modelaban los valores a través de acciones y mostraban una comunicación abierta y una toma de decisiones participativa, especialmente en situaciones de conflicto. Cada institución reconoció la importancia de la competencia y de la provisión de formación como una condición de la confianza. La visibilidad y el acceso a las líderes fueron considerados como importantes. Las conclusiones de este estudio se resumieron en que el fomento de la confianza no es un proceso simple o rápido, sino que proviene de centrar el interés en los pacientes, impulsado por la calidad y el respeto a los colegas.⁸⁹

Cómo se pierde la confianza

- Actuar y hablar de manera irreflexiva
- Buscar el interés personal más que la ganancia compartida
- Ocultar información
- Mentir o decir verdades a medias
- Ser cerrado de mente

Lewicki & Bunker¹⁰³

Cómo recuperar la confianza perdida

- Reconocer que se ha roto la confianza
- Determinar de qué se trataba y la causa
- Admitir lo ocurrido
- Aceptar la responsabilidad
- Ofrecerse a corregir los errores

Bowman¹⁰⁴

“ Los líderes que trabajan con mayor eficacia, me parece a mí, nunca dicen "yo". Y eso no es porque se han entrenado para no decir "yo". Ellos no piensan en "yo". Ellos piensan en "nosotros"; ellos piensan en "equipo." Ellos entienden su trabajo para hacer la función de equipo. Aceptan la responsabilidad y no dejar de lado, aunque "nosotros" se lleva el crédito. . . Esto es lo que genera confianza, lo que le permite llevar la tarea a cabo. ”

Peter Drucker^{105 p.14}

Tabla 1.1 Competencias básicas^G – y Ejemplos de comportamientos^G – para generar relaciones y confianza

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
1.1.1 Las enfermeras líderes demuestran y presentan justicia y equidad. ^{71, 81, 84, 87, 94-111}	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre sus propios valores y metas compartirlos abiertamente^{87, 94, 106, 117-120} • Establecer normas claras y de alta calidad^{71, 87, 89, 100, 121} • Asumir la responsabilidad y admitir los errores abiertamente^{112, 118} • Cumplir los compromisos^{58, 81, 100, 122} • Mostrar un comportamiento ético coherente^{32, 94, 102, 106, 107} • Recopilar datos y examinar todas las vertientes de los temas⁸¹ • Asegurarse de que las directrices y las prácticas sean explícitas y transparentes, y de que se apliquen de manera coherente¹²²
1.1.2 Las enfermeras líderes demuestran cuidado, respeto, ^{84, 92, 108, 122} y preocupación personal por los demás. ^{9, 32, 84, 106, 122}	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar y reconocer perspectivas y opiniones diversas^{100, 107, 120, 122, 124, 126} • Escuchar sin juzgar ni criticar¹²⁴ • Tratar de entender lo que les preocupa a otros^{100, 117} y responder adecuadamente³² • Compartir el conocimiento de las cuestiones sobre el sistema, de las perspectivas¹¹² y de los problemas⁵⁸ de forma abierta y honesta^{82, 127} • Reconocer el valor de los demás y elogiar sus éxitos^{71, 81, 106, 112, 122, 128, 129} • Desarrollar y aplicar directrices y procesos que promuevan la salud, la seguridad y el bienestar personal de las enfermeras • Respetar y modelar el equilibrio entre el trabajo y la vida privada^{81, 121, 130}
1.1.3 Las enfermeras líderes generan un sentido de cercanía y accesibilidad. ^{81, 82, 113, 117, 129, 129-131}	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse y mantener el contacto personal frecuentemente^{101, 125, 132} • Mantener la visibilidad y la accesibilidad con los demás^{82, 89, 117, 123, 127}
1.1.4 Las enfermeras líderes se comunican de forma efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse de forma clara, abierta, honesta y de manera frecuente^{58, 113-115} • Escuchar de forma empática^{82, 129, 132} y demostrar comprensión hacia las opiniones de los demás^{100, 107, 117, 126} • Desarrollar y utilizar habilidades en la comunicación intercultural¹³
1.1.5 Las enfermeras líderes gestionan los conflictos de manera eficaz. ^{74, 79, 101, 105, 119}	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender los efectos constructivos y destructivos de los conflictos • Reconocer y abordar el conflicto • Desarrollar y utilizar un amplio abanico de habilidades para la resolución de conflictos¹³³
1.1.6 Las enfermeras líderes construyen y fomentan las relaciones colaborativas y el trabajo en equipo. ^{70, 82, 106, 111, 123, 128, 133-135}	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar y reconocer las aportaciones generales^{95, 101, 114} • Reconocer la legitimidad de los intereses de los demás¹¹⁸ y debatir sobre cómo se armonizan esos intereses^{122, 136} • Explorar las incertidumbres y temores¹³⁷ • Lograr el consenso^{83, 137} • Proporcionar y recibir ayuda y asistencia¹¹⁸ • Evaluar la efectividad del trabajo en equipo¹³⁸

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
<p>1.1.7 Las enfermeras líderes demuestran pasión y respeto por la profesión de enfermería, por ,¹²⁰ valores, conocimientos y logros.^{36, 38, 81, 82, 100, 113, 123, 127, 129, 139}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar un compromiso fuerte con el cuidado, la justicia, la honestidad, el respeto y la integridad¹¹² • Defender unos cuidados y unos lugares de práctica clínica de calidad^{36, 38, 81, 82, 94, 112, 134, 140} poniendo en primer término a los pacientes o clientes^{112, 140} • Reconocer y fomentar la contribución de las enfermeras a los pacientes, las organizaciones y las comunidades^{36, 81, 82, 100, 126, 140} • Expresar los problemas de enfermería con valentía • Apoyar el desarrollo del conocimiento profesional de la enfermería
<p>1.1.8 Las enfermeras líderes demuestran competencia en sus funciones.^{95, 120, 141}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y aplicar el conocimiento actual de la ciencia de la enfermería, el liderazgo y cualquier otro conocimiento relevante^{124, 131} • Abordar las cuestiones e inquietudes^{81, 87, 100, 130, 134, 142} • Participar activamente en las oportunidades de toma de decisiones • Asumir la responsabilidad de las acciones y los resultados • Informar sobre los éxitos para crear confianza^{83, 122}

Planificación para el éxito – Estrategias sugeridas^G para la creación de las relaciones y la confianza

Estrategias individuales

- Mantener una política de puertas abiertas y mayor tiempo de disponibilidad
- Prácticas de gestión "sobre el terreno",^{127, 130, 143} pasando tiempo en la unidad^{58, 144}
- Participar en las reuniones y foros abiertos para escuchar los problemas y preocupaciones, y saber lo que está pasando en la vida de las personas para fomentar las relaciones y prestar apoyo¹⁴⁵
- Prestar apoyo mediante la determinación y clarificación de lo que el personal espera de las líderes¹⁴⁶
- Proporcionar una retroalimentación informal continua como respuesta al trabajo bien hecho
- Crear una red de asesores e informantes que proporcionará una perspectiva honesta e imparcial en la búsqueda de información y asesoramiento¹⁴⁷

Estrategias del equipo, de la unidad y de la organización

- Crear una visión colectiva y unos valores para el equipo, la unidad y la institución 120 y trabajar con el equipo para desarrollar unos estándares de comportamiento que reflejen esa visión
- Diseñar descripciones claras y accesibles de las funciones, incluyendo las responsabilidades del liderazgo
- Diseñar esquemas de responsabilidades que detallen las obligaciones y los niveles de responsabilidad por ejemplo, las aportaciones frente a la toma de decisiones¹⁴⁸
- Completar las valoraciones de las funciones habituales
- Diseñar guías de entrevistas para la contratación de personal para puestos de liderazgo que incorporen cuestiones relacionadas con el respeto a los individuos y el valor de la enfermería
- Iniciar programas de reconocimiento formal, tales como certificados, publicaciones de artículos en boletines enfermeros que demuestren excelencia en la práctica; premios y eventos de reconocimiento durante la Semana de la Enfermería para reconocer los logros obtenidos
- Constituir un comité para examinar y establecer estrategias sobre cuestiones relacionadas con la contratación y la permanencia de enfermeras, como la conciliación entre el trabajo y la vida privada
- Incorporar formación sobre habilidades de empatía en los programas de desarrollo del liderazgo¹²⁵

Aprender a manejar los conflictos

- Fomentar el libre intercambio de ideas, sentimientos y actitudes para conseguir un ambiente de confianza
- Definir las cuestiones relacionadas con los valores, propósitos y los objetivos
- Concentrarse en lo que es posible, no en lo que está mal¹⁴⁹
- Buscar alternativas para resolver el problema
- Estudiar el uso de la investigación apreciativa^c
- Pedir ayuda a fuentes externas, si es necesario
- Establecer un medio para la evaluación de las posibles soluciones

1.2 Las enfermeras líderes crean un ambiente de trabajo de empoderamiento.

El empoderamiento en los lugares de trabajo da lugar a:

- Un aumento de la satisfacción laboral para las enfermeras¹⁵⁰⁻¹⁵⁶
- Una mejora de la salud mental^{68,151,157-162}
- Un aumento de la percepción de autonomía y del control sobre la práctica enfermera^{91, 152, 153, 162, 163}
- Un aumento de la motivación personal^{164, 165}
- Un aumento del respeto y aprecio por el líder¹⁰⁰
- Una mejora del compromiso de la institución^{159, 165-171}
- Una mejora de la eficacia y el rendimiento en el trabajo^{68, 153, 162, 165, 170, 172}
- Una mejora de la permanencia del personal^{155, 166, 173-176}
- Una mejora de los resultados de los pacientes⁴⁴

Discusión de la evidencia^c

La necesidad de crear y mantener entornos de trabajo empoderados para las enfermeras es un aspecto tratado comúnmente en la literatura sobre liderazgo en enfermería^{155, 173-175} y se ha vinculado a la confianza.¹⁵⁰ Se cree que el empoderamiento ocurre cuando una institución se compromete de forma sincera con su personal y responde progresivamente a este compromiso con un interés mutuo y con la intención de favorecer el crecimiento. El empoderamiento es una forma de ser que se produce a lo largo del tiempo.¹⁷⁷ Se basa en la premisa de que los factores tales como las características organizativas y la cultura son más útiles que los factores de personalidad a la hora de entender las actitudes individuales y la eficacia en el trabajo.¹⁵¹ El nivel de empoderamiento y de satisfacción laboral está relacionado directamente con las circunstancias vividas por el empleado en su lugar de trabajo.^{151, 155}

El empoderamiento es una combinación de las condiciones de la institución y del estilo de liderazgo que, en conjunto, otorgan poderes al personal. Las estructuras sociales en los lugares de trabajo influyen en las actitudes y los comportamientos de los empleados.¹⁷⁸ Los factores estructurales, en los entornos *en los entornos de trabajo, tales como el acceso a la información, recibir apoyo, tener acceso a los recursos necesarios para el trabajo, y tener la oportunidad de aprender y crecer* son fundamentales para el empoderamiento.¹⁷⁸ Manojlovich¹⁷⁹ halló una relación directa entre las percepciones de las enfermeras sobre la capacidad de su gestora para movilizar los recursos

c Tipo de evidencia

Se califica con una "A" al tipo de evidencia que apoya la Creación de un ambiente de trabajo empoderado de como elemento fundamental de la práctica del liderazgo efectivo en enfermería. Todo aquello relacionado con las Competencias básicas y los ejemplos de comportamientos, se han extraído de una serie de tipos de evidencias desde la A a la D, siendo la mayoría mayoría de ellos del tipo B y C.

necesarios y el empoderamiento que resulta de tener acceso a estos recursos. Este estudio demostró una relación entre el empoderamiento y la mejora en práctica profesional que se vio afectada por las creencias de las enfermeras en sus propias capacidades cuando existía un liderazgo en enfermería sólido. Esta relación no estaba presente cuando el liderazgo en enfermería era percibido como débil.

Skelton Green¹⁸⁰ descubrió que las enfermeras que eran miembros de los consejos de los hospitales notificaron un aumento en la satisfacción laboral y una disminución de la intención de rotación de turnos. Erickson et al.¹⁷⁷ documentaron cifras de empoderamiento más altas para las enfermeras que eran miembros de los consejos de administración. Beaulieu et al.¹⁶⁷ estudió el empoderamiento y el compromiso del personal de enfermería y de las gestoras de enfermería en dos centros socio sanitarios en Ontario. Hallaron que las gestoras sujetas de estudio, poseían mayor empoderamiento y compromiso con sus instituciones que el personal de enfermería. Las gestoras sujetas de estudio informaron tener un acceso adecuado a la información, apoyos y recursos. En un estudio sobre las enfermeras gestoras en Finlandia, Suominen et al.¹⁸¹ encontraron una relación muy significativa entre el empoderamiento y los niveles bajos de estrés.

Las enfermeras líderes transformacionales propician el empoderamiento^{182, 183} compartiendo su visión y sus valores mediante el diálogo permanente con las enfermeras. El empoderamiento se produce cuando hay una visión y una dirección claras. Las enfermeras líderes empoderan a los demás motivándolos a participar en la visión de una meta y a hacerla realidad.¹⁸⁴ Empoderar a las líderes proporciona intención y significado a la labor de las seguidoras promoviendo el valor de la enfermería y permitiendo el acceso a las estructuras formales e informales de poder.

El poder formal y el informal han resultado ser predictores importantes del acceso a las estructuras de empoderamiento en los lugares de trabajo.^{152, 154, 168, 183} Las funciones que poseen una capacidad de toma de decisiones potestativa, visibilidad y relevancia dentro de la institución permiten la adquisición de un *poder formal*. *El poder informal* surge de las alianzas políticas y de las interacciones entre compañeros.¹⁷⁸ Las alianzas entre compañeros, superiores y subordinados dentro de la institución tienen gran influencia en el empoderamiento.¹⁷⁴

Empoderar a las líderes crea las condiciones estructurales para que el trabajo sea eficaz y, a su vez, para que el empoderamiento se haga mediante el diseño de funciones que posibiliten la participación en la toma de decisiones y mediante la optimización de las oportunidades de autonomía y de crecimiento individual y profesional del personal.¹⁷⁸ El empoderamiento del personal se ha relacionado con mejoras en la atención al cliente, en la calidad de los productos y servicios, en la competitividad institucional y en la calidad de la vida en el trabajo.¹⁵⁹

“ *Mi objetivo personal es proporcionar a las enfermeras las herramientas que necesitan para hacer su trabajo bien. Yo no estoy a cargo directamente de los pacientes, ellas sí lo están. Mi trabajo es cuidar de ellas (las enfermeras) para que puedan cuidar de los pacientes.* ”

Upenieks^{109 p.630}

Tabla 1.2 Competencias básicas y ejemplos de comportamientos para la creación de entornos de trabajo empoderados

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
1.2.1 Las enfermeras líderes entienden y practican los conceptos y principios de los comportamientos empoderados	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar críticamente sobre el uso personal de los comportamientos de empoderamiento • Buscar retroalimentación sobre sus propios comportamientos • Compartir el poder con los demás
1.2.2 Las enfermeras líderes mejoran las oportunidades de autonomía de las enfermeras, así como el crecimiento personal y profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de aprendizaje que permita la práctica reflexiva⁶ y la responsabilidad compartida • Demostrar confianza en los demás delegando de forma efectiva^{58, 81, 100, 119, 134, 185} • Instruir, tutelar y guiar^{38, 80, 81, 134, 136, 186} • Proporcionar, de manera constructiva, tanto comentarios positivos como negativos^{118, 121, 129} • Utilizar la experiencia como una oportunidad de aprendizaje^{134, 187, 188} • Proporcionar oportunidades para el desarrollo de conocimientos, habilidades y criterios^{81, 84, 100, 113, 124, 128, 131, 187} • Fomentar el uso del criterio, de la asunción de riesgos y de la innovación^{109, 189} • Desarrollar directrices y procesos que permitan a los profesionales ampliar su ámbito de actuación⁵⁷
1.2.3 Las enfermeras líderes optimizan el acceso y la utilización de los datos, y la información requerida para actuar de forma eficaz. ¹⁰⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir la visión personal e institucional así como los valores^{87, 94, 100, 106, 113-116, 119} • Compartir información sobre las iniciativas continuadas en la institución y sobre los planes para el futuro^{109, 127} • Aplicar de forma crítica el conocimiento basado en la teoría enfermera y la investigación^{36, 109, 126, 134} • Fomentar el desarrollo, la difusión y la aplicación de conocimientos y estrategias basadas en la evidencia^{38, 126, 190} • Compartir conocimientos prácticos y facilitar el acceso a la experiencia de los demás⁴⁸
1.2.4 Las enfermeras líderes crean las condiciones para que las enfermeras accedan y usen los apoyos, la retroalimentación y la orientación de sus superiores, compañeros y subordinados	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de entender el pensamiento, el aprendizaje y los estilos de trabajo de los demás^{80, 126} • Adaptar los estilos de liderazgo a las personas y a las situaciones^{80, 113, 191} • Crear estructuras y procesos que permitan las interacciones • Apoyar a las enfermeras afectadas por acontecimientos o experiencias del trabajo
1.2.5 Las enfermeras líderes facilitan a sus compañeras el acceso y el uso adecuado de los recursos (los materiales, el dinero, los suministros), el equipo y el tiempo necesario para cumplir sus funciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir al mínimo las restricciones burocráticas para acceder a los recursos^{42, 94, 109, 192} • Eliminar las barreras para el logro de resultados⁸¹ • Proporcionar y utilizar el respaldo presupuestario necesario, la formación, el tiempo,¹⁹³ y las herramientas de apoyo a las decisiones para alcanzar metas y objetivos^{38, 81, 109, 113, 119, 123, 134} • Establecer mecanismos para monitorizar y lograr cargas de trabajo razonables • Responder a las necesidades cambiantes y prioridades
1.2.6 Las enfermeras líderes mejoran el significado del trabajo de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la contribución de la enfermería en beneficio del paciente y de los resultados de la institución^{36, 81, 100, 109} • Diseñar las funciones que, de forma discrecional, tienen poder de decisión, visibilidad y son relevantes para los procesos clave de la institución¹⁷⁸ • Crear accesos a una red de alianzas, tanto dentro como fuera de la institución
1.2.7 Las enfermeras líderes permiten la participación en la toma de decisiones. ^{94, 100, 113, 177, 180, 194, 195}	<ul style="list-style-type: none"> • Instar a una amplia aportación por parte de los demás^{94, 100, 113} • Crear estructuras y procesos que permitan la participación en la toma de decisiones • Ensalzar las decisiones con apoyo¹⁹⁴

Planificación para el éxito – Estrategias sugeridas para el éxito en la creación de un ambiente de trabajo empoderado

Estrategias individuales

- Practicar la reflexión mediante un diario personal
- Buscar una retroalimentación integral para comprender cómo los demás perciben los comportamientos
- Revisión bibliográfica sobre el liderazgo transformacional
- Contratar a un dinamizador profesional y / o buscar un mentor con el que reunirse de forma regular

Estrategias del equipo o unidad

- Establecer funciones de liderazgo formal e informal en la práctica como los recursos clínicos, las jefes de proyecto o las responsables de turno
- Favorecer la rotación en las funciones de los cargos
- Permitir la participación de las enfermeras en conferencias y comités sobre cuidados del paciente
- Habilitar el acceso a programas de asistencia a los empleados, a los grupos de apoyo, a las reuniones de apoyo después de un incidente
- Proporcionar oportunidades de crecimiento que ofrezcan aprendizaje y visibilidad, como por ejemplo asistir a las reuniones del consejo o de los comités¹⁹⁶ o la asistencia a cursos o conferencias sobre el desarrollo del liderazgo
- Organizar grupos de diálogo para compartir experiencias y estrategias de liderazgo
- Conseguir que los demás crean en sus capacidades a través de programas de orientación, de formación en habilidades, de diseño de roles y de retroalimentación positiva¹⁷⁹
- Establecer equipos de mejora de la calidad para responder a las preocupaciones del personal
- Explicar y compartir la evidencia que vincula la enfermería con los resultados positivos de los pacientes
- Compartir y realizar un seguimiento de datos válidos y fiables sobre la carga de trabajo
- Programar desayunos frecuentes o reuniones informales con el gestor, el director o el vicepresidente
- Mantener reuniones en grupos reducidos con turnos de preguntas¹⁹⁷
- Llevar a cabo evaluaciones frecuentes del rendimiento y establecer un proceso de revisión por pares

Estrategias generales de la institución

- Simplificar las estructuras y los procesos de decisión
- Tener en cuenta la complejidad del trabajo, la diversidad de los grupos de trabajo y el número de personas con las que se cuenta a la hora de determinar los porcentajes de líderes por enfermera en la estructuración de los grupos de trabajo
- Establecer estructuras y procesos de gestión compartida tales como consejos de enfermeras de la práctica clínica y comités de unidad para determinar el ámbito de la práctica de las enfermeras¹⁹⁸
- Designar personal de enfermería en los comités de revisión de producto
- Comunicar con regularidad el trabajo de los comités de práctica enfermera a través de boletines, de foros abiertos,¹⁴⁴ páginas web u otras TIC (tecnologías de la información y la comunicación)
- Proporcionar para todas las enfermeras una formación para la diversidad, el apoyo y un programa de responsabilidad
- Establecer programas de tutela y supervisión¹⁹⁸
- Proporcionar periodos de prácticas para enfermeras en formación
- Ofertar prácticas tanto para las nuevas graduadas como para las enfermeras con experiencia

1.3

Las enfermeras líderes crean un entorno que apoya el desarrollo del conocimiento y la integración.

La creación de un entorno que apoya el desarrollo del conocimiento y la integración conduce a:

- Un aumento de la satisfacción laboral de las enfermeras^{60, 107, 199}
- Un aumento de la eficacia en el trabajo^{107, 155, 200}
- Un aumento empoderamiento^{113, 171, 199} y de la autonomía¹¹³
- Un aumento de la calidad en la práctica, y en el cuidado y en la responsabilidad¹⁰⁷
- Un desarrollo personal y ^{124, 131, 201} profesional del personal y del liderazgo clínico³⁸
- Un aumento del deseo de continuar la formación⁸¹
- Un aumento de las relaciones entre el personal¹⁰⁰
- Un aumento de la confianza en ^{170, 188} la líder y en la institución¹⁸⁶
- Mejora del éxito en los cambios planificados^{119, 193}
- Un mayor compromiso de la institución¹⁰⁷
- Una disminución de la intención de abandono^{128, 199}

Discusión de la evidencia^d

La continua adquisición y gestión del conocimiento ha sido identificada como una de las características intrínsecas de las instituciones de alto rendimiento.¹⁸⁶ Las instituciones de aprendizaje están habilitadas en la adquisición y difusión del conocimiento, al tiempo que modifican el comportamiento para reflejar el conocimiento nuevo.^{186, 187} Senge²⁰² define una institución de aprendizaje como un lugar "donde la gente amplía, de forma constante, su capacidad de crear los resultados que desea realmente, donde se cultivan nuevos modelos de expansión del pensamiento, donde la aspiración colectiva se deja en libertad, y donde la gente está continuamente aprendiendo cómo aprender juntos." (pg. 3). Para que esto ocurra, las instituciones necesitan descubrir cómo aprovechar el *el compromiso* de la gente y su capacidad de aprendizaje en *todos* los niveles.

En un estudio de hospitales, Tucker y Edmondson¹⁷⁰ indicaron claramente la influencia de los comportamientos de liderazgo en la voluntad de informar sobre errores. Los líderes transformacionales influyen de manera significativa en los valores de aprendizaje de la institución mediante la creación de una atmósfera de apertura y de seguridad psicológica – dos factores que son cruciales para el aprendizaje institucional efectivo–.^{170, 203} La creación de una institución de aprendizaje requiere en primer lugar un compromiso institucional para aprender a través de la implantación de un entorno propicio para la creación, el intercambio y el uso del conocimiento.^{186, 204} DeLong y Fahey¹⁸⁷ investigaron el modo en el que 24 empresas iniciaron y gestionaron proyectos relacionados con el conocimiento. Su estudio descubrió que la cultura conforma los supuestos acerca de la importancia del conocimiento, definía las relaciones entre los niveles de conocimiento, creaba un contexto para la interacción social y condicionaba la creación y la adopción de nuevos conocimientos. El primer paso fue evaluar los diferentes aspectos de la cultura que más probabilidades tenían de influir en las conductas relacionadas con el conocimiento, incluyendo las actitudes existentes acerca de la propiedad del conocimiento, los cambios necesarios para promover un uso más compartido del conocimiento, y los patrones de comunicación interna. Donaldson and Rutledge²⁰⁴ revisaron seis proyectos que se

d Tipo de evidencia

Se califica con una "B" al tipo de evidencia que apoya la Creación de entornos que apoyan el desarrollo y la integración del conocimiento como elemento fundamental en la práctica del liderazgo efectivo en enfermería. Todo aquello relacionado con las Competencias básicas y los ejemplos de comportamientos se han extraído de una serie de tipos de evidencias desde la B a la D siendo la mayoría de ellos del tipo C y D.

habían llevado a cabo para conocer la difusión y utilización de la investigación en enfermería. Los factores que influyeron en la capacidad de adoptar con éxito los nuevos conocimientos a la práctica incluyeron: la participación en la formación continuada, el acceso a la información y a la literatura, el tiempo disponible para participar en la investigación y la disponibilidad de los colegas con estudios superiores para facilitar la transformación del conocimiento.²⁰⁴

Las instituciones de aprendizaje se benefician de todas las fuentes de conocimiento, en particular, de la creatividad interna, de los mejores expertos que haya dentro de la institución, de las mejores prácticas de otras instituciones y de expertos externos. La búsqueda sistemática y las pruebas sobre los nuevos conocimientos se realizan mediante el método científico para producir ganancias adicionales en el acceso al conocimiento.¹⁸⁸ El conocimiento se transmite rápida y eficientemente en toda la institución. Las ideas que tienen el mayor impacto son compartidas ampliamente y transferidas a través de múltiples canales, con el fin de mejorar su aplicación, incluyendo los informes escritos y verbales, y los programas de educación y formación. La motivación para crear, compartir y utilizar el conocimiento es un factor fundamental para el éxito y se ve reforzada por incentivos a largo plazo relacionados tanto con la evaluación general como con la estructura de compensación de la institución.¹⁹⁰

Las grandes instituciones de salud toman decisiones basadas en la evidencia que no están recogidas de forma sistemática o evaluada.²⁰⁵ Como señala Berwick²⁰⁶ la medida ayuda a saber si una innovación en particular se debe mantener, cambiar, o rechazar. Sin embargo, la mayoría de las instituciones dejan muy poco tiempo para la reflexión sobre el trabajo. Las cooperativas de gestión basadas en la evidencia existen para crear instituciones en el sistema de salud que reúnan a gestores, consultores e investigadores con una misión común de mejorar la gestión sanitaria, las bases de datos y el rendimiento institucional. Un equipo de profesionales se reúne para intentar comprender mejor los problemas que plantea la gestión eficaz de la asistencia sanitaria y desarrollar propuestas más eficaces para la gestión de los sistemas de salud. De esta forma se crea una cultura basada en la evidencia que apoya y fomenta la innovación, la experimentación, la recogida y análisis de datos y el desarrollo de habilidades para la evaluación crítica entre los gestores.²⁰⁷

“ Para promover la confianza, las enfermeras tienen que aprender continuamente. Para un profesional, significa que necesita mejorar su práctica a través de la formación continuada, la investigación, así como asistir a congresos o conferencias profesionales y nacionales. La investigación es sumamente importante si la profesión de enfermería va a seguir siendo profesional. ”

Upenieks^{109 p.630}

Tabla 1.3 Competencias básicas y ejemplos de comportamientos para la creación de un ambiente que apoya el desarrollo del conocimiento y la integración

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
1.3.1 Las enfermeras líderes fomentan normas y prácticas que apoyan una amplia participación en el desarrollo, intercambio y difusión de conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un ambiente laboral que promueva de forma activa la innovación y la evaluación¹⁸⁹ • Promover las oportunidades de pensamiento y el aprendizaje de los individuos¹⁷⁰ • Fomentar que las enfermeras compartan mutuamente lo aprendido en experiencias clínicas y de liderazgo • Crear para el personal oportunidades de evaluar los sistemas de trabajo actuales y de concebir otros nuevos¹⁷⁰ • Promover y apoyar la investigación en enfermería • Promover y apoyar el desarrollo y el uso de guías basadas en la evidencia^{208, 209} • Reconocer el valor de los diferentes modos de generar y recopilar el conocimiento • Organizar los incentivos para reforzar y facilitar la adopción de prácticas de gestión del conocimiento¹⁹⁰ • Gestionar el crecimiento personal poniendo en cuestión, de forma objetiva, conductas y creencias¹³⁶
1.3.2 Las enfermeras líderes proporcionan la infraestructura técnica, informativa y formativa para apoyar el aprendizaje. ^{82, 189, 190, 210}	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo a la formación y al desarrollo continuo de la carrera profesional^{189, 211} • Crear alianzas institucionales que faciliten la formación continuada • Buscar y utilizar los conocimientos de los mejores expertos que haya dentro y fuera de la institución²¹² • Facilitar el acceso a literatura científica e información diversa²⁰⁹ • Fomentar el uso de herramientas de apoyo a las decisiones
1.3.3 Las enfermeras líderes generan un ambiente de comunicación abierta y de trabajo en equipo y valoran la contribución de los demás. ¹⁸⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar los modelos de comunicación interna¹⁸⁶ • Reconocer las diferencias culturales de la comunicación y la influencia que la percepción de la jerarquía tiene en la comunicación • Fomentar la resolución colaborativa de los problemas^{36, 186} • Establecer las estructuras y los procesos para fomentar la discusión de temas o ideas¹⁸⁹ • Promover el flujo de información e ideas en múltiples niveles a través de prácticas formales e informales • Dar a conocer los éxitos
1.3.4 Las enfermeras líderes inculcan un enfoque de aprendizaje para la mejora continua de la calidad. ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una retroalimentación efectiva^{38, 81, 113, 124, 134, 136, 187} • Organizar una revisión crítica, generar y validar los conocimientos a través de la reflexión crítica sobre la práctica^{206, 213} • Inspirar el pensamiento creativo • Involucrar a los gestores y al personal en la mejora de la calidad de los cuidados y garantizar la asignación efectiva de los recursos¹⁸⁹ • Permitir que las enfermeras adopten medidas • Inculcar un sentido de la responsabilidad individual para el seguimiento de la calidad • Conceder tiempo para debatir y abordar las causas subyacentes a los problemas • Utilizar la reflexión crítica para generar y validar los conocimientos
1.3.5 Las enfermeras líderes establecen mecanismos para el seguimiento continuo del proceso institucional y de los cambios.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover que la actuación de enfermería y las medidas enfocadas hacia el resultado del paciente se utilicen al realizar evaluaciones comparativas¹⁸⁹ • Apoyar la participación del personal de primera línea en la evaluación comparativa y en el desarrollo de buenas prácticas^{189, 199} • Utilizar los datos y los modelos de calidad en el seguimiento y la toma de decisiones • Examinar las mejores prácticas de otras instituciones y profesiones²¹⁴ • Realizar un seguimiento de los resultados de los cambios y establecer mecanismos de responsabilidad • Revisar y registrar los éxitos organizativos del pasado y los fracasos¹⁶⁷

Planificación para el éxito : – Estrategias sugeridas para la creación de un ambiente que apoya el desarrollo del conocimiento y la integración

Estrategias individuales

- Compromiso personal a través del desarrollo profesional continuo mediante la revisión de las investigaciones, los artículos relevantes en revistas y la asistencia a conferencias o congresos
- Liderar las discusiones sobre artículos de investigación, estudios de casos y experiencias clínicas en las reuniones del equipo
- Realizar y compartir revisiones de la investigación para recopilar los resultados en una selección de temas clínicos y de gestión²⁰⁷
- Establecer una mesa redonda o almuerzo para el grupo de debate sobre temas de liderazgo y experiencias²⁰⁷
- Poner a prueba su propio aprendizaje realizando artículos para su publicación o para presentarlos en una conferencia o congreso

Estrategias de equipo o unidad

- Desarrollar equipos de mejora de la calidad y comités
- Establecer equipos de proyecto interprofesionales para fomentar el aprendizaje y la comunicación¹⁸⁶
- Promover el intercambio abierto de información mediante la programación de reuniones del equipo periódicas;²¹⁵ la celebración de foros abiertos, de conferencias y de reuniones^{186, 188}
- Fomentar que las enfermeras compartan experiencias y que haya comunicación interprofesional de conocimientos prácticos en los equipos que trabajan en el mismo turno de una unidad
- Proporcionar apoyo al personal para que continúe con su formación a través de horarios flexibles y asociaciones de revistas
- Apoyar al personal en la elaboración de un artículo de grupo para su publicación o para su presentación en una conferencia
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades y desarrollar un plan de formación para la unidad
- Establecer la utilidad de los planes anuales de formación

Estrategias de la institución

- Proporcionar acceso a los servicios de la biblioteca, de internet y a los buscadores²⁰⁹
- Proveer de clases de apoyo y planificación horaria flexibles para permitir la formación continuada
- Asociarse a programas de becas de grado para ofrecerlos en el lugar de trabajo y participar en proyectos de investigación colaborativos²¹⁶
- Dirigir periódicamente grupos focales y encuestas para seguir los procesos de la práctica de enfermería y los resultados²¹²
- Crear procesos para la presentación de informes no punitivos de errores e incidencias
- Usar las guías de buenas prácticas
- Desarrollar y revisar las herramientas de medición de la carga de trabajo para dejar tiempo a la reflexión y el aprendizaje
- Integrar la participación en el uso de la investigación en las descripciones de las funciones y en la planificación estratégica de enfermería²¹⁶
- Establecer un comité de investigación en enfermería y comprometerse a la utilización de la evidencia o la investigación en los comités ya existentes²¹⁶
- Publicar un informe anual de enfermería y / o un boletín de noticias de enfermería donde se detallen los logros de las enfermeras
- Desarrollar y proporcionar acceso abierto a los informes de enfermería de calidad que incorporan datos sobre los indicadores sensibles de la enfermera²¹⁷

“ *Ella es una líder poderosa; usa datos para conseguir algo importante.* ”

Upenieks^{144 p.180}

1.4

Las enfermeras líderes dirigen y mantienen el cambio

El liderazgo efectivo para la gestión del cambio conduce a:

- Un aumento de la aceptación del cambio por parte de los empleados^{102, 115, 218, 219}
- Un incremento en el éxito del cambio deseado^{71, 81, 193, 211}
- Unos equipos de más alto rendimiento^{64, 71, 107, 220}
- Un aumento en la productividad^{71, 107}
- Un menor absentismo^{71, 107}
- Un aumento del compromiso en el trabajo^{102, 115, 218, 219}
- Un aumento del compromiso de la institución^{60, 107}
- Un aumento de la motivación del personal y de la voluntad de trabajar duro^{60, 107}
- Un aumento de la satisfacción laboral^{60, 64, 107, 220}

Discusión de la evidencia ^e

Las enfermeras líderes juegan un papel fundamental en el éxito de la implantación del cambio dentro de las instituciones. En un estudio canadiense sobre los efectos de la reestructuración hospitalaria, las enfermeras manifestaron menos efectos negativos cuando se dieron cuenta de que sus líderes utilizaban un estilo democrático basado en las relaciones.⁶⁴ Otro estudio, realizado en Estados Unidos por Gullo y Gerstle⁶⁹ advirtió que durante la reestructuración, cuando los puestos intermedios poseían características del liderazgo transformacional, las enfermeras presentaban un sentimiento de empoderamiento por encima de la media^G. No encontraron ninguna relación entre el estilo transformacional y la satisfacción en el trabajo durante la reestructuración y sugirieron la necesidad de estudiar más a fondo la manera de guiar a las enfermeras a través del cambio. En un estudio sobre los equipos en hospitales de España, Gil et al,²²⁰ descubrieron que el liderazgo orientado al cambio (los estilos de liderazgo transformacional y carismático) guardaba mucha correlación con la satisfacción laboral y el rendimiento del equipo, y estaba influenciado por la creencia del equipo en su propia eficacia.

El proceso de cambio comienza con el desarrollo, por parte de la enfermera líder, de una visión del cambio que se deriva de un análisis del entorno. La enfermera líder cuestiona las asunciones existentes, las estructuras y los procesos dentro de la institución.^{71, 81, 99, 221, 222} Se desarrolla una visión y luego se comparte con otros colaboradores^G con el fin de crear una masa crítica de apoyo al cambio.^{129, 211, 223}

El éxito del cambio se produce cuando las enfermeras líderes involucran al personal, proporcionando las estructuras y las oportunidades para la participación en todas las fases del proceso de cambio.^{200, 224} Las líderes que demuestran un compromiso verdadero con el cambio^{222, 225} y desempeñan el modelo de asunción de riesgos y de innovación son más capaces de alcanzar los objetivos del cambio previstos.^{71, 81, 211}

e Tipo de evidencia

Se califica con una “C” al tipo de evidencia que apoya el Liderazgo y mantenimiento del cambio como elemento fundamental en la práctica del liderazgo efectivo en enfermería. Todo aquello relacionado con las Competencias básicas y los ejemplos de comportamientos se han extraído de una serie de tipos de evidencias desde la B a la D siendo la mayoría de ellos del tipo B y C.

Un conjunto de investigaciones apunta hacia la necesidad de una comunicación permanente a través de todos los niveles de la institución.^{48, 102, 115, 225} La comunicación abierta puede conducir a la aceptación por parte de los empleados del cambio y al aumento del compromiso en el trabajo.^{102, 115, 218, 219} Las estrategias de comunicación eficaz incluyen solicitar retroalimentación al personal y las percepciones del cambio.^{115, 224, 226} Es necesario compartir la información de manera que sea relevante en un único contexto para diferentes individuos de todos los niveles de la organización.^{81, 125} La necesidad de información incluye la comunicación de objetivos medibles y de los informes de resultados parciales en intervalos regulares de tiempo.¹¹⁹

Strebe¹⁹³ sugiere que las líderes a menudo subestiman las necesidades de aprendizaje necesarias para apoyar el cambio. Si se negociara el tiempo, los recursos y las oportunidades educativas adecuados sería más probable que se mantuvieran la calidad y la eficiencia de los servicios.^{119, 225} Los recursos necesarios para lograr los objetivos de la iniciativa de cambio deben estar en concordancia con la magnitud del cambio esperado en la práctica, en el proceso, o en la cultura.^{119, 222} Los empleados se encuentran en las mejores condiciones para alcanzar el éxito del cambio cuando las enfermeras líderes generan confianza y ofrecen apoyo continuo²²⁷ estando presentes y visibles en el estadio donde se está produciendo el cambio⁹⁹ y escuchando y respondiendo a las emociones y a las reacciones del personal.^{223, 229} Para que el cambio sea eficaz y mantenido en el tiempo, se necesitan estrategias para integrar la nueva iniciativa dentro de las actividades continuas de la institución.

Table 1.4 Competencias básicas y ejemplos de comportamientos para el Liderazgo y mantenimiento del cambio

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
<p>1.4.1 Las enfermeras líderes, junto con los colaboradores y con los expertos, crean una visión compartida para el cambio continuado.^{38, 71, 107, 211, 221}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre las actitudes y habilidades personales respecto al cambio y su gestión • Plantearse el status quo y cuestionarse los supuestos, los valores, las estructuras y los procesos^{71, 81, 221} • Analizar el entorno para identificar los cambios demográficos y políticos que se están produciendo de forma externa a la institución^{99, 128} • Recopilar de forma activa información que sugiera nuevos enfoques²²² • Aplicar de forma crítica la evidencia para cambiar las iniciativas • Establecer contacto con compañeros que puedan contribuir a ampliar el pensamiento y los enfoques utilizados dentro de la institución²²²
<p>1.4.2 Las enfermeras líderes colaboran con otros compartiendo la visión de cambio continuado.^{38, 71, 96, 107, 221}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer relaciones estratégicas y asociaciones¹²⁸ • Crear alianzas para el cambio²²⁰, captando el acuerdo de una masa crítica de personas que sea suficiente⁹⁹ • Replantear un cambio debido a una crisis viéndolo como una oportunidad en lugar de como una amenaza²²² • Demostrar compromiso con el cambio^{228, 231}
<p>1.4.3 Las enfermeras líderes involucran a los colaboradores y a los expertos en la planificación, diseño y remodelación de los cambios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar la opinión del personal y de las asociaciones sindicales al comienzo del proceso • Reunir a las personas de diferentes ámbitos para hablar sobre los objetivos compartidos y garantizar aquellos que están programados²²¹ • Involucrar en el proceso de cambio a las personas que se ven afectadas por el mismo^{64, 230, 231} • Identificar, de forma clara, los comportamientos esperados • Involucrar a los colaboradores para que todos se sientan protagonistas del cambio²²⁴ • Identificar a los principales partidarios, influyentes, y defensores del cambio²²² • Demostrar respeto y reconocimiento a la experiencia y conocimientos individuales que han contribuido al cambio²²⁴ • Fomentar la creencia de que los cambios pueden ser realizados y construir una idea de lo que es posible alcanzar⁸⁶ • Animar a considerar la asunción de riesgos y la innovación, y los modelos de rol de estos atributos^{71, 81, 123, 134, 211, 222} • Revisar las lecciones aprendidas, independientemente de los resultados

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
<p>1.4.4 Las enfermeras líderes negocian el apoyo presupuestario necesario para llevar a cabo los procesos formativos,^{136, 193, 226} el apoyo a las decisiones y otros recursos necesarios para alcanzar los objetivos de la iniciativa de cambio.^{113, 119}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invertir en el tiempo y los recursos necesarios para el cambio, así como en los cambios necesarios para crear un giro en la cultura, la estrategia, el proceso y las directrices²²² • Cuantificar las necesidades de nuevo conocimiento y las expectativas de conducta para apoyar el cambio¹⁹³ • Poner en práctica oportunidades de aprendizaje variadas para satisfacer las necesidades de conocimiento en momentos específicos
<p>1.4.5 Las enfermeras líderes desarrollan y aplican mecanismos para la retroalimentación, la medición y la remodelación durante el cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traducir e interpretar los temas de enfermería para comunicarse de forma efectiva e influir a las personas dentro de cada contexto particular (por ejemplo, clínico, ejecutivo, académico y político)^{81, 125} • Actualizar la comunicación de forma regular^{218, 219} • Incluir información sobre los factores económicos y políticos que están detrás del cambio²²⁵ • Proporcionar información adecuada para ayudar a la toma de decisiones durante el cambio • Proporcionar informes provisionales sobre el estado de la iniciativa de cambio²²⁵
<p>1.4.6 Las enfermeras líderes desarrollan y aplican mecanismos para la retroalimentación, la medición y la remodelación durante el cambio.^{119, 232}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los objetivos medibles y los mecanismos para continuar el proceso^{119, 231} • Solicitar la opinión y las percepciones de los trabajadores respecto al cambio, tanto formalmente como informalmente^{115, 224, 226} • Localizar los cambios proyectados y establecer prioridades para las actividades rediseñadas con el fin de permitir que haya tiempo suficiente para su adaptación¹¹⁵ • Estructurar las oportunidades continuadas de retroalimentación (comentarios formales e informales) y el uso de técnicas de escucha activa • Negociar y buscar soluciones a los problemas que surgen durante el proceso de cambio • Eliminar las barreras para alcanzar los resultados y asumir la responsabilidad de los mismos⁸⁰ • Desarrollar planes de contingencia para gestionar los desafíos inesperados en el proyecto de cambio • Gestionar el conflicto que pueda surgir debido al cambio • Tratar el conflicto de rol y la ambigüedad y debatir cómo podrían cambiar los roles y las responsabilidades^{115, 233} • Revisar las tácticas y rediseñar el proyecto de cambio basándose en los resultados y la retroalimentación a través de todas las fases de la iniciativa de cambio • Celebrar el logro de hitos^{115, 222}
<p>1.4.7 Las enfermeras líderes apoyan, entrenan y tutelan a otros para conseguir el éxito del cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generar confianza y ofrecer apoyo para mejorar la acción colectiva hacia el cambio²²⁷ • Evitar el exceso de alabanzas y de compensaciones • Ser sincera acerca de las ambivalencias personales, las reservas y el compromiso con el cambio⁹⁹ • Permacener cerca de los seguidores, en proximidad a lugar donde se está experimentando el cambio⁹⁹
<p>1.4.8 Las enfermeras líderes prestan atención a la iniciativa de cambio en todas las etapas del cambio.²³⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la nueva iniciativa dentro de las actividades en curso¹¹⁹ • Evaluar las cuestiones o las actividades en curso de la líder y del seguidor y determinar cuándo es necesario intervenir⁹⁹ • Decir la verdad sobre el cambio: no es previsible que las cosas “se calmen” porque siempre vienen nuevos cambios⁹⁹

Planificación para el éxito– Estrategias sugeridas para el liderazgo y el mantenimiento del cambio

Estrategias individuales

- Comprender y reconocer que la percepción del cambio varía de un individuo a otro
- Colaborar con los compañeros de Recursos Humanos, de Gestión económica y de Calidad para acceder a los datos de seguimiento de los resultados del cambio
- Realizar un análisis de los colaboradores para determinar los que pueden promover o inhibir el cambio^{99, 223}
- Aprender acerca de las perspectivas de cada colaborador y cómo el cambio puede ser significativo para ellos²³
- Tener paciencia y estar abierto a las oportunidades para avanzar en el cambio²³⁵
- Desarrollar una red de apoyos para mantener la energía personal en todo el proceso del cambio²³⁶

Estrategias del equipo o unidad

- Involucrar a las enfermeras en la construcción de la visión
- Compartir tanto la visión como la táctica de los cambios en foros abiertos y mediante el uso de la tecnología existente²³⁶
- Fomentar la confianza del equipo en la capacidad del mismo para manejar el cambio a través de la formación de los profesionales en nuevas tareas, del trabajo en equipo²²⁰ y centrándose en las fortalezas
- Debatir iniciativas similares que no tuvieron éxito para ver qué podría hacerse de otra manera²³⁶

Estrategias de la institución

- Comunicar a intervalos regulares, mediante métodos y estrategias múltiples^{102, 115, 231}
- Vincular los planes de cambio a los objetivos estratégicos de la institución²³¹
- Planificar estrategias de comunicación tales como boletines, reuniones, foros abiertos y reuniones individuales entre el personal y las líderes del proceso de cambio¹¹⁹
- Consultar sin demora y frecuentemente con el personal y con los grupos de trabajo
- Ofrecer talleres de gestión del cambio que incluyan habilidades para delegar y gestionar y,¹¹⁹ habilidades para la creación de equipos^{115, 136}
- Usar los manuales de implantación ²³⁶ en todo el proceso para aumentar la coherencia²³⁴
- Utilizar los datos de la evaluación de las encuestas de los empleados y de los grupos focales para seguir tanto los procesos como los resultados y fundamentar las decisiones²³¹

Ayudar a los demás a hacer frente a los efectos del cambio

- Escuchar sus preocupaciones y ser empática en lugar de juzgar
- Atender las inquietudes personales y los asuntos relacionados con el trabajo
- Centrarse en la situación y en las emociones asociadas a la misma
- Ayudar a las personas a poseer estos sentimientos y a que no los despersonalicen intelectualizándolos
- Verbalizar la confianza de que es posible la acción de los individuos y ayudarles a desarrollar un sentido de la confianza y de la esperanza²³⁰
- Proporcionar apoyo y agradecimiento enviando una tarjeta o un pequeño detalle, como unas flores²³⁵

1.5 Las enfermeras líderes mantienen el equilibrio entre los valores y las prioridades en competencia

El equilibrio entre los valores y las prioridades en competencia conduce a:

- Una disminución del estrés en las enfermeras²³⁷
- Un aumento en la percepción de su propio valor e imagen^{127, 130, 136, 238, 239, 240}
- Un aumento de la satisfacción laboral de las enfermeras y sus líderes^{130, 136, 218}
- Una disminución en la falta de compromiso con el trabajo^{240, 241}
- Una disminución de la intención de abandonar la institución o la enfermería^{239, 242, 243}
- Un aumento de la confianza en las líderes^{130, 136}

Discusión de la evidencia^f

Las enfermeras y sus líderes se enfrentan con frecuencia a un amplio abanico de prioridades y demandas en competencia incluidas las necesidades de los individuos, las familias, los profesionales y la institución en general.^{239, 244} En última instancia, las elecciones acerca de lo que es prioritario y cuál es el curso de la acción a seguir debe hacerse y debe crear un dilema ético para las enfermeras y las enfermeras líderes en particular cuando las decisiones se ven influidas por las expectativas profesionales, la política de la institución o las estructuras jerárquicas de poder. Splane y Splane²⁴⁵ señalaron que las enfermeras con funciones políticas de alto nivel fueron cuestionadas de manera similar por "cuestiones de competencia" (p. 158). Posner, Kouzes y Schmidt²⁴⁶ descubrieron que el valor de la congruencia entre los gestores y sus instituciones está vinculada a la percepción del éxito personal, el compromiso institucional y el compromiso con un comportamiento ético y establece un clima de debate sobre cuestiones basadas en los valores.

A las enfermeras se les enseña a creer que proporcionar cuidados es lo mejor para cada paciente²⁴⁷ y el valor de sus conocimientos profesionales contribuye en los resultados positivos del paciente. Lageson²⁴⁸ encontró una relación significativa entre el enfoque de los altos cargos directivos en las reuniones sobre las necesidades de cuidado de los pacientes y la satisfacción de las enfermeras en el trabajo. La falta de congruencia entre los valores y las creencias de las enfermeras y los valores y las decisiones de la institución pueden conducir a una aflicción ética.^{G 249}

El equilibrio entre los costes y el cuidado de calidad, que se manifiesta en cuestiones como la dotación de personal y la racionalización de los suministros es un problema importante para las líderes enfermeras.^{112, 127, 140, 189, 238, 239, 242} Se espera que las líderes enfermeras aboguen por la enfermería y defiendan tanto los valores de los pacientes como los del personal, a pesar de las limitaciones económicas.^{36, 38, 94, 100, 113, 134, 187} Cuando las enfermeras perciben que la instituciones y sus líderes dan un mayor valor a la reducción de los costes que al hecho de proporcionar cuidados de calidad, el resultado es una disminución de la confianza en el liderazgo, una disminución de la satisfacción en el trabajo,^{127, 130, 136, 218} un aumento del estrés,²³⁷ una disminución de la percepción de su valía, una disminución de la lealtad a la institución y un aumento de las intenciones de abandonar el trabajo.¹²⁷

Las relaciones con los médicos, administradores y otros miembros del equipo de salud puede ser una fuente de malestar en las instituciones donde hay un trato preferencial a los médicos o una falta de respeto a las enfermeras y su conocimiento. El apoyo al diálogo abierto^{140, 250} que se extiende hasta el nivel gubernamental de la institución²³⁹ es importante en la medida que muchos de los temas están relacionados con las relaciones.²⁴⁴

^f Tipo de evidencia

Se califica con una "C" al tipo de evidencia que apoya el Equilibrio entre los valores y las prioridades en como elemento fundamental en la práctica del liderazgo efectivo en enfermería. Todo aquello relacionado con las Competencias básicas y los ejemplos de comportamientos se han extraído de una serie de tipos de evidencias desde la C a la D.

Los valores y las creencias también varían en cierta forma dentro del equipo de enfermería. De las enfermeras que trabajaban en Canadá en 2002, un 6,9% disfrutaron de una educación internacional.²⁵¹ Las enfermeras que pertenecen a generaciones y orígenes étnico-culturales diferentes tienen una ética y actitudes de trabajo diferentes,¹¹⁰ sin embargo, necesitan trabajar juntas como un equipo unido para lograr resultados positivos para los pacientes.¹¹² Cronkhite²³⁸ descubrió que las enfermeras líderes que se identificaban con los pacientes y las enfermeras tenían más conflictos en sus relaciones con los directivos de la institución; aquellas que eran vistas como defensoras de la institución tenían más conflictos con las enfermeras más jóvenes.

El papel de la enfermera líder es promover y establecer un entorno de práctica que mantenga el equilibrio entre las múltiples demandas y perspectivas de manera que las enfermeras puedan ofrecer unos cuidados de calidad. Se dice que las líderes transformacionales tienen un elevado carácter moral.²⁵² Se espera que las enfermeras líderes sean una "brújula moral", aumentando las preocupaciones¹⁴⁰ cuando las demandas en competencia puedan afectar negativamente a la calidad de los cuidados del paciente o cliente. Las enfermeras líderes deben reflexionar primero sobre sus propios valores^{112, 140, 239, 241, 250} antes de que puedan reconocer los valores y la ética subyacente a las situaciones y tratar con eficacia el tema.²⁵⁰ La recopilación de información y la evaluación de la situación^{112, 127, 253} son fundamentales ya que muchos de los temas están arraigados a su contexto.²⁴⁴ Storch¹⁴⁰ describe la importancia de saber cuándo "trazar una línea divisoria", para conocer cuándo presionar y cuándo retroceder.

Comunicar la justificación de las acciones seleccionadas, tomar un papel activo en la obtención de los recursos necesarios²⁵⁰ y hacer un seguimiento continuado de los efectos de la decisión son parte de la función de la líder. Las líderes ayudan a otros a ver las situaciones, no siempre como una opción entre opuestos, sino como decisiones que necesitan ser rentabilizadas a través del tiempo²⁵⁴ cambiando el énfasis y la acción según sea necesario. Por ejemplo, en algunas ocasiones las enfermeras líderes pueden optar por dotar de recursos al formador para apoyar a la enfermera a que mejore su práctica; otras veces, por aumentar puestos directos para los cuidados .

Tabla 1.5 Competencias básicas y ejemplos de comportamientos sobre el equilibrio de valores y prioridades en competencias

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
<p>1.5.1 Las enfermeras líderes identifican y reconocen los valores y las prioridades.^{112, 140, 239, 240, 250}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la clarificación de valores para identificar los valores propios, los valores de los demás y los valores de la institución^{110, 112, 140, 238, 239, 253} • Separar los valores personales de las responsabilidades profesionales²³⁹ • Compartir y comunicar la visión, los valores y las prioridades de forma explícita^{38, 87, 110, 112, 238, 255} • Estructurar un proceso para definir los valores y la visión de la enfermería dentro de una institución¹⁴⁰ • Entender que, con el tiempo, los valores evolucionan en respuesta a las experiencias de la vida²⁵⁶
<p>1.5.2 Las enfermeras líderes reconocen e incorporan las múltiples perspectivas en la toma de decisiones.^{112, 253-255}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar la información de fuentes múltiples • Utilizar herramientas de apoyo a las decisiones¹³⁶ • Identificar y comunicar los valores que sustenten la decisión¹¹² • Mostrar sensibilidad a presiones múltiples, incluyendo las finanzas, el poder y las políticas²⁵³ • Identificar las consecuencias de enfatizar en una perspectiva por encima de otra^{250, 255} • Utilizar el conocimiento clínico y profesional de la enfermería para la toma de decisiones^{112, 257} • Identificar los problemas éticos y morales¹⁴⁰ • Saber cuándo hablar y cuándo permanecer callado^{140, 129}

COMPETENCIAS BÁSICAS	EJEMPLOS DE COMPORTAMIENTOS
1.5.3 Las enfermeras líderes ayudan a otros a entender las perspectivas y decisiones en conflicto.	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer y nombrar las perspectivas en conflicto^{140, 254, 255} e identificar sus interdependencias²⁵⁴ Ayudar a los demás con la clarificación de los valores y ayudarlos a expresar sus valores y sus puntos de vista^{112, 140, 239, 249} Entender que la diversidad cultural influye en las perspectivas Explicar por qué una perspectiva se valora o se elige antes que otra²⁵⁵ Crear una responsabilidad compartida y fomentar las relaciones de colaboración^{112, 134, 253-255} Ayudar a otros a comprender los aspectos empresariales del cuidado de la salud¹¹² Aprender y notificar las limitaciones de los recursos :— equipo, personal, etc
1.5.4 Las enfermeras líderes emplean estrategias para avanzar en las iniciativas prioritarias, mientras mantienen otras iniciativas y perspectivas de valor.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar prácticas flexibles para poder responder a las prioridades cambiantes²⁵⁴ Promover y recompensar la flexibilidad y la innovación relacionada con el logro del equilibrio²⁵⁴ Centrarse en las metas y en lo que puede lograrse²³⁹ Explorar otras alternativas para superar los retos¹³⁴, como el uso de la tecnología o el rediseño¹¹²
1.5.5 Las enfermeras líderes abogan por los recursos necesarios para lograr las metas y los objetivos. ²⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar datos para demostrar la necesidad de recursos Proveer el personal, los apoyos, el tiempo y el equipo necesarios^{38, 81, 123, 134, 155} Estructurar, a largo plazo, los recursos con las prioridades y los estándares profesionales^{81, 250}
1.5.6 Las enfermeras líderes demuestran su compromiso y asumen la responsabilidad de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar los efectos de las decisiones en los pacientes y el personal,^{130, 253} y en la asignación de recursos y la calidad^{112, 255} Identificar y monitorizar los indicadores del desequilibrio²⁵⁴ Identificar a las personas más sensibles a los impactos negativos²⁵⁴ y buscar retroalimentación frecuentemente Promover la responsabilidad en los demás

Planificación para el éxito:— estrategias para el equilibrio entre los valores y las prioridades en competencia

Estrategias Individuales

- Utilizar la auto-reflexión para identificar los valores personales
- Utilizar los marcos éticos para ayudar al esclarecimiento y a la toma de decisiones
- Centrarse en los estudios de investigación, en los datos de los resultados del paciente y en la literatura científica actual para apoyar al personal, la combinación de capacidades y las horas de cuidado¹⁰⁹
- Formar a los miembros del consejo y a otros miembros del equipo directivo sobre la relación entre los entornos de trabajo de enfermería y los resultados del paciente, incluyendo los niveles del personal y los resultados del paciente o cliente^{48, 140}
- Formar alianzas con grupos afines e individuos
- Comprobar el ajuste entre la filosofía personal y las creencias de la institución antes de aceptar el rol¹²⁸

Estrategias del equipo, la unidad y la organización

- Desarrollar y mantener una filosofía y una misión que hable del valor de la enfermería y que sitúe en primer lugar a los pacientes
- Establecer modelos de gestión compartida para fomentar el intercambio de información y la toma de decisiones
- Establecer la utilización de comités de revisión para hacer frente a la asignación de los recursos²⁵⁸
- Establecer foros para el debate sobre las cuestiones éticas que incluyan tanto reuniones formales como informales, debates y comités de ética^{140, 239, 258, 259}
- Desarrollar políticas de denuncia de irregularidades^{G 198}

Recomendaciones de la organización^g

2.0 Las instituciones sanitarias proporcionan el apoyo para el liderazgo eficaz.

El apoyo institucional al Liderazgo efectivo incluye:^{156, 173}

- Una cultura institucional que respeta y apoya la enfermería profesional
- El acceso al poder formal al poder posicional; el acceso a los recursos, la información, y la autonomía práctica
- El acceso al poder informal (p.e. redes y relaciones)
- La promoción de oportunidades: el apoyo al crecimiento y al desarrollo profesional y a las oportunidades de liderazgo
- Un equipo de trabajo respetuoso y colaborativo

Discusión de la evidencia ^g

A pesar de que Pearson et al.⁵² advirtieron que existe poca investigación de alta calidad sobre el impacto directo de los entornos de trabajo en el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería, existen pruebas que describen la influencia del entorno de trabajo en el liderazgo en enfermería. Los participantes en un estudio canadiense realizado por Jeans y Rowat²⁶⁰ que incluyó directoras de enfermería, administradores y personal indicaron que los facilitadores y las barreras para adquirir competencias en liderazgo incluían los entornos que favorecían el trabajo, las expectativas claras y razonables, el equilibrio entre el trabajo y la vida privada, las cargas de trabajo razonables y la accesibilidad a los programas de gestión de la formación.

Algunas investigaciones han encontrado relaciones entre el empoderamiento en el lugar de trabajo y el liderazgo eficaz en enfermería.^{151, 155, 261} Laschinger y Shamian²⁶¹ advirtieron un fuerte vínculo entre las percepciones de las enfermeras gestoras sobre el empoderamiento y su auto eficacia para el liderazgo.

En un estudio comparativo entre las enfermeras líderes en instituciones magnéticas y no magnéticas, Upenieks⁸² identificó factores específicos de la institución que apoyaban a las líderes de enfermería y fomentaban el liderazgo clínico permitiendo que las enfermeras utilizaran su experiencia, sus conocimientos y sus habilidades en el cuidado clínico. A pesar de que las enfermeras líderes de los dos hospitales, los magnéticos y los no magnéticos, estaban de acuerdo en la importancia de estos apoyos, las enfermeras líderes del hospital magnético afirmaron que estaban en mejores condiciones para su prestación.¹⁵⁵ Del mismo modo, en un estudio llevado a cabo en el ámbito sociosanitario, McGilton et al.⁵⁸ descubrieron que la capacidad de las líderes enfermeras y las enfermeras de práctica clínica avanzadas veía afectada por las ayudas tales como los suministros, la financiación y la dotación de personal, las descripciones claras de las funciones y un apoyo administrativo suficiente y por parte de la dirección.

Boyle and Kochinda²⁶² descubrieron que las percepciones del liderazgo en enfermería por parte de los médicos y de las enfermeras y la resolución de los problemas entre los grupos aumentaron significativamente después de una intervención que incluía formación en comunicación colaborativa a la que asistieron tanto las enfermeras líderes como los médicos líderes de una UCI. Krugman²⁶³ advirtió de que un clima de gestión participativa caracterizado por grupos de toma de decisiones, la comunicación interactiva y el control descentralizado mejoraban la imagen de

^g Tipo de evidencia

Se califica con una B, C y D al tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

la enfermera líder y su sentido de la profesionalidad. Estas ayudas son compatibles con los elementos de empoderamiento estructural de Kanter¹⁵⁶ y son coherentes con los atributos de los entornos de la práctica profesional que se han relacionado con resultados positivos para los pacientes y las enfermeras.^{43, 89, 264}

2.1 Las instituciones sanitarias demuestran respeto por las enfermeras como profesionales y su contribución a los cuidados

Discusión de la evidencia^h

Un gran número de estudios e informes han demostrado que las enfermeras perciben una falta de respeto en su lugar de trabajo.^{1, 9, 140, 239 238}

Una demostración visible de respeto hacia las enfermeras y de equidad en su entorno de trabajo se ha vinculado al empoderamiento⁹⁰ y da como resultado unas mejores relaciones interpersonales y una mayor confianza en las líderes,⁹⁰ y por lo tanto las organizaciones necesitan difundir el mensaje de que "las enfermeras son el activo más importante y el cuidado al paciente es el resultado más importante." Upenieks 81 p.462

La contribución que las enfermeras realizan al cuidado del paciente,¹¹² sobre todo por parte de las enfermeras gestoras⁶⁴ ha dado lugar a un menor agotamiento emocional de las enfermeras, a una mejor salud emocional y a ser más capaces de atender a las necesidades de cuidados importantes del paciente.

Devine y Turnbull²⁶⁵ trabajaron con una serie de grupos focales provinientes de todo Canadá en cuatro grandes ciudades, pidiendo a las enfermeras que definieran un entorno respetuoso. Las encuestadas identificaron una serie de indicadores que incluyen:

- no esperar que las enfermeras trabajen "en cualquier lugar", independientemente de su formación y experiencia;
- niveles de dotación de personal suficientes para asumir la carga de trabajo;
- la inclusión de las enfermeras en la toma de decisiones de la institución;
- la coordinación de las enfermeras por personas con formación en enfermería;
- tolerancia cero ante el abuso sobre las enfermeras; y
- oportunidades de desarrollo profesional

“ Las organizaciones necesitan difundir el mensaje de que "las enfermeras son el activo más importante y el cuidado al paciente es el resultado más importante." ”
Upenieks^{81 p.462}

Estrategias para el éxito que demuestran respeto por las enfermeras como profesionales

- 2.1a Designar un puesto de enfermera líder sénior
- 2.1b Contratar enfermeras como gerentes de primera línea
- 2.1c Contratar enfermeras líderes con una formación y unas credenciales apropiadas
- 2.1d Apoyar la estabilidad del liderazgo en enfermería
- 2.1e Reconocer las contribuciones de las enfermeras a los resultados del paciente y de la institución

^h Tipo de evidencia

Se clasifica con una B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.1a Designar una enfermera líder sénior a nivel directivo de la institución.

Discusión de la evidenciaⁱ

Las enfermeras líderes juegan un papel fundamental en el diseño de sistemas de prestación de cuidados que permiten la participación en las decisiones clínicas e institucionales, lo que posibilita una mejora en la práctica y un mejor cuidado del paciente.^{36, 43} Los sistemas de prestación que fallan por no proporcionar satisfacción a los proveedores ni a los pacientes fueron identificados como el factor más importante en dos momentos de escasez de enfermeras en Estados Unidos a finales de la década de los 80.³⁶

Numerosos informes de enfermería y autores han recomendado designar a una enfermera líder sénior a nivel directivo, ya que tienen la responsabilidad de la práctica enfermera y de las operaciones y contribuyen a nivel gubernamental.^{1, 36, 48, 123, 266, 267} En la provincia de Quebec, la legislación provincial requiere que todas las instituciones sanitarias tengan una directora de enfermería, que sea enfermera y que todas las instituciones con cinco o más enfermeras tengan un comité de enfermería responsable de la junta directiva.²⁶⁸ En la provincia de Ontario, los órganos de gobierno están obligados a pasar por las leyes que establecen en los procedimientos el nombramiento de una enfermera como jefa ejecutiva de enfermería^G del hospital junto con la función y las responsabilidades del rol.²⁶⁹ El informe provisional de un estudio realizado por el Canadian Nursing Advisory Committee¹ *Nuestra salud, nuestro futuro: la creación de lugares de trabajo de calidad para las enfermeras canadienses*, cita algunas de estas recomendaciones, Maslove and Fooks²⁷⁰ advirtieron que, si bien muchas instituciones tienen altos cargos de liderazgo de enfermería, estos no siempre forman parte del equipo directivo de gestión.

El liderazgo, junto con unos recursos suficientes y el control sobre el lugar de la práctica han demostrado ser elementos predictivos de la satisfacción laboral de las enfermeras y de la permanencia y conducen hacia una mejor calidad de los cuidados.²⁷¹ Tener una enfermera en el más alto nivel de la toma de decisiones de la institución es un atributo de los hospitales magnéticos y un requisito de elegibilidad para su acreditación magnética.²⁶⁶ Cuando la enfermera líder sénior es muy visible y accesible al personal, ayuda a fomentar el reconocimiento del trabajo de las enfermeras y brinda la oportunidad a las enfermeras de expresar sus puntos de vista.³⁶ El instrumento Revised Nursing Work Index,²⁷² una medida de las características de los entornos profesionales de la práctica de enfermería, incluye preguntas sobre la presencia de una jefa ejecutiva de enfermería "que sea muy visible y accesible al personal" y "que sea igual en poder y autoridad que los niveles altos ejecutivos en el hospital".

El informe del Instituto de Medicina⁴⁸ relaciona los entornos de trabajo de las enfermeras con la seguridad del paciente y recomienda que las instituciones tengan enfermeras líderes en todos los ámbitos de gestión tanto en toda la institución como a nivel del cuidado del paciente. Los autores de este informe indican que, a pesar de que no se encontraron evidencias que respaldan una determinada estructura institucional del liderazgo en enfermería, "un liderazgo de enfermería clínica bien preparado en el nivel más alto de la gestión" (p. 134). Clifford³⁶ apoya a necesidad de la enfermera líder sénior para tener libre acceso a los roles de liderazgo en enfermería en toda la institución con el fin de poder establecer una dirección común en los cuidados de enfermería. El papel de esta líder es participar en las decisiones ejecutivas, representar al personal de enfermería, facilitar la comunicación con las enfermeras, facilitar la participación de las enfermeras en el diseño de los procesos y el flujo de trabajo y proporcionar los recursos necesarios para apoyar el conocimiento enfermero y las

i Tipo de evidencia

Se clasifica con una B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

necesidades de información.⁴⁸ Clifford³⁶ expresó la necesidad de que el personal clínico se conecte a una institución más grande a través de la enfermera líder sénior debido a la pérdida de las unidades tradicionales de enfermería. Esto es especialmente cierto en las instituciones que han adoptado una estructura de gestión de programas.

Clifford³⁶ señaló que la enfermera líder sénior necesita tener acceso a colaboradores con un rol apropiado tal como la medicina, el director ejecutivo y el director financiero. Burner²⁷³ descubrió que el emplazamiento de la jefa de enfermería en la institución tenía un efecto en las relaciones médico-enfermera y en la seguridad y competencia de los cuidados de enfermería. Crossley²⁷⁴ advirtió que el nivel de conflicto y la ambigüedad de rol disminuía de forma constante en las enfermeras líderes sénior cuando había una estrecha relación con el órgano de gobierno de la institución.

2.1b Contratación de enfermeras con la función de directivas de primera línea, donde el foco principal de la prestación de los servicios son los cuidados de enfermería

Discusión de la evidencia ^j

Varios informes han recomendado que la gerente de primera línea debe ser una enfermera cuando el objetivo principal de la prestación de los servicios es el cuidado y / o la masa crítica de la plantilla son enfermeras.^{1, 9, 123,}

²⁶⁷ La enfermería es una disciplina práctica, una profesión apoyada en estándares, en la educación de los profesionales nuevos, y en la realización de investigaciones y la aplicación de la evidencia. El liderazgo en el contexto de los valores y las creencias fundamentales de enfermería es necesario para apoyar a la práctica de enfermería.³⁸ Nightingale opinaba que "sólo las personas formadas como enfermeras están capacitadas para gobernar o formar a otras enfermeras".²⁷⁵

La reestructuración y programación de las estructuras de gestión en las instituciones han tenido como resultado la desaparición de las estructuras de las unidades tradicionales de enfermería³⁸ y de un líder de enfermería identificable. Clifford³⁶ descubrió que los cambios significativos continuados en las instituciones sanitarias y las cargas de trabajo importantes han afectado al personal clínico que busca en los líderes alguien a quién consultar y alguien que pueda realizar un seguimiento tanto de la calidad de los cuidados como del desarrollo de las necesidades del personal. Clifford³⁶ advirtió que cuando las enfermeras gestoras informaban a los gestores no clínicos, su trabajo se incrementaba al tener que explicar aspectos de sus funciones a una persona que no poseía conocimientos clínicos. En una serie de seis grupos focales realizados en las tres ciudades canadienses principales, las enfermeras explicaron que los gestores que no eran enfermeras no entendían o no apreciaban sus preocupaciones relacionadas con el cuidado del paciente ni las cuestiones operativas.²⁶⁵ Baumann et al.⁹ señalaron que sin el liderazgo profesional, la mala práctica de enfermería pasaría desapercibida.

j Tipo de evidencia

Se clasifica con una C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.1c Contratar a personas para las funciones de enfermería que tengan la educación, la experiencia y las credenciales apropiadas para el rol.

Discusión de la evidencia^k

La Asociación Americana de Colegios de Enfermería (American Association of Colleges of Nursing)²⁶⁷ recomienda la contratación de personas para la función de liderazgo de enfermería que tengan la formación y las credenciales apropiadas (por ejemplo, la certificación requerida o la formación avanzada especializada) necesarias para sus funciones. En varios estudios se observó que las enfermeras líderes que tienen estudios superiores se consideran más eficaces en sus funciones.^{55, 75, 80, 112, 276}

2.1d Reconocer y promover la importancia de la estabilidad de la enfermería

Discusión de la evidencia^l

La estabilidad del liderazgo de enfermería apoya las relaciones personales, la confianza y la comunicación abierta entre las líderes y el personal y entre las líderes y sus compañeras^{277, 278} dando como resultado el intercambio de conocimientos.²⁷⁸ El poder informal de las enfermeras líderes que se ha vinculado al empoderamiento¹⁷⁸ y a la efectividad de la enfermera líder se deriva tanto de la credibilidad como de las alianzas con personas de la institución,¹⁰⁹ las cuales se desarrollan con el tiempo. Una revisión sistemática de estudios de investigación que examinaba los efectos de la reestructuración de las enfermeras, demostró una disminución de la satisfacción hacia su supervisora, como resultado de los cambios en la relación y de la pérdida de confianza en la administración.²⁷⁹

La frecuente rotación en el liderazgo de enfermería en la institución es desestabilizador para el personal²⁸⁰ y es probablemente un signo de un ambiente de trabajo insalubre. El compromiso de la institución con la estabilidad en el liderazgo indica que existe un compromiso con la enfermería y una confianza por parte de los gestores principales en las líderes de enfermería para la gestión de enfermería. Este compromiso puede ser percibido por parte de las enfermeras líderes como una red de seguridad para la asunción de riesgos. El liderazgo consecuente mejora la capacidad de la enfermera líder para conocer al personal a su cargo, a sus compañeros y a los temas relativos al cuidado del paciente más de cerca, así como mejora la capacidad de las instituciones para poner en marcha estrategias en varios años y analizarlas.²⁸⁰

En un estudio en residencias geriátricas, Anderson et al.²⁸¹ hallaron que la permanencia de la directora de enfermería en su cargo era un fuerte predictor de un menor abandono entre las enfermeras y las enfermeras especialistas. Este hallazgo sugiere que cuanto más perdura la líder en su trabajo, más capaz es de conectar con el personal para fomentar el compromiso en el trabajo, y para aprender más sobre la institución y sus enfermeras en favor de una gestión más eficaz. Un estudio relacionado encontró que el mandato de la enfermera líder mejoró el resultado de los pacientes.⁷⁸ Dada la naturaleza dinámica y los cambios frecuentes de personal y de las estructuras dentro de las instituciones, existe una necesidad de estrategias que mantengan la continuidad del liderazgo dentro de las mismas.

k Tipo de evidencia

Se clasifica con una C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

l Tipo de evidencia

Se clasifica con una B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Planificación para el éxito:— Las estrategias sugeridas para el éxito

- Establecer modelos de liderazgo compartido tales como la gobierno compartido²⁸²
- Establecer equipos de profesionales que trabajen en una matriz flexible²⁸³
- Desarrollar un plan de sucesión para el liderazgo de enfermería²⁸²
- Utilizar las oportunidades disponibles para hablar de la importancia de un entorno estable en el apoyo a la capacidad de las enfermeras para brindar unos cuidados de calidad

2.1e Reconocer y demostrar el valor de las enfermeras y su contribución a los resultados del paciente y de la institución.

Discusión de la evidencia^m

La cultura organizativa^g que valora los cuidados de calidad y demuestra el valor de las enfermeras y su contribución a los cuidados es un apoyo importante para las enfermeras líderes.¹¹² Turnbull y Devine²⁶⁵ indicaron que el reconocimiento a las contribuciones de las enfermeras es un indicador de respeto para las enfermeras. En un estudio comparativo entre líderes magnéticos y líderes no magnéticos y sus instituciones, el 86% de las enfermeras líderes de las instituciones magnéticas notificó un gran apoyo administrativo a las enfermeras. Los equipos de dirección administrativa en estas instituciones reconocieron la importancia de las funciones de las enfermeras, en particular el valor de la observación y el cuidado a los pacientes. Las enfermeras líderes en las instituciones magnéticas informaron de la influencia positiva que habían logrado en sus instituciones, mientras que las enfermeras líderes de las instituciones no magnéticas revelaron que perdieron gran cantidad de energía explicando a la institución la importancia de la enfermería.⁸¹

Estrategias para el éxito

- Establecer y mantener unas infraestructuras para el apoyo a la práctica de enfermería, tales como los comités de gestión, las funciones avanzadas en la práctica, las enfermeras científicas, la designación de funciones con responsabilidad separada de la práctica profesional²⁶⁷
- Diferenciar los roles prácticos de las enfermeras basados en la experiencia, la formación y en la certificación (sistema de gradación "clinical ladders")^{155, 267}
- Maximizar el alcance de la práctica de las enfermeras y reducir las tareas que no son propias de la enfermería^{1, 270}
- Crear sistemas de compensación y premios que reconozcan las distinciones en las funciones en relación con la experiencia, la formación, los títulos de estudios de especialización, la responsabilidad y el rendimiento^{198, 265, 267}
- Reconocer los títulos profesionales y formativos en las tarjetas de identificación y en los informes²⁶⁷
- Incluir a las enfermeras en los eventos de los medios de comunicación, los anuncios de relaciones públicas y en la planificación estratégica²⁶⁷
- Ofrecer premios por los logros excepcionales y mantener las ceremonias de reconocimiento de estos logros
- Publicar un informe anual de enfermería o un artículo de enfermería en el informe anual de la institución²⁶⁷

^m Tipo de evidencia

Se clasifica con una B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Discusión de la evidencia ⁿ

El respeto de las enfermeras en el lugar de trabajo se ha relacionado con la autonomía.⁹⁰ La falta de respeto se ha relacionado con el estrés y la disminución de la satisfacción laboral.⁹⁰ Las enfermeras notificaron que es irrespetuoso que se espere que las enfermeras estén disponibles para trabajar horas extraordinarias y turnos adicionales, independientemente de sus circunstancias personales.²⁶⁵ La edad media de las enfermeras en Canadá es de 44,5 años y una de cada tres tiene 50 o más años.²⁸⁴ Duxbury y Higgins²⁸⁵ advirtieron que los empleados con responsabilidades de cuidado a personas dependientes notificaron peor salud física y mental que los que no tenían que realizar cuidados a niños o ancianos. Estas personas forman parte de la "generación sándwich" ya que cuidan de padres ancianos, al mismo tiempo que tienen niños que viven en casa. Las instituciones necesitan encontrar formas creativas de alentar a las enfermeras mayores a permanecer en activo y estar disponibles para compartir su experiencia clínica, tutelar y animar a las enfermeras más jóvenes.

Existen preocupaciones acerca de que la fuerza de trabajo emergente no puede ocupar posiciones de liderazgo en la atención sanitaria.^{110, 285} Los trabajadores más jóvenes expresan el deseo de equilibrio entre el trabajo y su vida privada.¹¹⁰ Las posiciones de liderazgo tienden a caracterizarse por el aumento de las demandas de trabajo²⁵⁵ y las largas horas de trabajo sin el apoyo adecuado de personal administrativo.^{1, 253} Duxbury y Higgins²⁸⁵ advirtieron que las mujeres gestoras y profesionales son más propensas a sufrir altos índices de burnout que las mujeres en otros puestos. Wieck et al.¹¹⁰ señaló la importancia de alentar a las jóvenes para que puedan convertirse en las líderes de enfermería del mañana.

El respeto a los individuos dentro de la plantilla requiere de la diversidad en su sentido más amplio, lo que incluye la diversidad cultural y la étnica. Hemman²⁸⁷ descubrió que el aspecto étnico estaba poco documentado en la literatura, a pesar de que Redmond²⁸⁷ señalara que el 70% de las enfermeras ejecutivas eran europeas o americanas y el 3% eran afroamericanas. En una encuesta a enfermeras hispanas en los EE.UU. completado por Villarruel y Peragallo,²⁸⁸ las encuestadas revelaron la importancia de los modelos de roles y los mentores en el respaldo y apoyo a las habilidades de liderazgo. A pesar de la importancia tanto de los mentores hispanos como de los no hispanos, se señaló la importancia de tener un mentor que refleje el origen étnico de cada uno, no sólo en este estudio, sino también para los participantes de un estudio canadiense realizado por Tucker Scott¹²⁹. Tucker Scott explicó que las minorías étnicas siguen estando infrarrepresentadas en los programas de formación de enfermería y por lo tanto en las plantillas y en particular en el ámbito de la supervisión. En otros estudios, los gerentes de color han notificado menos satisfacción con la calidad de las oportunidades y con las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo.^{289,}

^{290, 292}

n Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Planificación for para el éxito – Las estrategias sugeridas

- Establecer acuerdos de trabajo alternativos²⁸⁵ como una planificación flexible, las políticas de horarios flexibles y el teletrabajo
- Ofrecer variedad en la duración de los turnos incluyendo los de 8, 10 y 12 horas
- Proporcionar servicios de cuidado infantil
- Proporcionar un número limitado de días libres pagados al año para el cuidado infantil, para el cuidado de los ancianos o para atender problemas personales²⁸⁵
- Analizar la "competencia cultural" institucional y las barreras al liderazgo para las minorías visibles :– véase la Guía de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables de la RNAO titulada *Abarcar la diversidad cultural en el sistema sanitario: desarrollo de la competencia cultural* (pendiente de publicación 2006)
- Adaptar los programas de desarrollo profesional a la variedad de necesidades de aprendizaje
- Usar la tecnología para ofrecer un desarrollo profesional con la puesta en marcha de sesiones en horario de trabajo disponibles a lo largo de las 24 horas del día
- Ofrecer preparación y formación para aumentar la confianza de personal más joven, con menos experiencia¹¹¹

2.3 Las instituciones sanitarias ofrecen oportunidades para el crecimiento, el progreso y el liderazgo.

Discusión de la evidencia^o

Las oportunidades para el crecimiento y el progreso han sido identificados como importantes, no sólo para el apoyo del liderazgo profesional y clínico, sino también para el desarrollo personal de aquellos con funciones de liderazgo formal.²⁶⁴ Se han identificado conexiones entre las oportunidades de crecimiento y el empoderamiento.^{155,156,174} Las oportunidades de crecimiento y desarrollo se consideraron aspectos importantes en los hospitales magnéticos.^{88, 156, 264} Upenieks¹⁵⁵ advirtió que las líderes tanto de los hospitales magnéticos como de los no magnéticos se centraban en elementos similares, tales como la visibilidad, la provisión de personal y material , pero las líderes de los hospitales magnéticos mostraban una mayor atención a los servicios formativos adicionales.

Planificación para el éxito – Las estrategias sugeridas

- Reservar tiempo para la formación y recursos del presupuesto de enfermería para la renovación de personal
- Establecer programas de orientación y formación^{198, 267}
- Favorecer la formación continuada a través de ayudas a la matrícula y una dotación de personal flexible^{198, 267}
- Establecer vínculos con instituciones académicas para desarrollar las unidades clínicas de enseñanza, formación continuada in situ e investigación en colaboración con dichas instituciones²⁶⁷
- Proporcionar prácticas para los nuevos graduados²⁶⁷
- Apoyar a la práctica basada en la evidencia a través del acceso a la biblioteca, a Internet y a las guías de buenas prácticas
- Involucrar a las enfermeras en la planificación de los programas de desarrollo profesional¹⁹⁸
- Apoyar la planificación de la carrera a través de herramientas y procesos de evaluación del rendimiento
- Promover y apoyar la membresía en organizaciones especializadas de enfermería
- Promover la acreditación en la Asociación de Enfermeras de Canadá (CNA, por sus siglas en inglés) de certificación de especialidades

o Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.4 Las instituciones sanitarias apoyan una cultura de empoderamiento para permitir a las enfermeras tener la responsabilidad y el compromiso en su práctica profesional.

Discusión de la evidencia^p

La autonomía y las aportaciones a la toma de decisiones se han vinculado tanto al empoderamiento del personal como al de la líder y a los resultados positivos para los pacientes y las enfermeras.^{38, 88, 112, 141, 156, 195, 197, 264} La autonomía, el control y la colaboración se han vinculado con la confianza en la gestión²⁹² y se ha asociado con la satisfacción laboral y las percepciones del cuidado de calidad de los pacientes.²⁷¹ Las enfermeras líderes informaron de que la participación en la toma de decisiones es vital para establecer el liderazgo de enfermería en toda la institución.¹⁰⁹ En un estudio sobre puestos intermedios en hospitales de Irlanda, Carney²⁹³ descubrió que las estructuras organizativas planas facilitaban la participación de estos mandos intermedios en el desarrollo de las estrategias de la institución y una mejor comunicación. Esto dio lugar a una mayor percepción de la cohesión de la gestión y a una comunicación más efectiva de las enfermeras hacia las enfermeras gestoras. Los gestores en puestos intermedios que se sentían excluidos de la participación estratégica explicaron sentirse controlados y aislados. Dunham-Taylor⁷⁴ descubrió que los comportamientos de liderazgo positivos aumentan a medida que las instituciones son más participativas. En un estudio sobre instituciones magnéticas, las enfermeras líderes advirtieron de la importancia de respaldar las decisiones de las enfermeras,¹⁵⁵ pero las líderes sin calificación magnética declararon tener menos seguridad en el grado de control de la toma de decisiones del que las enfermeras deberían tener.⁸¹

La *gestión compartida* es una estrategia que puede ser útil para apoyar el liderazgo del personal y la aportación a la toma de decisiones. Después de una revisión integradora de la literatura que se extendió desde 1988 hasta 1998, O'May y Buchan²⁹⁴ llegaron a la conclusión de que, si bien el gobierno compartido no es una "una solución única" (p. 296), sí que da lugar a muchos resultados positivos, incluyendo un incremento de la percepción de la eficacia de la gestión, un aumento del desarrollo del personal, un mayor crecimiento de las habilidades y un aumento de la experiencia y del desarrollo profesional del personal. Hicieron hincapié en la necesidad de proporcionar formación y apoyo al personal, tutelados, y tiempo libre para permitir que el personal participe y para establecer los límites del ámbito de toma de decisiones de los grupos de personal y de los comités. Upenieks²⁹⁵ completó un análisis crítico de una serie de estudios de intervención, publicados desde 1994 hasta 1997 utilizando los modelos de gobierno compartido y llegó a la conclusión de que la implantación del gobierno compartido aumenta la satisfacción en el trabajo, aumenta el poder personal y la responsabilidad de la enfermera y mejora el ambiente de trabajo. Song et al.²⁹⁶ revelaron que el gobierno compartido da como resultado una mayor satisfacción laboral de las enfermeras. En un estudio de intervención de casos y controles realizado en un servicio de urgencias, Gokenbach¹⁷⁶ descubrió que una intervención de empoderamiento en forma de un comité de enfermería con límites claros en la toma de decisiones da como resultado una reducción significativa y una estabilización de la rotación de turnos.

Planificación para el éxito:– Las estrategias sugeridas

- Diseñar estructuras organizativas planas que descentralicen la toma de decisiones^{144, 267, 293}
- Permitir la representación de la enfermería en los órganos de decisión que rigen las políticas y las operaciones, incluidos los que contratan al personal nuevo^{176, 265, 267} y en particular a los que dirigen la financiación, la planificación estratégica y la mejora de la calidad^{267, 297}
- Establecer el gobierno compartido²⁹⁴⁻²⁹⁶
- Establecer estructuras para las enfermeras que trabajan en la prestación directa de cuidados que permitan realizar sus aportaciones a través de una estructura específica de la disciplina, tal como un consejo de enfermería¹⁹⁸
- Proporcionar formación y apoyo y unos límites claros en las decisiones para permitir la participación en las estructuras de la toma de decisiones
- Establecer normas y protocolos que permitan a las enfermeras hacer frente a las cuestiones éticas y denunciar las irregularidades¹⁹⁸
- Establecer normas y protocolos que permitan a las enfermeras hacer frente a los problemas de la práctica profesional¹⁹⁸
- Maximizar el ámbito de la práctica enfermera en todos los roles dentro de la institución¹⁹⁸
- Mantener foros de debate abiertos de forma regular¹⁸⁷

p Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

- 2.5** Las instituciones sanitarias facilitan el acceso a la información en el momento oportuno, a la información eficaz y a los sistemas de apoyo a las decisiones,⁶ y a los recursos necesarios para el cuidado del paciente.

Discusión de la evidencia^q

Las herramientas de apoyo a las decisiones tales como aquellas utilizadas para la revisión y los sistemas de análisis de los procesos y cuestiones de la práctica, los resultados de los pacientes o clientes, la documentación informatizada y las herramientas de medición de las cargas de trabajo son apoyos importantes para la práctica enfermera y el liderazgo.²⁶⁷

El acceso a la información es una señal de “estar al tanto”¹⁶², así como el hecho de contar con información en el momento oportuno sobre las decisiones institucionales y los cambios de normativas se ha relacionado con el empoderamiento.^{144, 162} Las enfermeras líderes informaron sobre la importancia de contar con información suficiente para cumplir con las responsabilidades de su función.¹⁰⁹

Proporcionar los recursos necesarios para el cuidado del paciente es una señal importante de respeto hacia las enfermeras y hacia la importancia de su contribución en la institución.^{187, 298} Los recursos para el material, los suministros, la ayuda asistencial y la tecnología son necesarios para apoyar los cuidados de calidad y el liderazgo clínico. Laschinger et al.¹⁵⁶ descubrió una relación entre los recursos, el empoderamiento y la autonomía. El grado en que una enfermera líder es capaz de ofrecer a las enfermeras las herramientas necesarias para que realicen su trabajo es una medida de la eficacia de la enfermera líder y de su poder.¹⁸⁷

Poseer los *recursos necesarios de personal* para tener en cuenta la complejidad de los cuidados²⁶⁷ es fundamental para lograr la calidad en los cuidados del paciente y el apoyo al desarrollo de las habilidades de liderazgo clínico. El acceso adecuado a los recursos del personal se han utilizado para predecir la satisfacción en el trabajo de enfermería, para mejorar la permanencia de las enfermeras y para aumentar la calidad de los cuidados.²⁷¹ Upenieks⁸¹ descubrió que las instituciones magnéticas tenían un ratio mayor de personal profesional que las instituciones no magnéticas.

Planificación para el éxito:– Las estrategias sugeridas

- Establecer mecanismos de comunicación en enfermería y otras iniciativas institucionales p.ej., el boletín de noticias de enfermería, los vídeos en la intranet
- Utilizar sistemas de correo electrónico y la tecnología web para proporcionar información actualizada y oportuna sobre la enfermería y las iniciativas y eventos corporativos
- Realizar foros abiertos para compartir información
- Proporcionar apoyo técnico y administrativo a las enfermeras gestoras y líderes para que dispongan de tiempo para trabajar con el personal, los pacientes y las familias²⁶⁰
- Involucrar al personal en el desarrollo y el mantenimiento continuo de las herramientas de medición de las cargas de trabajo y discutir los datos de forma regular en las reuniones y consultar las Guías de buenas prácticas de entornos de trabajo saludables sobre el Desarrollo y mantenimiento del personal efectivo y prácticas de cargas de trabajo de la RNAO (pendiente de publicación 2006)

q Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.6 Las instituciones sanitarias promueven y apoyan las relaciones de colaboración.

Discusión de la evidencia^r

Las relaciones de colaboración dentro de las instituciones aumentan la confianza⁷¹ y el empoderamiento¹⁶² lo que influye en el desarrollo y el mantenimiento del liderazgo en enfermería. Las enfermeras líderes pueden mejorar su propia credibilidad y la de la enfermería, con sus compañeros mediante el debate y la construcción de relaciones para entender mejor los desafíos de los demás.^{112, 140, 244}

Las buenas relaciones con los médicos es un atributo propio de las instituciones magnéticas.⁸⁹ Las relaciones de colaboración con los médicos pueden dar lugar al respeto mutuo por el conocimiento de los demás y al intercambio de conocimientos¹⁴⁴, lo que en última instancia, contribuye al empoderamiento y mejora el liderazgo clínico.¹⁴⁴ Upenieks¹⁴⁴ descubrió que el trabajo en equipo era más frecuente en los hospitales magnéticos, y las líderes no magnéticos informaron de relaciones ligeramente negativas entre médicos y enfermeras.⁸²¹

Upenieks¹⁰⁹ advirtió de la importancia de un equipo de gestión colaborativa dentro de la enfermería como apoyo al desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería. Un equipo que ofrece la cooperación creativa, la comunicación empática, la comprensión y la colaboración es visto como un apoyo importante en el logro de objetivos de la institución y del liderazgo efectivo. Disch et al.¹³⁵ indicaron que la colaboración entre la enfermería administrativa y las enfermeras líderes clínicas puede ser muy valiosa para mejorar el liderazgo clínico entre las enfermeras.

Las enfermeras líderes indicaron que las relaciones de trabajo colaborativo a través de la institución y del equipo de dirección mejoraron su eficacia.¹⁰⁹

Planificación para el éxito:– Las estrategias sugeridas

- Establecer consejos de práctica interprofesional¹⁹⁸
- Dedicar tiempo para colaborar en la planificación de las cargas de trabajo⁴⁸
- Celebrar reuniones y rondas¹⁰⁹ interprofesionales con rotaciones en las responsabilidades de liderar y formar
- Establecer un código de conducta y un proceso de comunicación para el equipo interprofesional
- Diseñar y aplicar los mapas de cuidados y trayectorias clínicas⁴⁸
- Crear equipos interprofesionales para los procesos de revisión por pares de los acontecimientos adversos en los cuidados del paciente²⁶⁷
- Proporcionar formación sobre comunicación y conflictos interculturales para mejorar la colaboración¹³⁵
- Establecer foros de enfermería de gestión para la resolución de problemas y el intercambio de información
- Diseñar espacios de trabajo que incluyan salas compartidas para la interacción informal y áreas privadas para las consultas⁴⁸
- Colaborar con una amplia gama de socios colaboradores, tales como grupos de investigación, instituciones educativas, otros proveedores y organizaciones profesionales
- Véase la Guía de buenas prácticas de entornos saludables sobre la Práctica colaborativa en los equipos de enfermería de la RNAO (pendiente de publicación 2006)

r Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.7 Las instituciones sanitarias establecen ámbitos de responsabilidad y compromiso que permiten prácticas efectivas de liderazgo.

Discusión de la evidencia ^s

Una estrategia de reducción de costes que se ha aplicado comunmente ha sido la de disminuir los puestos directivos a pesar de los hallazgos de la Organización Gallup (The Gallup Organization)²⁹⁹ que durante un período de 25 años han demostrado que la relación entre gerente y empleado es importante para fidelizar y retener a los empleados. En 1956, Urwick,³⁰⁰ advirtió en el *Harvard Business Review* que cuando un líder tiene un amplio ámbito de control^g, las personas que buscan contacto con ese líder se verán frustradas en el intento y llegarán a la conclusión de que el líder está demasiado ocupado para conocerlos y preocuparse por sus problemas. En un estudio en 14 hospitales sometidos a un cambio directivo, Walston y Kimberley advirtieron¹¹⁹ que el incremento del ámbito de control produjo una menor participación del personal en la planificación y diseño del cambio, una menor información sobre el diseño del cambio y una disminución del éxito a la hora de lograr el cambio deseado.

Mullen et al.³⁰¹ advirtió que a medida que el ámbito de control de las supervisoras se hacía más grande, las líderes eran más propensas a centrarse en las tareas en vez de en las relaciones y los miembros del equipo tenían más probabilidad de estar insatisfechos. Un estudio de la industria química³⁰² mostró que los ámbitos de control más amplios dan como resultado un menor seguimiento por parte de las supervisoras y más altos índices de comportamientos peligrosos y de accidentes. En la industria de las aerolíneas Gittel³⁰³ se descubrió que un ámbito de control pequeño mejoraba la intensidad en la resolución de problemas, el respeto mutuo, los objetivos comunes y una mejor comunicación en el momento adecuado entre los miembros del grupo.

McCutcheon⁶⁵ advirtió que cuanto mayor era el ámbito del control de las enfermeras gestoras, mayor era la tasa de rotación del personal en la unidad y por cada aumento de 10 en el ámbito de control, la predicción de la tasa de rotación del personal aumentaba en un 1,6%. Además, a medida que el ámbito de control aumentaba, descendían los efectos positivos de los estilos de liderazgo que brindan apoyo (transformacional y transaccional) en la satisfacción del trabajo de las enfermeras y se incrementaban los efectos negativos de los estilos que prestan menos apoyo.

Cathcart et al.³⁰⁴ hallaron que las puntuaciones sobre el compromiso de los empleados se redujo al aumentar el ámbito del control. Estos resultados se mantuvieron dentro de todas las categorías de los factores demográficos analizados, incluyendo el empleo, la situación laboral, (a tiempo completo, a tiempo parcial, ocasional), el estado del contrato (sindicado, no sindicado) puesto (de gestión, no gestión) y el tipo de trabajo (cuidados al paciente, no cuidados al paciente). El resultado final de la participación se redujo notablemente cuando los grupos de trabajo aumentaron en más de 15 y volvió a reducirse, cuando los grupos aumentaron en más de 40. La organización creó nuevos puestos de gestión en cuatro áreas en las que las enfermeras gestoras tenían la responsabilidad directa de más de 80 empleados y un año después, observó un cambio positivo en los resultados del trabajo.

s Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

2.8 Cada organización de servicios de salud tiene un plan estratégico para el desarrollo del liderazgo en enfermería.

Discusión de la evidencia^t

La falta de oportunidades de desarrollo del liderazgo puede ser un factor importante en la rotación de turnos de las enfermeras y sus líderes.²⁸⁰ Antrobus y Kitson¹²⁶ sugirieron que hay pocos incentivos para las aspirantes a ser enfermeras líderes para permanecer en la práctica directa en vez de trasladarse a funciones más visibles del liderazgo en el mundo académico, de la gestión o de la política. A su vez, señalaron la necesidad de respaldar trayectorias profesionales en la práctica directa que incluyen el desarrollo del liderazgo clínico. Estos mismos autores enfatizaron la importancia de desarrollar habilidades tanto políticas como empresariales con el fin de que las enfermeras puedan tratar “de tú a tú” a los gestores y tener voz.

A pesar de que numerosos estudios³⁰⁵⁻³¹⁰ indicaron resultados positivos asociados a los programas oficiales de desarrollo de liderazgo, algunos autores^{306, 307, 310, 312, 113} hicieron hincapié en que las nuevas líderes también necesitan tener la oportunidad de practicar sus nuevas habilidades. Los resultados positivos se demostraron en un estudio pequeño, un estudio piloto de intervención de un programa de orientación basado en la competencia de los nuevos graduados que incorporaba estrategias de aprendizaje multimedia y la oportunidad de practicar nuevas habilidades de liderazgo en seminarios y rondas.³¹² Los participantes en el grupo de intervención demostraron antes estar preparados para asumir funciones de liderazgo, así como unas mayores competencias de liderazgo.

En un estudio de un programa de liderazgo para el personal de enfermería³⁰⁶ se identificaron como apoyos necesarios: una masa crítica de compañeros que asistan al programa; los mentores; y una función de modelado de los comportamientos de las líderes por parte de los gerentes, de las enfermeras clínicas especialistas y de otros colegas. Las barreras identificadas fueron: la carga de trabajo, la rotación de turnos, la falta de responsabilidad, el establecimiento de objetivos insuficientes en relación a la gestión, ser nuevo, y una retroalimentación negativa cuando se intentan introducir nuevos comportamientos.

Varios autores han identificado la necesidad de planificar la sucesión^{G 196, 200, 307-309, 311} incluyendo el traslado de las enfermeras donde puedan tener experiencias de gestión y puestos de liderazgo formal.¹ Las enfermeras líderes indicaron que diversas oportunidades de liderazgo, tales como la participación en el comité y la libertad para la toma de decisiones eran importantes para el desarrollo de su liderazgo.¹⁸⁷

Planificación para el éxito:– Las estrategias sugeridas

- Desarrollar un plan de sucesión que cambie a las enfermeras de puesto para que tengan experiencias de liderazgo^{196, 200, 308-310, 312}
- Proporcionar programas de desarrollo de liderazgo³¹³ que incluyan evaluaciones de las necesidades y objetivos de formación que estén dirigidos a hacer frente a los obstáculos que existen dentro de la institución³¹⁴
- Proporcionar acceso a los programas de liderazgo externo²⁶⁰
- Incorporar modelos grabados o en vivo de programas de liderazgo³¹¹
- Reforzar los nuevos comportamientos a través de retroalimentación positiva³⁰⁶
- Llevar a cabo evaluaciones de la actuación que incorporen una retroalimentación exhaustiva³¹³
- Proporcionar oportunidades para interactuar con las líderes de por lo menos dos puestos superiores³¹¹
- Establecer programas de tutela y de entrenamiento^{260, 308, 313} incluido el acceso entrenadores formales para la carrera profesional
- Crear roles de liderazgo para las enfermeras como de las educadoras o líderes de proyectos¹⁰⁹
- Promover desde dentro¹⁰⁹
- Apoyar a las enfermeras a participar en grupos de trabajo y comités, tanto interna como externamente^{163, 196, 313}

t Tipo de evidencia

Se clasifica con B, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Recomendaciones de recursos personales

3.0 Las enfermeras líderes desarrollan continuamente sus recursos personales para conseguir un liderazgo eficaz.

En una revisión bibliográfica, varios estudios identificaron una serie de recursos personales que sirven de apoyo a las prácticas del liderazgo efectivo. Es importante que las instituciones comprendan y valoren los recursos personales que las enfermeras aportan a la configuración de la práctica y encuentren formas creativas de cómo prestar su apoyo. Del mismo modo, las enfermeras han de ser conscientes de estas fortalezas para poder evaluar, conformar y beneficiarse de ellas. Los recursos personales incluyen *la identidad profesional*,⁶ de la enfermera líder *las características individuales*⁶ tales como la *identidad etnocultural*⁶, la inteligencia emocional, las habilidades de afrontamiento, la resiliencia y la flexibilidad; *la experiencia de liderazgo*⁶ incluyendo el conocimiento, los años de experiencia, la preparación formal y la formación avanzada; y *apoyos sociales*⁶ que incluyen a los mentores, los compañeros de apoyo, los amigos y la familia.

Wood-Allen³¹⁵ identificó cinco factores que influyen en el estilo de liderazgo: la confianza en uno mismo, las tendencias innatas de liderazgo, la progresión de la experiencia, la influencia de personas significativas, y los factores de la vida personal.

Strasen³¹⁷ habla del "autoconcepto del profesional" o identidad profesional como el conjunto de creencias e imágenes tomadas como verdad, como resultado de la socialización profesional y señala que se basa en el auto concepto individual, afectando el uno al otro. Strader y Decker³¹⁸ describen las características individuales que marcan un autoconcepto positivo, incluyendo la capacidad para hacer frente a las decepciones, la orientación futura y la inteligencia emocional⁶.

3.1 Las enfermeras líderes exhiben una identidad profesional fuerte.

Discusión de la evidencia^u

Apker et al.¹⁹⁷ descubrieron que aunque el apoyo del gerente predecía el compromiso institucional de la enfermera, no predecía el compromiso con la profesión. Esto contrasta con el apoyo de compañeros de trabajo que podía predecirse de un compromiso profesional. Los autores explican que los gestores en el hospital de estudio eran percibidos más como representantes del hospital que de su profesión, dado que su interés se centraba en las tareas administrativas.

A las líderes enfermeras eficaces les apasiona la enfermería.¹⁵⁵ Tienen una comprensión clara de lo que significa ser una enfermera y un miembro de la profesión enfermera. Esta identidad se desarrolla a través de la formación, del proceso de socialización del trabajo y de la influencia de los mentores.^{319,320} El proceso de socialización requiere del desarrollo de los valores críticos incluso del compromiso de unos cuidados de calidad y de un entorno de práctica de calidad^{135,38,81,95,112,134} al tiempo que se coloca a los pacientes en primer lugar.^{112,140} Otros valores son el compromiso con los cuidados, la justicia, la honestidad, el respeto y la integridad,¹⁰² Otros valores son el compromiso con los cuidados, la justicia, la honestidad, el respeto y la integridad.³¹⁹ la formación, la autonomía profesional y el respeto a los demás.³¹⁹ Estos son rasgos similares a los atribuidos a las líderes transformacionales.⁸⁶

u Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Las enfermeras líderes demuestran pasión y respeto por la profesión enfermera, sus valores, conocimientos y logros^{36, 38, 80, 88, 100, 113, 123, 129, 139, 155} difundiendo la contribución de la enfermería en los resultados de los pacientes.^{126, 140} Las enfermeras líderes eficaces valoran y utilizan tanto su conocimiento de la enfermería clínica como de la enfermería profesional en la toma de decisiones.^{112, 257} Participan activamente en organizaciones profesionales de enfermería.^{88, 129, 140, 263, 130}

“ Soy una enfermera con una función de liderazgo.”
Tucker Scott, p. 101¹²⁹

3.2

Las enfermeras líderes reflexionan y trabajan para desarrollar sus atributos, habilidades y competencias individuales de liderazgo.

Discusión de la evidencia^v

Cuando a las enfermeras y a sus líderes se les pregunta sobre los atributos de las líderes eficaces, éstas responden sistemáticamente que lo son las, *habilidades comunicativas y de escucha*.^{52, 88, 107, 113, 131, 260} Las enfermeras líderes eficaces demuestran *resiliencia, persistencia y resistencia*.^{48, 82, 100, 189, 285, 322} rasgos que han sido descritos como los propios de las líderes transformacionales⁸³ y han sido vinculados a la autoestima y a la confianza.³²² En un estudio sobre las enfermeras gestoras en puestos intermedios, Judkins³²³ advirtió que la alta resistencia era un fuerte predictor de los bajos niveles de estrés y señaló que esta resistencia puede ser aprendida. Sullivan et al.³²⁴ descubrieron que la resiliencia y el empleo del humor ayudaban a preservar el compromiso con el líder y evitaban la apatía en los momentos difíciles. La habilidad de practicar la *autoreflexión y tener conocimiento de uno mismo* son los recursos personales necesarios para apoyar un liderazgo efectivo.^{48, 82, 107, 325, 326}

Las enfermeras líderes eficaces muestran un cierto grado de *flexibilidad*^{48, 81} se sienten *cómodas con la ambigüedad, la incertidumbre y la complejidad*^{82, 112, 327, 328} y están dispuestas a correr riesgos^{30, 82, 250} Las enfermeras eficaces se han descrito como positivas y accesibles.⁴⁸ Las enfermeras líderes han identificado la importancia de trabajar desde una perspectiva moral y con la fuerza interior y la confianza en sus propios valores y creencias^{112, 239, 250} en lugar de ser arrastradas por la seguridad, el poder y el prestigio.^{112, 140} Muestran la *integridad moral*, que se refleja en las acciones que son consecuentes con sus creencias.^{81, 82, 86, 106, 112, 239} Varios autores señalan la importancia de la valentía y de la asunción de riesgos.^{112, 140, 250}

Upenieks¹⁴⁴ señala que las enfermeras clínicas han manifestado que prefieren trabajar con gestoras que sean poderosas. El poder formal e informal son pilares fundamentales para el empoderamiento^{178, 329} así como el poder personal.¹⁵¹ En un estudio sobre enfermeras líderes, las participantes advirtieron que poseían una gran cantidad de poder como resultado de su rol. Sin embargo, también informaron de que el poder está dentro de uno mismo y se gana a través de la auto confianza y de la fuerza interior.¹⁰⁹ La auto confianza ha sido identificada como un rasgo de las líderes efectivas.^{109, 316}

v Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Un estudio realizado por Weick et al.¹¹⁰ en el que hicieron coincidir las opiniones del personal emergente de enfermería (menores de 35 años) con los mayores de 35 años, mostró que los dos grupos, en su mayor parte, valoraban rasgos similares de las líderes, que a su vez han sido vinculados con el liderazgo transformacional. Ambos grupos valoraron la honestidad, la capacidad de comunicación, una actitud positiva y la accesibilidad. Las diferencias solían consistir en que las trabajadoras más jóvenes buscaban líderes más cariñosas, que fomentaban la confianza, la motivación, el conocimiento y la habilidad para trabajar en equipo.

Muchas de las características atribuidas a las enfermeras líderes eficaces, como el autoconocimiento, la comunicación, la construcción de relaciones, la resiliencia, el optimismo³³⁰ y la visión^{82, 88, 324} son compatibles con la inteligencia emocional (IE). Este concepto fue originalmente descrito por Salovey y Mayer³³¹ como la capacidad de reconocer el significado de las emociones y las relaciones, y de razonar y resolver problemas partiendo de esta base.³³² La IE fue descrita con más detalle por Goleman et al.³³³ como la participación de la *auto conciencia, la auto gestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones*. Goleman³²⁷ advirtió que la IE era el doble de importante que los conocimientos técnicos y las habilidades cognitivas en la excelencia del liderazgo. Ambos Goleman et al.³³³ y Salovey y Mayer³³¹ sugieren que la IE se puede desarrollar. Las guías sobre los programas de entrenamiento en desarrollo de la IE están disponibles.³³³

Otros estudios han demostrado que la IE se asocia positivamente con el liderazgo transformacional²⁹⁸ y se vincula con el liderazgo eficaz.^{48,84,114,328} Cummings et al.⁶⁴ descubrieron que los estilos de liderazgo en consonancia con la IE (etiquetados como estilos resonantes) mitigaban los efectos de la reestructuración hospitalaria en las enfermeras, mientras que los estilos disonantes intensificaban el impacto. Los estilos de liderazgo resonante dieron como resultado un menor agotamiento emocional y menores síntomas psicósomáticos, una mejor salud emocional, una mayor colaboración del grupo de trabajo y del trabajo en equipo con los médicos, una mayor satisfacción en su trabajo, y menos insatisfacción de las necesidades de cuidados de los pacientes que los estilos de liderazgo disonante.

“ *Las enfermeras líderes percibieron que sus tendencias innatas habían dado forma a su estilo de liderazgo.* ”
Upenieks p.188¹⁴⁴

3.3 Las enfermeras líderes asumen la responsabilidad para el crecimiento y el desarrollo de su experiencia de liderazgo y forman a otras enfermeras para desarrollar los conocimientos de liderazgo.

Discusión de la evidencia ^w

Blais et al.³¹⁹ apuntan que las enfermeras que se mejoran a sí mismas trabajan de forma más eficaz, y a su vez, promueven una imagen más positiva de la enfermería. El desarrollo de la pericia en liderazgo ha sido descrito como un proceso⁷⁴ de desarrollo de competencias y comportamientos a lo largo del tiempo a través de la formación, de los mentores y de las tutelas.⁵⁰ Las participantes en los estudios en los que a las enfermeras y sus líderes se les preguntaron acerca de las cualidades de las líderes eficaces identificaron como importantes los años de experiencia,^{52, 80, 117} la formación avanzada en enfermería^{71, 75, 112, 129, 276} y una amplitud de conocimiento.^{52, 57} Altieri⁵⁵ reveló que ejecutivos de enfermería con formación de posgrado obtuvieron una puntuación transformacional mayor que aquellos con menor formación. Gelinas y Manthey¹³⁶ señalaron que las enfermeras líderes son responsables de la gestión de su propio desarrollo profesional, e identificaron la necesidad de que las enfermeras líderes tengan la capacidad de liderar una unidad a pesar de las barreras culturales y de trabajo y faciliten el trabajo en equipo y el cambio.

Numerosos estudios y autores advierten que el desarrollo profesional continuado es necesario para mejorar la experiencia de liderazgo. Se hace especial hincapié en las enfermeras líderes que poseen un conocimiento fundamentado en la enfermería clínica^{126, 129, 276} con el fin de obtener la credibilidad de los compañeros y de entender tanto el contenido como el contexto de los cuidados, los sistemas y las instituciones.³⁸ Antrobus y Kitson¹²⁶ resaltan la necesidad del conocimiento en enfermería como un componente central de los programas de desarrollo del liderazgo para que las enfermeras líderes no sólo puedan desarrollar la práctica enfermera, sino también explicar el conocimiento enfermero.

En un estudio realizado en Finlandia¹⁸¹ las enfermeras gestoras informaron de la necesidad de formación para mejorar sus capacidades en la investigación, el liderazgo y el trabajo en grupos para llevar a cabo la resolución de problemas. Del mismo modo, en un estudio sobre las gestoras canadienses, las participantes expresaron las necesidades de aprendizaje relacionadas con la investigación.²⁰⁹ Varios autores han advertido de la importancia de un sentido empresarial firme^{126, 136} de ser capaces de utilizar datos cuantitativos para justificar la dotación de personal y de ser visto como creíble por otros miembros del equipo de liderazgo.¹⁰⁹ Las directivas de primera línea y de puestos medios, indicaron que las enfermeras líderes sénior tenían esta habilidad, que estaban adquiriendo la habilidad de utilizar los datos financieros para su propia toma de decisiones.¹⁰⁹

Las enfermeras líderes necesitan amplios conocimientos en las siguientes áreas:

- **enfermería profesional** ^{38,52,117,131,307}
- **liderazgo** ^{38, 113, 117, 131, 260, 307}
- **filosofía** ⁵²
- **literatura científica sobre ética** ^{140, 259}
- **dinámicas de grupo** ⁵² y **creación de equipos** ¹³⁶
- **desarrollo humano y moral** ⁵²
- **administración y gestión del conocimiento** ^{112, 126, 136, 155, 257, 307}
- **gestión del cambio** ¹³⁶
- **trabajo en equipo** ²⁶⁰
- **liderar a través de una plantilla diversa** ³³⁴
- **investigación** ²⁰⁹ y **la utilización de la misma**

^w Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

3.4 Las enfermeras líderes mantienen apoyos sociales, profesionales y personales.

Discusión de la evidencia^x

Taylor et al.³³⁵ señalaron que las personas que creen que tienen acceso a los apoyos sociales por parte de otros viven una vida más saludable, y son capaces de hacer frente al estrés con mayor eficacia. Las enfermeras líderes han identificado a los mentores como un apoyo importante en el desarrollo y el mantenimiento de su capacidad de liderazgo.^{82, 112, 129, 201, 189, 238, 239, 336} En un estudio sobre las enfermeras gestoras, Madison²⁰¹ halló que el 97% de las encuestadas atribuían el cambio en su vida profesional o personal a tener un mentor, el 74% atribuyó el cambio a la auto confianza y el 65% lo atribuyó a la auto conciencia. Otros cambios manifestados consistían en el aumento de la asunción de riesgos, la mejora del pensamiento global, el aumento de la autoestima y del enriquecimiento en el trabajo, el crecimiento profesional y un mejor desempeño como gestora. Un metaanálisis⁶ realizado por Allen et al.³³⁷ mostró que tanto el tutelaje relacionado con el aprendizaje sobre la institución y con la obtención de oportunidades como el tutelaje que proporciona apoyo interpersonal se han traducido en resultados positivos tales como la compensación, los ascensos y la satisfacción con la carrera y el trabajo. En un estudio sobre el personal realizado Walsh y Clements³³⁶ las participantes expresaron un aumento de la auto confianza y de la autoestima como resultado de los tutelajes. El personal de enfermería incluyó el acceso a los mentores entre los cinco ítems mejor puntuados en relación al tipo de apoyo para el desarrollo de competencias de liderazgo.²⁶⁰

Scott et al.⁸⁸ y Storch et al.¹⁴⁰ señalaron la importancia de la participación activa en instituciones profesionales de enfermería, lo que es útil no sólo para mantenerse al tanto de los problemas actuales de la enfermería, sino también para acceder al apoyo de los compañeros. En un estudio sobre las líderes expertas,¹²⁹ participantes advirtieron de la importancia de los mentores y de la participación en instituciones profesionales y redes no sólo para ser informados sobre las cuestiones y tendencias, sino para desarrollar habilidades políticas.

Las enfermeras líderes señalaron la importancia del apoyo de amigos, cónyuges, familiares y compañeros,^{82, 238 239, 241} – en especial de los compañeros con cualidades transformacionales.⁸² Lindholm et al.²³⁷ estudiaron las relaciones entre las redes profesionales, los recursos psicosociales y la salud percibida. El estudio demostró que las enfermeras gestoras con altas demandas laborales, bajas redes profesionales, baja participación social o bajo apoyo emocional habían aumentado las probabilidades de presentar una baja autoevaluación de su salud. Sin embargo, las enfermeras gestoras con demandas de trabajo excepcionalmente altas tenían probabilidades elevadas de poseer una baja autoevaluación de su salud, independientemente del nivel de apoyo psicosocial o de redes profesionales. Estos autores sugieren que las demandas de trabajo de las enfermeras gestoras puede estar más allá de un ámbito donde el apoyo disponible sea suficiente y que es necesaria una mayor exploración de los factores que contribuyen a una baja autoevaluación de su salud.

Upenieks¹⁰⁹ señaló la importancia de los equipos de enfermería con cohesión (que comparten objetivos comunes, dedicados unos a otros y a la organización, y trabajan de forma interdependiente como un equipo) como apoyo para el liderazgo de enfermería.

x Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Recomendaciones para el sistema

Recomendaciones para los gobierno

4.0 Los gobiernos desarrollan directrices y proporcionan recursos que apoyan a un liderazgo de enfermería eficaz.

4.1 Establecen y mantienen una posición identificable de la enfermera líder sénior con un papel como asesora de directrices nacionales, provinciales y territoriales.

4.2 Establecen un mecanismo de comunicación nacional para estas funciones.

4.3 Establecen un consejo asesor de enfermería en todas las provincias y territorios.

Discusión de la evidencia para 4.1, 4.2, 4.3^y

El informe del Instituto de Medicina, *Mantenimiento de la seguridad de los pacientes: la transformación de los entornos de trabajo de las enfermeras (Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environments of Nurses)*⁴⁸ recomienda tener una enfermera líder sénior en el puesto de alto nivel en las instituciones para las cuestiones relacionadas con las seguridad de los pacientes, y en un nivel institucional para las habilidades de las enfermeras como integradoras de los cuidados clínicos. El papel de la enfermera líder sénior no es menos importante en la toma de decisiones en el ámbito gubernamental ni en el desarrollo de las directrices de salud. Dos grandes informes sobre el entorno de trabajo de las enfermeras, “Compromiso y cuidado” (“*Commitment and Care*”)⁹ y “Nuestra salud, nuestro futuro: la creación de lugares de trabajo de calidad para las enfermeras canadienses” (“*Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*”),¹ recomendaron tener enfermeras líderes en puestos políticos de alto nivel en todo el país. En el informe provisional de las recomendaciones formuladas por el Comité Asesor de Enfermería de Canadá (Canadian Nursing Advisory Committee), Maslove y Fooks²⁷⁰ señalaron que en el momento de su publicación (julio de 2004), que ocho de las 10 provincias tenían un puesto provincial de enfermera líder sénior.

Splane y Splane²⁴⁵ completaron un estudio internacional sobre las directoras de enfermería y reconocieron la importancia de contar con estas funciones en las jurisdicciones subnacionales, como en las provincias y en los estados. Estos autores llevaron a cabo una revisión histórica sobre el rol nacional a través de una revisión bibliográfica y el debate con los principales informantes internacionales. Llegaron a la conclusión de que este rol había demostrado eficacia en: la influencia en la formulación de normas; la promoción en la utilización óptima de las enfermeras; la promoción de estándares y la formación en enfermería para mejorar la seguridad del paciente o cliente; la promoción de la investigación en enfermería; hablar en público sobre las enfermeras para educar a los demás en cuanto a enfermería se refiere; la promoción de los derechos humanos y la importancia de directrices que apoyen los determinantes de la salud, y el fomento de la enfermería como un servicio humano respetado. También señalaron la importancia de esta líder al tener unos vínculos con grupos de trabajo nacionales, organizaciones profesionales y una comunicación bilateral con las enfermeras en todos los entornos. Señalaron que, aunque la mayoría de la participación política se relacionaba con los estándares de enfermería, la formación y la investigación, la selección de personal de enfermería y su permanencia, y las condiciones del lugar de trabajo de las enfermeras, ha sido considerablemente influyente en las directrices relacionadas con los determinantes de la salud tales como la universalidad de los programas de salud y el estatus socio económico.

y Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

A pesar de que la población confía en la enfermería,³³⁸ la profesión no es bien entendida¹²⁶ y las enfermeras han descrito con frecuencia una sensación de falta de voz.^{140, 239, 339} Clifford³⁶ advirtió consecuentemente que las enfermeras expresaban la necesidad de tener a alguien que entienda sus prácticas en el más alto nivel de las instituciones;– defendiendo su trabajo en nombre de los pacientes y de sus familias–. Una enfermera líder en un cargo gubernamental está bien posicionada para desarrollar estrategias con el fin de enseñar al público y al gobierno el papel y la contribución de las enfermeras a los pacientes y a los resultados del sistema.^{88, 245} Las enfermeras indicaron que la prestación de este tipo de educación es fundamental para mejorar el respeto hacia las enfermeras.²⁶⁵ Tener una enfermera líder sénior en un rol político es una oportunidad para que los gobiernos demuestren un apoyo visible a la enfermería y manteniendo esta posición sirva de modelo para otras instituciones.²⁴⁵

Tener una enfermera líder sénior en un rol político es una oportunidad para que los responsables políticos comprendan mejor las cuestiones de los cuidados de los pacientes y obtengan la participación de expertos de enfermería para la dirección de la política sanitaria y la programación de los cuidados del paciente. Splane y Splane²⁴⁵ señalaron que esto es particularmente importante dado el crecimiento de administradores "generalistas" en la atención sanitaria (p. 163) que tienen conocimiento empresarial y de la administración pública, pero carecen de conocimientos especializados sobre los programas de cuidados de los pacientes y sobre los valores profesionales y los métodos a través de los cuales alcanzan los objetivos de los programas. Dos estudios^{126, 245} informaron de que las enfermeras líderes sénior juegan un papel en la traducción de la terminología de la práctica enfermera, las prioridades, y los impactos potenciales a los del contexto político de conciliar la división división entre las dos, debido en gran medida a las diferencias filosóficas y de lenguaje. Ocurre de manera similar en la función esencial que las enfermeras líderes sénior poseen en la interpretación e integración de la enfermería en la administración superior y el órgano de gobierno de las instituciones. Antrobus y Kitson¹²⁶ señalaron que esta interpretación del rol es la más frecuente en las enfermeras líderes a nivel individual y sugieren que los colectivos en forma de unidades de política enfermera podrían ser valiosas para analizar e informar a la política de salud.

Las cuestiones de enfermería no se perciben necesariamente como una prioridad política¹¹² y las agendas políticas quizá tengan preferencia.^{126, 245} Existe una evidencia considerable que vincula los entornos de trabajo de las enfermeras y el impacto en la calidad de los cuidados a los pacientes. La política de salud afecta a los lugares de práctica clínica y en última instancia a los pacientes y a los resultados del sistema. A través de la participación de la enfermera líder sénior, los resultados de salud pueden mejorar cuando las perspectivas enfermeras están basadas en decisiones presupuestarias y políticas que pueden afectar a la salud de los pacientes. Es fundamental tener una experta en enfermería accesible que pueda proporcionar asesoramiento sobre el impacto potencial de las decisiones políticas sobre los cuidados al paciente.²⁴⁵ Splane y Splane²⁴⁵ explicaron que las enfermeras con roles políticos jugaron un papel tan importante en la prevención del desarrollo de políticas negativas como lo hicieron poniendo en marcha políticas positivas y trabajando para apoyar la aplicación de las normativas existentes de la manera más favorable para los cuidados de los pacientes. Scott et al.⁸⁸ descubrieron que las enfermeras líderes jugaron un papel fundamental en el proceso de reestructuración. Splane y Splane²⁴⁵ señalaron que la contratación de enfermeras en puestos de alto rango en el gobierno, en el sector del voluntariado y como candidatas al parlamento refleja el reconocimiento del valor de la capacidad de liderazgo de las enfermeras, de la resolución de problemas y de las habilidades de gestión.

La creación de grupos asesores de apoyo para las enfermeras en estos roles políticos ha sido recomendada tanto por el Comité Asesor de Enfermería Canadiense (Canadian Nursing Advisory Committee)¹ como por el Comité Consultivo de Recursos Humanos en Salud (Advisory Committee on Health Human Resources).³⁴⁰ Estos grupos son importantes a la hora de obtener una amplia variedad de colaboradores que asesoren a las direcciones de enfermería y al gobierno para comenzar a dar forma a las directrices. Además, hay un rol para los comités consultivos con el fin de discutir los asuntos sobre el personal y el trabajo y sobre las estrategias y la planificación de recursos humanos en salud. Maslove y Fooks²⁷⁰ indicaron que todas las provincias canadienses tienen un Comité Asesor de Enfermería (Nursing Advisory Committee) con financiación de las Estrategias de enfermería.

En Canadá, la Oficina Federal de Política de Enfermería (en lo sucesivo ONP, por sus siglas en inglés) se encarga de asesorar a la Sanidad de Canadá (Health Canada) sobre la perspectiva enfermera, de representar a la enfermería en diversos foros, contribuyendo así a la política de salud y al desarrollo del programa, y trabaja estrechamente con la comunidad enfermera en el desarrollo del asesoramiento al gobierno.³⁴¹ La ONP proporciona un mecanismo de conexión para jefas provinciales y territoriales de enfermería mediante la coordinación de reuniones para discutir cuestiones prioritarias de enfermería. Las enfermeras líderes sénior federales y jurisdiccionales, conjuntamente, discuten sobre la evidencia nueva y la vinculan a las cuestiones prioritarias en enfermería con el fin de recomendar las directrices y las estrategias basadas en la mejor evidencia posible.

4.4 Establecimiento y mantenimiento de un programa de investigación sobre el liderazgo en enfermería.

Discusión de la evidencia^z

La evidencia que es fácilmente accesible y puede ser traducida a la práctica de forma directa presenta un reto importante en la investigación de la salud.³⁴² Las intervenciones analizadas en los estudios individuales, en determinadas condiciones, pueden no ser vistas por los usuarios finales al tener su aplicación en diferentes contextos. Por lo tanto, se ha sugerido la reproducción de los estudios en diferentes poblaciones y contextos.³⁴² Daly et al.³⁴³ sugieren que hay que tener en cuenta a todos los elementos del entorno de la práctica para que los estudios de investigación tengan sentido. Ellos recomiendan que la mejor manera de lograrlo es a través de estudios secuenciales que asocian y amplían los resultados de estudios previos, como ocurriría en un programa de investigación.

A través de una serie de estudios clínicos, Daly et al.³⁴³ demostraron que un programa de estudio proporcionaba una visión más amplia de las variables de interés. Señalaron que a partir de un estudio descriptivo, trasladarse hacia un estudio de intervención permite probar las hipótesis usando las variables y las medidas adecuadas identificadas en los estudios descriptivos anteriores. Descubrieron que la concentración en un área concreta permitía al equipo de investigación desarrollar una comprensión más profunda del fenómeno de interés, de las medidas válidas y de las publicaciones relevantes, y aprender consideraciones prácticas para diseñar estudios posteriores. Informaron que la introducción a la investigación mediante programas daba como resultado una mayor confianza en sus hallazgos y les ayudaba a evitar atribuciones incorrectas de causa a una variable cuando se la estudiaba en un contexto simple.

Antrobus y Kitson¹²⁶ recomendaron la necesidad de un programa de investigación en enfermería. Los autores indicaron que los estudios de liderazgo han tenido un enfoque interno en el estudio de la naturaleza y el propósito del liderazgo, de las características del liderazgo y del desarrollo de las necesidades de las aspirantes a líderes. Recomendaron examinar los factores sociopolíticos globales que influyen en el liderazgo y cómo las líderes de enfermería pueden dar forma a las necesidades en cuestión.

z Tipo de evidencia

Se clasifica con C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Recomendaciones para los investigadores

5.0 Los investigadores colaboran con los gobiernos y las instituciones educativas y sanitarias para llevar a cabo la investigación del liderazgo en enfermería.

La Fundación Canadiense para la Investigación de los Servicios de Salud (Canadian Health Services Research Foundation, en lo sucesivo CHSRF por sus siglas en inglés)³⁴⁴ indicó que la gestión de los recursos humanos en enfermería y otras cuestiones relacionadas con el lugar de trabajo son sumamente importantes para la enfermería. Advirtieron que en una consulta realizada recientemente a las enfermeras se identificó la necesidad de estrategias que abordaran las diferencias generacionales relacionadas con las expectativas del equilibrio entre el trabajo y la vida privada, con el empleo a tiempo completo, y con la educación y las tutorías para apoyar la transición de las nuevas enfermeras al entorno de trabajo. Observaron, además, que la creación de la Fundación para el liderazgo, la política e investigación enfermera es un reflejo de la importancia de la contribución de las enfermeras a la atención sanitaria. El Fondo para la investigación en enfermería se creó como respuesta a la presión ejercida por las enfermeras y los grupos de enfermería. El fondo está diseñado para apoyar la investigación sobre la contratación y la permanencia, la gestión y las cuestiones que surgen tras una reestructuración. La CHSRF y el Instituto Canadiense de Investigación en Salud (Canadian Institute of Health Research, en lo sucesivo CIHR, por sus siglas en inglés) financia proyectos de investigación, premios, cátedras de investigación, centros de formación y síntesis políticas en relación a los recursos humanos en enfermería.²⁷⁰ Un informe provisional reciente sobre las recomendaciones del Canadian Nursing Advisory Committee señaló la necesidad de más estudios que aborden los resultados en salud y económicos y la traducción de la evidencia a un lenguaje que pueda ser entendido por el público en general y por los responsables políticos y administrativos.²⁷⁰

5.1 Llevan a cabo investigaciones sobre el impacto del liderazgo en enfermería sobre las enfermeras, los pacientes o clientes, los resultados organizativos y del sistema.

Discusión de la evidencia ^{aa}

El liderazgo es fundamental para el entorno de trabajo de las enfermeras y de sus líderes. Estas se encuentran bajo una presión considerable para actuar a medida que las instituciones ponen mayor énfasis en la gestión de los costes.^{48,83} Patrick y White⁵⁰ sugirieron la necesidad de seguir investigando sobre la relación entre los comportamientos de liderazgo en enfermería y los resultados de los pacientes o clientes y de las enfermeras para lograr el reconocimiento de la contribución de la enfermería a los cuidados. Señalaron que la mayoría de los trabajos publicados son descriptivos, con escasez de estudios experimentales.

aa Tipo de evidencia

Se clasifica con una D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

5.2 Desarrollo, aplicación y evaluación de una intervención de liderazgo basado en el Modelo conceptual para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo (Figura 2, pág. 25)

Discusión de la evidencia^{bb}

A pesar de que el informe⁴⁸ de 2004 del Instituto de Medicina plantea que los gestores, al igual que sus compañeros clínicos deberían "buscar y aplicar a su práctica la evidencia empírica de la investigación en gestión"; el informe enumera una serie de barreras. La naturaleza de la toma de decisiones en la gestión es tal que a menudo las decisiones las toman grupos condicionados por la negociación, el compromiso y/o por las limitaciones organizativas.²⁰⁷ Además, la formación de los gestores en el uso de la evidencia no es tan sólida como lo es la de los profesionales de la salud.²⁰⁷³⁴⁵ En un estudio realizado por Udon y Care,²⁰⁹ sobre el papel de la enfermera gestora en la práctica basada en la evidencia, las participantes identificaron lagunas en sus conocimientos en relación con la investigación y la utilización de la investigación.

No sólo se ha limitado la financiación de la investigación sobre gestión en la atención sanitaria en comparación con la investigación en otras industrias, muchas instituciones carecen del tamaño y los recursos suficientes, incluidos los sistemas de datos adecuados para llevar a cabo y evaluar la investigación aplicada.^{119,205} La investigación financiada por sistemas de salud extensos ha sido considerada de carácter privado y no ampliamente compartida.²⁰⁵ Por último, es difícil de localizar, revisar y sintetizar la evidencia sobre las prácticas de gestión eficaz como resultado de una indexación pobre.²⁰⁵

5.3 Realización de investigaciones sobre recursos humanos en salud para la planificación de los roles de liderazgo.

Discusión de la evidencia^{cc}

La planificación eficaz de los recursos humanos en salud es de vital importancia en el entorno actual de cambio.³⁴⁶ La supresión de los puestos directivos entre 1994 y 2002 en Canadá³³⁻³⁵ se ha traducido en unos mayores ámbitos de control para las enfermeras líderes y menores apoyos para las enfermeras.^{9, 284} La planificación de los recursos humanos debe incluir la planificación de los roles de liderazgo en enfermería basados en datos fundamentados. El estudio sobre el personal de enfermería (por su nombre original "The Nursing Workforce Study")³⁴⁰ identificó muchas deficiencias en las bases de datos nacionales, de manera que, muchas de las cuestiones en materia de política de provisión de enfermera no pueden ser contestadas. Además, recomendaron que la investigación sobre la planificación de los recursos humanos debe ir más allá de los modelos de abastecimiento y examinar una serie de necesidades dentro de las jurisdicciones para permitir la planificación del sistema. Esta recomendación se hizo eco a partir de Baumann et al.⁹ quienes recomendaron el desarrollo de bases de datos sobre el mercado laboral y de herramientas de predicción de recursos humanos.

bb Tipo de evidencia

Se clasifica con una D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

cc Tipo de evidencia

e clasifica con una D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

5.4 Realización de investigaciones sobre la formación y el desarrollo del liderazgo en enfermería.

Discusión de la evidencia^{dd}

Existe evidencia que demuestra que la relación de las enfermeras con su supervisora inmediata es un predictor importante de la satisfacción en el trabajo y de la intención de quedarse.³⁴⁷⁻³⁴⁹ Thomson et al.³⁴⁹ señalaron que, "en un momento en que las enfermeras necesitan más que nunca el liderazgo, los puestos de trabajo están disminuyendo dejando a las enfermeras con pocas ayudas para el día a día y con un menor acceso a aquellos que jerárquicamente ocupan posiciones que permiten defenderlas" (pág. 26). A pesar de que Patrick y White⁵⁰ argumentan que es difícil poner en práctica las teorías sobre el liderazgo, admiten que las intervenciones formativas pueden aumentar los comportamientos de liderazgo. Tourangeau et al.³⁰⁵ revelaron que un programa centrado en el liderazgo residencial puede reforzar comportamientos de liderazgo, tanto en las enfermeras líderes consolidadas como en las enfermeras líderes en desarrollo.

En un metaanálisis de investigaciones sobre los efectos de los programas de desarrollo del liderazgo en la gestión, Collins y Holton³¹⁶ advirtieron que había una tendencia emergente de liderazgo transformacional, pero encontraron muy poca información sobre el programa formativo o los resultados. Además, hallaron pocos estudios empíricos para poder evaluar los resultados de las intervenciones, tales como el programa formativo, los tutelajes o la retroalimentación. Dichos autores recomiendan que se realice un seguimiento de la rentabilidad de la inversión en los programas de desarrollo del liderazgo. Por el interés y el éxito del liderazgo, la investigación en este ámbito debe seguir haciendo referencia a los apoyos y a las barreras para ejercer los roles, junto con herramientas de evaluación que aborden el liderazgo en enfermería y su desempeño.

Recomendaciones para los organismos de acreditación

6.0 Los organismos de acreditación de instituciones de salud y educativas incorporan las recomendaciones de apoyo organizativo que figuran en esta Guía a sus estándares

Discusión de la evidencia^{ee}

La calidad del liderazgo en enfermería se ha demostrado que determina la calidad de los entornos de trabajo en el que las enfermeras prestan los cuidados.^{36, 88, 264} Clifford³⁶ aboga por la necesidad de detallar las obligaciones y las responsabilidades de las funciones de la enfermera líder sénior dentro de las instituciones sanitarias como una norma, función definida con la responsabilidad de la enfermería en el ámbito ejecutivo. Tener una enfermera con una función directiva, influyente, dentro de las instituciones sanitarias es un criterio para la acreditación i y se ha relacionado con resultados positivos en numerosos estudios. La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) en los Estados Unidos requiere que los servicios de enfermería estén dirigidos por una enfermera ejecutiva con formación avanzada y experiencia en gestión, que tenga la responsabilidad de establecer y aprobar los estándares para la práctica y las directrices y procedimientos de enfermería, y que participe en las actividades de mejora de la calidad en toda la institución³⁵⁰.

dd Tipo de evidencia

Se clasifica con una D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

ee Tipo de evidencia

Se clasifica con una D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Recomendaciones formativas^G

7.0 Los programas de formación proporcionan oportunidades formales e informales para el desarrollo del liderazgo de las enfermeras.

Discusión de la evidencia^{ff}

La aptitud del liderazgo es necesaria en todos los ámbitos, y en todas las funciones de la enfermería. El Canadian Nursing Advisory Committee ¹ señala que no hay suficientes enfermeras en los puestos de gestión y de liderazgo. Tradicionalmente, las enfermeras líderes se promocionaban desde dentro de las plantillas de personal, por lo general en base a resultados clínicos superiores, con menos énfasis en su capacidad para liderar. Después de estudiar las características deseables de las líderes en una población de enfermeras y estudiantes menores de 35 años de edad, Wieck et al.¹⁰ llegaron a la conclusión de que debido a un énfasis en las oportunidades empresariales, en los trabajos temporales y en el equilibrio entre trabajo y la vida privada, estas personas no pueden dedicarse a la carrera sanitaria durante toda su vida y en particular a los puestos de liderazgo en enfermería. Estos autores sugieren la necesidad de identificar los comportamientos preferibles de liderazgo que puedan utilizarse en los modelos de buenas prácticas para los formadores y los gestores de las enfermeras más jóvenes. A pesar de que hubo algunas diferencias en las perspectivas acerca de lo que las enfermeras jóvenes querían de las líderes, en su mayor parte había concordancia con las trabajadoras de más edad, lo que indica que el tutelaje de las nuevas enfermeras líderes por parte de las enfermeras líderes con experiencia sigue siendo una estrategia viable. Varios informes han recomendado que es necesario que haya más oportunidades para el desarrollo del liderazgo entre las enfermeras.^{1,9} Maslove y Fooks²⁷¹ apuntan que, aunque los programas de desarrollo del liderazgo están disponibles para las enfermeras una vez que son gestoras, existen pocos programas disponibles para el personal de primera línea.

El trabajo de revisión de Kilty⁴⁶ sobre el *Desarrollo del liderazgo en enfermería en Canadá* detalla los recursos disponibles y los programas relacionados con el desarrollo del liderazgo en enfermería. En el documento se explica que muchos programas de pregrado en enfermería incluyen cursos de liderazgo y / o de gestión; – por lo general en el tercer o cuarto año–. Mientras algunas universidades ofrecen titulaciones o programas medios de liderazgo y de gestión para las enfermeras y otros líderes de la atención sanitaria, sólo un pequeño número de universidades prestan especial atención al liderazgo de enfermería a nivel de máster. En la actualidad sólo hay una institución que ofrece estudios para el desarrollo del liderazgo en enfermería en Canadá:– el Instituto Dorothy M. Wylie de Liderazgo en enfermería (Dorothy M. Wylie Nursing Leadership Institute)–.³⁵¹

Un programa de liderazgo para el personal de enfermería, estudiado durante un período de cuatro años, que utilizó el role playing, la retroalimentación y los mentores y que estaba vinculado a objetivos personales y a la evaluación del rendimiento, demostró cambios positivos en las conductas de liderazgo de las enfermeras. Los pacientes y las familias notificaron un aumento de la confianza y una mejora en la satisfacción de los cuidados. Las enfermeras indicaron un crecimiento personal, una mejora de la auto confianza y de la asertividad. De este modo, se percibían a sí mismas como más eficaces, más organizadas y con poder. A su vez, notificaron una percepción de mejores relaciones con los compañeros y el equipo de trabajo, una mejora de la capacidad de negociación y una mejora en la responsabilidad y la conciencia del sistema sanitario en su conjunto.³⁰⁷

Cunningham y Kitson^{308,309} evaluaron un programa de desarrollo de liderazgo clínico en el que el eje fundamental era la práctica, la experiencia y el trabajo, con énfasis en la adquisición de aptitudes y actitudes, valores y comportamientos para formar líderes. El liderazgo transformacional fue seleccionado como el estilo de liderazgo más apropiado. Los resultados del programa demostraron un aumento en la capacidad de liderazgo mediante el autoinforme y el informe del personal de la unidad, un enfoque más centrado en los cuidados del paciente y una mejora de la confianza hacia la líder.

ff Tipo de evidencia

Se clasifica con una C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

7.1 Los programas de liderazgo en enfermería incorporan conceptos clave del Modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo (Figura 2, pág. 25).

Discusión de la evidencia ^{gg}

Basándose en la revisión bibliográfica y en el consenso del equipo de expertos, los siguientes conceptos clave son elementos fundamentales para el desarrollo y el mantenimiento del liderazgo en enfermería.

En el nivel de sistema en general:

- El sistema de salud canadiense, incluyendo los factores sociales, económicos y políticos que afectan a este sistema a escala nacional, provincial y regional
- El proceso político que incluye la persuasión política y el impacto de las enfermeras en todos los ámbitos de gobierno.
- El desarrollo histórico de las profesiones sanitarias que interactúan e influyen en el desarrollo de la profesión enfermera.
- El desarrollo de la política sanitaria y social²⁶ y la reforma a escala nacional, provincial y local.
- Los enfoques actuales de los modelos de prestación de servicios sanitarios (p.e., la gestión del cuidado, la gestión de la competencia).
- El papel de las organizaciones profesionales y su influencia sobre las enfermeras y la prestación de servicios.
- Las cuestiones actuales y emergentes y las prioridades de los servicios sanitarios y de la política

En el nivel organizativo:

- Teoría organizativa y su aplicación a los sistemas sanitarios.
- Los sistemas de salud incluyendo la gestión del cuidado y la gestión de la competencia.
- Los modelos de gobierno, sobre todo, el gobierno compartido y el empoderamiento.
- Los modelos de cargas de trabajo en enfermería y la mejora continuada de la calidad.
- Los modelos de toma de decisiones incluyendo los marcos de referencia éticos²³⁹
- El marco jurídico para la práctica de la enfermería.
- Los conceptos financieros y presupuestarios.
- Las influencias culturales en los estilos de liderazgo

A nivel del punto de vista de los cuidados:

- La relación entre la adquisición y la difusión de conocimientos y el empoderamiento.
- Comunicación efectiva con los individuos, los grupos, las familias y las estrategias de trabajo en equipo

^{gg} Tipo de evidencia

Se clasifica con una C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

7.2 Los programas de liderazgo en enfermería ofrecidos a través de la formación pregrado, grado y formación continuada incluyen oportunidades para adquirir experiencia formal e informal en liderazgo.

Discusión de la evidencia^{hh}

Los programas formales de desarrollo del liderazgo han demostrado resultados positivos. Collins²⁰⁰ realizó un metaanálisis de programas de gestión del liderazgo desde 1982 hasta 2002 y descubrió que la capacitación formal era más eficaz en resultados sobre el conocimiento, pero el impacto en los resultados organizativos no se conocía bien. En la evaluación de un programa de gestión del liderazgo en enfermería Wolf³⁰⁷ obtuvo resultados similares e identificó la necesidad por parte de las participantes de tener más oportunidades de practicar sus nuevas habilidades, así como la necesidad de identificar los resultados en la institución a largo plazo.

Planificación para el éxito: las estrategias sugeridas

- Apoyar las solicitudes y las plazas para las becas clínicas o de práctica avanzada⁶ de la RNAO⁶
- Incluir un componente práctico en la formación básica, media y de grado sobre el liderazgo.
- Diseñar sesiones formativas sobre liderazgo en las que mentor y aprendiz asistan juntos.
- Programar grupos de apoyo y grupos de discusión destinados a las nuevas líderes o a las personas implicadas en liderar el cambio o los nuevos proyectos con las líderes experimentadas para compartir estrategias e ideas



hh Tipo de evidencia

Se clasifica con una A, C y D el tipo de evidencia que apoya esta recomendación.

Proceso de revisión y actualización de las Guías de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario propone actualizar la Guía de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables de la siguiente manera:

1. Cada Guía de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables deberá ser revisada por un equipo de especialistas (equipo de revisión) en el área temática cada cinco años después de la última serie de revisiones.
2. Durante el período entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de entornos de trabajo saludables de la RNAO buscará periódicamente nuevas revisiones sistemáticas y estudios en la materia.
3. El personal del proyecto, basándose en los resultados del seguimiento, puede recomendar que la revisión se adelante. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de llevar a cabo la revisión antes del plazo de cinco años.
4. Seis meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los cinco años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a) Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - a) Compilar la información recibida, las preguntas surgidas durante la fase de difusión, así como otros comentarios y experiencias de los lugares de implantación.
 - a) Recopilar la bibliografía pertinente.
 - a) Elaborar un plan de trabajo detallado con plazos y resultados.
5. La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Evaluación y seguimiento de la Guía de buenas prácticas para el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería

Las instituciones que aplican las recomendaciones de la *Guía de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables sobre el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería* se les anima a estudiar cómo serán evaluadas y monitorizadas la implantación y su impacto. La tabla siguiente, basada en el Modelo conceptual sobre el Desarrollo y mantenimiento del liderazgo (Figura 2, pág. 25) muestra algunos ejemplos de indicadores de monitorización y de evaluación. Muchos de estos indicadores se pueden medir a través de una o más de las medidas de conceptos relacionados con el modelo de liderazgo como se describe en el registro de estas medidas en el Anexo D.

MEDICIÓN DEL INDICADOR	ESTRUCTURA	DEL PROCESO	DE RESULTADOS	DE MEDIDAS
Objetivo	Evaluar los apoyos institucionales que permiten a las enfermeras desarrollar y demostrar las prácticas de liderazgo efectivo y a los pacientes apreciar los efectos	Evaluar los procesos de liderazgo organizativo y los comportamientos de liderazgo relacionados con las cinco prácticas de liderazgo	Evaluar el impacto de la implantación de las recomendaciones de las guías en todos los ámbitos	Medir y monitorizar los indicadores de las estructuras, los procesos y los resultados
Institución o unidad	<p>Planes específicos dentro de la institución para poner en práctica las guías sobre el liderazgo</p> <p>Son evidentes en la institución las estructuras consistentes con las recomendaciones relacionadas con los apoyos institucionales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La designación de las funciones de la enfermera líder sénior • Las enfermeras tienen roles de gestión en primera línea allí donde el servicio de prestación de cuidados de enfermería es primario • Alcance de control de los gestores • Gobierno compartido a través de comités de gobierno de enfermería • Los programas de orientación y enseñanza que sean integrales y adaptados a las necesidades del personal nuevo • Acceso a los programas de desarrollo del liderazgo • Alianzas con instituciones educativas para proporcionar formación sobre el liderazgo formal • Las descripciones de las funciones, incluidas las expectativas de los comportamientos de liderazgo <p>La disponibilidad de formación y ayudas para las enfermeras líderes y para las aspirantes a enfermeras líderes en todas las funciones.</p> <p>El número de enfermeras que tienen acceso a las oportunidades de liderazgo.</p> <p>El número de enfermeras que acceden a las ayudas al liderazgo y a la formación</p>	<p>Mecanismos de comunicación establecidos y utilizados, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boletines • Foros abiertos • Acceso al correo electrónico <p>Herramientas de medición de las cargas de trabajo in situ, usadas adecuadamente para planificar la dotación de personal</p> <p>Se establecen y desarrollan sistemas de seguimiento de los resultados del liderazgo efectivo, por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> • la satisfacción de la enfermera • las bajas por enfermedad • la rotación de turnos • el periodo de tiempo que se tarda en cubrir los puestos vacantes <p>La formación continuada promovida a través de ayudas para la matrícula y horarios flexibles</p> <p>La existencia de una planificación de la sucesión del liderazgo</p>	<p>Resultados organizativos como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la tasa de rotación de turnos • las bajas por enfermedad • la estabilidad del personal de liderazgo • las tasas de permanencia del personal 	<p>Las estadísticas de recursos humanos, valores de referencia y tendencias a lo largo del tiempo relacionadas con el número de enfermeras gestoras en relación con número de personal, con la rotación de turnos, con las bajas por enfermedad y con la permanencia del personal de enfermería en todas las funciones.</p> <p>La Escala de rotación prevista (Anticipated Turnover Scale) (Hinshaw y Atwood).</p> <p>El Cuestionario de evaluación de enfermería (Nursing Assessment Survey) (Maehr y Braskamp).</p> <p>La Herramienta de evaluación de la unidad cultural de enfermería (Nursing Unit Cultural Assessment Tool) (Coeling y Simms).</p> <p>El Índice de trabajo de enfermería (Nursing Work Index) (Aiken y Patrician).</p> <p>Los indicadores de toma de decisiones sobre el alcance del control en gestión clínica del modelo de enfermería del Hospital de Ottawa (The Ottawa Hospital Model of Nursing Clinical Management Span of Control Decision Making Indicators).</p> <p>El número de personas que estudian formación superior.</p> <p>La financiación para la formación continuada</p> <p>La escala del entorno de la práctica (Practice Environment Scale) de NWI (Lake)</p> <p>La Escala del ambiente de práctica profesional (Professional Practice Environment Scale) (Erickson et al.).</p> <p>El Índice del entorno de práctica canadiense (Canadian Practice Environment Index) (Estabrooks et al.).</p> <p>El Ambiente de trabajo percibido en enfermería (Perceived Nursing Work Environment) (Choi et al.)</p>

MEDICIÓN DEL INDICADOR	DE ESTRUCTURA	DEL PROCESO	DE RESULTADOS	DEL PROCESO
Enfermera líder		<p>Las enfermeras en todas las funciones demuestran competencias de líder relacionadas con cada una de las cinco prácticas de liderazgo evidenciadas a través de las conductas asociadas como se indica en la Guía</p> <p>La valoración del rendimiento habitual incluyendo la autoevaluación</p> <p>Las conductas de liderazgo son evaluadas como parte de la evaluación del rendimiento</p>	<p>Los resultados de la enfermera tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La satisfacción de la enfermera • El síndrome de burnout • La motivación • El compromiso con la institución <p>Los resultados de las estudiantes de enfermería tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación de la calidad de la experiencia de aprendizaje • La satisfacción con la enfermería y la experiencia de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • El Cuestionario descriptivo del clima institucional enfermero Organizational Climate Description Questionnaire (Duxbury et al.) • El Cuestionario descriptivo del comportamiento de liderazgo (Leadership Behaviour Description Questionnaire) (Stogdill) • El cuestionario de prácticas de liderazgo (Leadership Practices Inventory) (Kouzes y Posner) • Apoyo a los estilos de liderazgo: "Charge Nurse Support scale" y la "Unit Manager Support Scale" (McGilton et al.) • La "Six Dimension (6D) Scale of Nursing Performance" (Schwirian) • El cuestionario de burnout de Maslach (Maslach y Jackson) • El Índice de satisfacción laboral (Stamps y Piedmonte) • La Escala del compromiso institucional (Organizational Commitment Scale) (Porter et al.) • La Escala de satisfacción de la enfermera en el trabajo (Nurse Job Satisfaction Scale) (Hinshaw y Atwood) • La Escala de satisfacción laboral (Work Satisfaction Scale) (Hinshaw and Atwood)
Paciente	Los programas de mejora de la calidad están vigentes	<p>La monitorización continuada de los efectos de las decisiones de la líder en los pacientes, la distribución de los recursos y la calidad.</p> <p>Los procesos para que los clientes opinen sobre los cuidados se explican a los pacientes y son accesibles</p>	<p>La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros. La opinión registrada de los pacientes sobre los cuidados enfermeros.</p> <p>El número de cuestiones sin resolver sobre los cuidados de los pacientes</p>	El Cuestionario de satisfacción de los cuidados de enfermería (Satisfaction with Nursing Care Questionnaire) (Eriksen)
Financiero			<p>El ahorro en los costes de contratación y permanencia</p> <p>El ahorro en los costes de bajas por enfermedad</p> <p>El ahorro en los costes de las horas extraordinarias</p>	

Referencias bibliográficas numeradas

1. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.
2. Registered Nurses Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON: Author.
3. Griffin, P., El-Jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2004). *Healthy work environments: Building a conceptual model*. Submitted for publication.
4. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's Meeting Communiqué on Health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.
5. Health Canada 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Retrieved May 5, 2005 from: www.healthservices.gov.bc.ca/bchealth_care/publications/health_accord.pdf
6. First Ministers' Meeting on the Future of Health Care (2004). Retrieved from Nov 2004 – June 2005: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
7. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON: Author.
8. Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the future: Nursing human resource projections*. Ottawa, ON: Author
9. Bauman, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
10. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author.
11. Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
12. Shindul-Rothschild, J. (1994). *Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing*. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
13. Grinspun, D. (2000). *Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management*. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
14. Grinspun, D. (2000). *The social construction of nursing caring*. Doctoral dissertation proposal. Toronto, ON: York University.
15. Dunleavy, J., Shamian, J., Thomson, D. (2003). *Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks*. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
16. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M., & Widmeyer, G. (1996). *Stressful nurses: The effect on patient outcomes*. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46–58.
17. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
18. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). *The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

19. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.
20. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care*, 42(1), 4–12.
21. Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$,* 16(4), 196–203.
22. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478–85.
23. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
24. Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action.(editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
25. American Nurses Association. (2000). Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington, DC: American Nurses Publishing.
26. Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
27. Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.
28. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149–58.
29. Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.
30. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
31. United States Agency for Health care Research and Quality. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74. Rockville, MD
32. Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 November 2004, Markham, ON
33. Canadian Institute for Health Information. (2001). Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2000. Ottawa, ON: Author.
34. Canadian Institute for Health Information. (2002). Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2001. Ottawa, ON: Author.
35. Canadian Institute for Health Information. (2002). Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2002. Ottawa, ON: Author.
36. Clifford, J. (1998). Restructuring: The Impact of hospital organization on nursing leadership. San Francisco, CA: American Hospital Association.
37. Foley, R., & Wurmser, TA. (2004). Culture Diversity/A Mobile Workforce Command Creative Leadership, New Partnerships, and Innovative Approaches

- to Integration. *Nursing Administration Quarterly*. Reconstructing Healthcare in a Global Marketplace. 28(2) 122-128.
38. Ferguson-Paré, M., Mitchell, G., Perkin, K., & Stevenson, L. (2002). Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) background paper on leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 4-8.
 39. Squires A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 3 (36) 272-8.
 40. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*. 18(1), 13-24.
 41. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*. 18(2), 1-11.
 42. McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (2002). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (The Original Study). In M. McClure M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited*. Washington, DC: American Academy of Nurses.
 43. Aiken, L., Smith, H., & Lake, E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(5), 771-787.
 44. Boyle SM. (2004). Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics* 3(22) 111-9.
 45. Romanow, R., (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Ottawa, ON: Government of Canada.
 46. Kilty, H. (2003). *Nursing leadership development in Canada. A descriptive status report and analysis of leadership programs, approaches and strategies: Domains and competencies; knowledge and skills; gaps and opportunities*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
 47. Canadian Health Services Research Foundation (2004). *Listening for direction II. National consultation on health services and policy issues for 2004-2007*. Ottawa, ON: Author.
 48. Institute of Medicine of the National Academies, Board on Health Care Services. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academy Press.
 49. Stordeur, S., Vandenberghe, C. & D'hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research* 49(1), 37-43.
 50. Patrick, A., & White, P. (2005). *Scope of nursing leadership*. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
 51. Moynihan, R. (2004). *Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis*. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
 52. Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2004). *A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care*. Health Care Reports. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
 53. Cochrane Collaboration. *Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions*. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels>
 54. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Levels of evidence and grades of recommendation in: A guideline developers' handbook*. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>

55. Altieri, L. (1995). Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the commonwealth of Pennsylvania: A descriptive study. Doctoral dissertation. Fairfax, VA: George Mason University.
56. Boumans, N., & Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: Relationships with nurses' well being. *Journal of Advanced Nursing*. 18(5), 767-775.
57. Chiok Foong Loke, J. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*. 9(4), 191-204.
58. McGilton, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L., & Krejci, J. (2004). Monograph. Toronto, ON: University of Toronto Faculty of Nursing and Toronto Rehabilitation Institute.
59. McDaniel, C., & Wolf, G. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *Journal of Nursing Administration*. 22(2), 60-65.
60. McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration*. 27(9), 47-55.
61. Medley, F., & Larochelle, D. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*. 26(9), 64JJ-LL, 64NN.
62. Morrison, R., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*. 27(5), 27-34.
63. Peck, M. (1988). Head nurse fit with staff, administration, and situation: Impact on unit performance and staff satisfaction. Doctoral dissertation. University of Utah.
64. Cummings, G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*. 2(54) 2-12.
65. McCutcheon, A. (2004). The relationship between span of control, leadership and performance. Unpublished doctoral dissertation. University of Toronto.
66. Long, J. (2004). Factors that influence nurse attrition: An analysis of the relationship between supervisor leadership style and subordinate job satisfaction. Doctoral dissertation. Capella University.
67. Robertson, K. (1991). Registered Nurses' perceptions of leadership systems of nurse managers and quality of work life conditions and feelings. Doctoral dissertation. University of Alabama at Birmingham.
68. Laschinger, H., Wong, C., McMahon, C., & Kaufmann, C. (1999). Leader behaviour impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*. 29(5), 28-39.
69. Gullo, S.R., & Gerstle, D.S. (2004). Transformational leadership and hospital restructuring: a descriptive study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 11(5) 259-66.
70. Kouzes, J., & Posner, B. (1995). The leadership challenge. How to keep getting extraordinary things done in organizations. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
71. Leach, L.S. (2005). Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*. 35, 228-37.
72. Avolio, B.J., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004) Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behaviour*, 25(8), 951-968.
73. Taunton, R., Boyle, D., Woods, C., Hansen, H., & Bott, M. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 19(2), 205-226.
74. Dunham-Taylor, J. (1995). Identifying the best in nurse executive leadership, Part 2, interview results. *Journal of Nursing*

- Administration. 25(7), 24-31.
75. Volk, M., & Lucas, M. (1991). Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(1), 35-40.
 76. Corrigan, P., Lickey, S., Campion, J., & Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services*, 51(6), 781-785.
 77. Anderson, R., Issel, L., & McDaniel, R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: Relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52, 12-21.
 78. Kemerer, R. (2003). Leadership: What works in the real health care world. *Healthcare Papers*, 4(1), 37-38.
 79. Fox, R., Fox, D., & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), 12-18.
 80. Pederson, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
 81. Upenieks, V. (2003). What constitutes effective leadership? *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.
 82. Ward, K. (2002). A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders. *Nursing Outlook*, 50(3), 121-126.
 83. McGillis Hall, L., McGilton, K., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L., & Brown, M. Enhancing the quality of supportive supervisory behaviour in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 181-187.
 84. Gasper, J. (1992). Transformational Leadership: An integrative review of the literature. *Doctoral dissertation, Western Michigan University*.
 85. Burns, J. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row.
 86. Pielstick, C. (1998). The transforming leader: A meta-ethnographic analysis. *Community College Review*, 26(3), 15-35.
 87. Levasseur, R. (2004). The impact of a transforming leadership style on follower performance and satisfaction: A meta-analysis. *Doctoral dissertation, Walden University*.
 88. Scott, J., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
 89. Baird, A., & St-Amand, R. (1995). Trust within the organization part 2 – Building Trust. Retrieved August 27, 2004 from: http://www.pscfcg.ca/publications/monogra/mono2_e.htm
 90. Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 354-364.
 91. Cummings, G. G. (2004) Investing relational energy: The hallmark of resonant leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4): 76-87
 92. Dirks, K., & Ferrin, D. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for organizational research. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611-628.
 93. Hood, J., & Smith, H. (1994). Quality of work life in home care: The contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration*, 24(1), 40-47.
 94. Hanna, L. (1999). Lead the way, leader. *Nursing Management*, 30(11), 36-39.
 95. Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F., (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.

96. Harvard Business Review. (2001). *Managing Diversity*. Harvard Business School Press.
97. Covey, S.R., (1990). *The 7 Habits of Highly Effective People*, New York: Simon & Schuster.
98. Mishra, A., & Spreitzer, G. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice and work redesign. *Academy of Management Review*, 23(3), 567-588.
99. Shea, G. (2001). Leading change. In S. Rovin, (Ed.), *Medicine and business: Bridging the gap*. Gaithersburg, MD: Aspen Publications, 33-52.
100. Nespoli, G. (1991). Staff nurse perceptions of a positive relationship with an appointed first-line manager who is perceived as a leader. *Doctoral dissertation*. Adelphi University.
101. Bunderson, J. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 717-741.
102. Rousseau, D., & Tijorwala, S. (1999). What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in promoting organizational change. *Journal of Applied Psychology*, 84(4), 514-528.
103. Lewicki, R., & Bunker, B. (1996). Developing and maintaining trust in work relationships. In Kramer, R.N., Tyler T.R. (Eds.), *Trust in organizations: Frontiers in theory and research*, pp. 114-139. Thousand Oaks, CA: Sage.
104. Bowman, D. The five best ways to build – and lose – trust in the workplace. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.tgconsultants.com/articles/trustworkforce.html>
105. Drucker, P. (1990). *Managing the non-profit organization. Principles and practices*. New York: Harper Collins Publishers.
106. King, T. (2000). Paradigms of Canadian nurse managers: Lenses for viewing leadership and management. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 15-20.
107. Perra, B. (2000). Leadership: The key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 56-61
108. Mayer, R., & Gavin, M. (1999). Trust for management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss? Presented in an interactive paper session at Academy of Management annual meeting, Chicago.
109. Upenieks, V. (2002). What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 622-632.
110. Wieck, K., Prydun, M., & Walsh, T. (2002). What the emerging workforce wants in its leaders. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 283-288.
111. Storr L. (2004). Leading with integrity: a qualitative research study. *Journal of Health Organization & Management*, 18, 415-34.
112. White, B. (2000). Moral leadership of nurse executives. *Doctoral dissertation*. University of Northern Colorado.
113. Ferguson-Paré, M. (1998). Nursing leadership and autonomous professional practice of Registered Nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 7-30.
114. Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.
115. Ingersoll, G., Fisher, Ross, B., Soja, M., & Kidd, N. (2001). Employee response to major organizational redesign. *Applied Nursing Research*, 14(1), 18-28.
116. Lageson, C. (2001). First line nurse manager and quality: Relationship between selected role functions and unit outcomes. *Doctoral dissertation*. University of Wisconsin-Milwaukee.
117. Severinsson, E., & Hallberg, I. (1996). Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process

- within nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 151-161.
118. Six, F. (2004). Trust and trouble: Building interpersonal trust within organizations. Retrieved November 4, 2004 from: <http://hdl.handle.net/1765/1271>
119. Walston, S., & Kimberly, J. 1997. Reengineering hospitals: Experience and analysis from the field. *Hospital and Health Services Administration*, 42(2), 143-63.
120. Gillespie, A. & Mann, L. (2004) Transformational leadership and shared values: The building blocks of trust. *Journal of Managerial Psychology*. 19(6), 588-607.
121. Parsons, M., & Stonestreet, J. (2002). Factors that contribute to nurse manager retention. *Nursing Economic\$,* 23(3), 120-126.
122. Skarlicki, D., & Dirks, K. (2002). Leader as a builder of trust. HR.com June 28, 2002. Retrieved May 28, 2004 from <http://www.olin.wustl.edu/faculty/dirks/HRcom.pdf>
123. Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Nursing leadership and quality care*. Vancouver, BC: Author
124. Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors' views of their supervisory styles in clinical supervision: A hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management*, 4(4), 191-199.
125. Skinner C., & Spurgeon P. (2005) Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18, 1-12.
126. Antrobus, S., & Kitson, A. (1999). Nursing leadership: Influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
127. Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformation process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1-14.
128. Englebart, S. (1993). The relationship of nurse manager behaviours and characteristics to subordinates' perceptions of the work unit climate. *Doctoral dissertation*. Virginia Commonwealth University.
129. Tucker Scott, K . (2004). Nurses of influence: A paradigm of leadership. *Doctoral dissertation*. University of Toronto.
130. Fletcher, C. (2001). Hospital RNs' job satisfaction and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-31.
131. Bousfield, C. (1997). A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 245-256.
132. Gillert, A., & Chuzischvili, G. (2004) Dealing with Diversity; A Matter of Beliefs. *Industrial and Commercial Training*, 36(40), 166-170.
133. Lambert, V., & Nugent, KE. (1999). Leadership Style for facilitating the Integration of Culturally Appropriate Health Care. *Seminars for Nurse Managers*. 7(4), 172-178.
134. College of Nurses of Ontario. (2002). *Professional standards*. Toronto, ON: Author
135. Disch, J., Walton, M., & Barnsteiner, J. (2001). The role of the clinical nurse specialist in creating a healthy work environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 345-355.
136. Gelinas, L., & Manthey, M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration*, 27(10), 35-42.
137. Porter O'Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.
138. Johnson, D., & Johnson, R. (1995). Social interdependence, cooperative learning in education. In: B.B. Bunker and J.Z. Rubin (Eds.), *Conflict, cooperation and justice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

139. Thompson, J., & Bunderson, J. (2003). Violations of principle: Ideological currency in the psychological contract. *Academy of Management Review*, 28(4), 571-587.
140. Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Brown, H., & Starzomski, R. (2002). Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
141. Boyle, D., Bott, M., Hansen, H., Woods, C., & Taunton, R. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
142. Adams, C. (1994). Innovative behaviour in nurse executives. *Nursing Management*, 25(5), 44-47.
143. Peters, T., & Waterman, Jr. R. (1982). *In search of excellence*. New York: Harper & Row.
144. Upenieks, V. (2002). The interrelationship between and meaning of power and opportunity, nursing leadership, organizational characteristics of magnet Institutions and clinical nurse job satisfaction. *Doctoral dissertation*. University of Washington.
145. Kofman, R. (1994). Check-in, check-out: A tool for real conversations. *The Systems Thinker*, 5(4), 8-9.
146. Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nursing*, 8(34) 44-7.
147. Joni, S. (2004). The geography of trust. *Harvard Business Review*, 82, 83-88
148. Recker, D., Bess, C., & Wellens, H. (1996). A decision-making process in shared governance. *Nursing Management*, 27(5), 48A-48D.
149. Wheatley, M. (2002). *Turning to one another: Simple conversations to restore hope to the future*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
150. Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured health care settings: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425.
151. Hatcher, S., & Laschinger, H. (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), 74-94.
152. Huffman, J. (1995). Staff nurses' perceptions of work empowerment and control over nursing practice in community hospital settings. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.
153. Laschinger, H., & Havens, D. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35.
154. Whyte, H. (1995). Staff Nurse Empowerment and Job Satisfaction. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.
155. Upenieks, V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership and nursing job satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
156. Laschinger, H., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
157. Baguley, K. (1999). Workplace Empowerment, Job Strain and Affective Organizational Commitment in Critical Care Nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behaviour. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.
158. Hatcher, S., The relationship between power perceptions of nurse managers and burnout: A test of Kanter's theory of structural power. *Master's thesis*. University of Western Ontario. London, ON.
159. Howard, A. (1997). The empowering leader: Unrealized opportunities. In: *The Balance of Leadership and Followership Working Papers*, Baltimore, MD: Academy of Leadership Press.

160. O'Brien, L. (1997). The relationship between Registered Nurses' perceptions of job-related empowerment and occupational mental health. A Test of Kanter's theory of organizational behaviour. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
161. McBurney, M. (1997). The Relationship between first-line nurse managers' perceptions of job-related empowerment and occupational stress in a large acute care teaching hospital. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
162. Laschinger, H., & Havens, D. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 27(6), 42-50.
163. Laschinger, H., Sabiston, J., & 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, 341-352.
164. Kanter, R (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57(4), 65-75.
165. Peachy, G. (2002). The effect of leader empowering behaviours on staff nurses' workplace empowerment, psychological empowerment, organizational commitment and absenteeism. Doctoral dissertation. McMaster University, Hamilton, Ontario.
166. McKey, C. (2002). Leadership practices, organizational commitment, conditions of work effectiveness of chief nursing officers in Ontario's restructured hospitals. Doctoral dissertation. Capella University, Minneapolis, MN.
167. Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G., & Pringle, D. (1997). Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nursing Economic\$,* 15(1), 32-41.
168. Dubuc, L. (1995). Job empowerment and commitment in military nursing: An extension study. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
169. McDermott, K., Laschinger, H., & Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management*, 27(5), 44-49.
170. Tucker, A., & Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 1-18.
171. Wilson, B., & Laschinger, H. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 39-47.
172. Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economic\$,* 19(2), 42-52.
173. Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2000). 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.
174. Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
175. Govers, M. (1997). Workplace empowerment and job performance in ambulatory care. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
176. Gokenbach, V. (2004) The effects of an empowerment model intervention on registered nurse turnover and absenteeism. Doctoral dissertation. University of Phoenix
177. Erickson, J., Hamilton, G., Jones, D., & Ditomassi, M. (2003). The value of collaborative governance/staff empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 96-104.
178. Kanter, R. (1993). Men and women of the corporation. 2nd ed. New York: Basic Books.
179. Manojlovich, M. (2005). A leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*. 35(5), 271-278.
180. Skelton Green, J. (1996). The perceived impact of committee participation on the job satisfaction of staff nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 7-35.

181. Suominen, T., Savikko, N., Puukka, P., Doran, D.L., & Leino-Kilpi, H. (2005). Work empowerment as experienced by head nurses. *Journal of Nursing Management*, 13, 147-53.
182. Conger, J., & Kanungo, J. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
183. McKay, C. (1995). Staff nurses' job related power and perceptions of managerial transformational leadership. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.
184. Dunham, J., & Fisher, E. (1990). Nurse executive profile of excellent nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 15(1), 1-5.
185. Hui, C. (1994). Effects of leader empowerment behaviours and follower's personal control, voice and self-efficacy on in-role and extra-role performance. An extension of Conger and Kanungo's empowerment process model. *Doctoral dissertation*, Indiana University, Indiana.
186. Upenieks, V. (2003a). Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 140-152.
187. DeLong, D., & Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.
188. Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, (4), 78-91.
189. Ballein Search Partners (2003). Why senior nursing officers matter: A national survey of nursing executives. Retrieved February 23, 2005 from Website of American Organization of Nurse Executives: www.hospitalconnect.com/aone/docs/03sno-survey.pdf
190. Davenport, T., DeLong, D., & Beers, M. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43-57.
191. Cardin, S. (1995). Outcomes of unit effectiveness in relation to the leadership role of nurse managers in critical care nursing. *Doctoral dissertation*. University of California, Los Angeles.
192. Aiken, L., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11), NS6-NS18.
193. Strelbel, P. (1996). Why do employees resist change? *Harvard Business Review*, 74, 86-92.
194. Robinson, C. (2001). Magnet nursing services recognition: Transforming the critical care environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 1-18.
195. Campbell SL, Fowles ER, & Weber BJ. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*. 6(21), 564-71.
196. Canadian Nurses Association. (2003). Succession planning for nursing leadership. Ottawa, ON: Author.
197. Apker, J., Zabava Ford, W., & Fox, D. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: The effect of nursing roles, professional autonomy and supportive communication. *Nursing Economic\$*, 21(5), 226-232.
198. Canadian Nurses Association. (2001). Quality professional practice environments for Registered Nurses. Ottawa, ON: Author.
199. Gifford, B., Zammuto, R., & Goodman, E. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*, 47(1), 13-25.
200. Collins, D. (2002). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. *Doctoral dissertation*. Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
201. Madison, J. (1994). The value of mentoring in nursing leadership: A descriptive study. *Nursing Forum* 29(4), 16-23.

202. Senge, P. M. (1990) *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Random House
203. Argyris, C., & Schön, D. (1996) *Organizational learning II: Theory, method and Practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
204. Donaldson, N., & Rutledge, D. (1998). Expediting the harvest and transfer of knowledge for practice in nursing: Catalyst for a journal. *The Online Journal of Clinical Innovations* 1(2), 1-25.
205. Kovner, A., Elton, J., & Billings, J. (2000). Transforming health management: An evidence-based approach. *Frontiers of Health Services Management*, 16(4), 3-24.
206. Berwick D. (1996). Harvesting knowledge from improvement (editorial). *The Journal of the American Medical Association*, 275, 877-878.
207. Walshe, K., & Rundall, T. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Millbank Quarterly*, 79(3), 429-458.
208. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
209. Udod, S., & Care, W. (2004). Setting the climate for evidence-based nursing practice: What is the leader's role? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 64-75.
210. Hansen, M., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing Knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106-116.
211. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). Staff nurses identify essentials of magnetism. In: McClure, M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
212. Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 174-180.
213. Titchen A. (2000). Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. *Doctoral dissertation*. University of Oxford. Oxford: Ashdale Press.
214. Upshur R. (1997). Certainty, probability and abduction: why we should look to C.S. Pierce rather than Godel for a theory of clinical reasoning? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 201-206.
215. Stone, R., Reinhard, S., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C., Hawes, et al. (2002). Evaluation of the Wellspring model for improving nursing home quality. *The Commonwealth Fund*.5
216. Rutledge, D., & Donaldson, N. (1995) Building organizational capacity in research utilization. *Journal of Nursing Administration*. 25(10), 12-6.
217. Bethune, G. (2005). Performance improvement: The leadership perspective. *Excellence in Nursing Knowledge*. Retrieved 3/15/2005 from: <http://www.nursingknowledge.org/Portal/mian.aspx?Patelde=3514&IssueNo=7&ArticleNo>
218. Barry-Walker, J. (2000). The impact of system redesign on staff, patient and financial outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 77-89.
219. Katz, R. (1982). The effects of group longevity on project communication and performance. *Administrative Science Quarterly*, 27, 81-104.
220. Gil, F., et al. (2005). Change-oriented leadership, satisfaction and performance in work groups: Effects of team climate and group potency. *Journal of Managerial Psychology*. 20(3/4), 312-328.
221. McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity and organizational commitment: The result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.

222. Kanter, R. (1999). The enduring skills of change leaders. *Leader to Leader*, 13, (3). Retrieved April 29, 2004 from: <http://www.pdf.org/leaderbooks/121summer99/kanter.html>
223. Block, P. (1987). *The empowered manager*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
224. Knox, S., & Irving, J., (1997). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 39-47.
225. Knox, S., & Irving, J. (1997). Nurse manager perceptions of health care executive behaviours during organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 27(11), 33-39.
226. Heifetz, R., & Laurie, D. (2001). The work of leadership. *Harvard Business Review*, (2), 106-117.
227. Leana, C., & VanBuren, H. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review*, 24, 538-555.
228. Huy, Q. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47, 31-69.
229. Greenberg, L. (1996). Allowing and accepting emotional experience. In: Kavanaugh, R., Zimmerberg, B., Fein, S. (Eds.), *Emotion: Interdisciplinary perspectives*. pp. 315-336. Mahwah, NJ: Erlbaum.
230. Macy, B., Peterson, M., & Norton, L. (1989). A test of participation theory in a work redesign field setting: Degree of participation and comparison site contrasts. *Human Relations*, 42, 1095-1165.
231. Lowe, G. (2004). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Prepared for the Health Strategies Bureau, Health Canada. Graham Lowe Group Inc.
232. Goodman, P. (2001). *Missing organizational linkages: Tools for cross-level organizational research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
233. Kroposki, M., Murdaugh, C., Tavakoli, A., & Parsons, M. (1999). Role clarity, organizational commitment and job satisfaction during hospital reengineering. *Nursing Connections*, 12(1), 27-34.
234. Heller, F. (2003). Participation and power: A critical assessment. *Applied Psychology: An International Review*. 52, 144-163.
235. Cummings, G., & McLennan, M. (2005). Advanced practice nursing. Leadership to effect policy change. *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61- 66.
236. McDowell, A. (2004). *What strategies will support leaders during rapid change?* Masters thesis. Royal Roads University.
237. Lindholm, M., Dejin-Karlsson, P., Östergren, P-O., & Udén, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 506-515.
238. Cronkhite, L. (1991). *Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment – A study of conflicts and values*. Doctoral dissertation. University of Milwaukee, Wisconsin.
239. Gaudine, A., & Beaton, M. (2002). Employed to go against one's values: Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 17-34.
240. Mohr, W., & Mahon, M. (1996). Dirty hands: The underside of marketplace health care. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 28-37.
241. Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1, 8-11.
242. Corley, M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.
243. Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2) 250-256.

244. Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, 7(5), 425-438.
245. Splane, R., & Splane, V. (1994). Chief nursing officer positions in national ministries of health. Focal points for nursing leadership. San Francisco, CA: University of California School of Nursing.
246. Posner, B., Kouzes, J., & Schmidt, W. (1985). Shared values make a difference: An empirical test of corporate culture. *Human Resources Management* 24(3), 293-309.
247. Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
248. Lageson C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*. 4(19) 336-42
249. Canadian Nurses Association. (October, 2003). Ethical distress in health care environments. Ethics in practice for Registered Nurses. Retrieved February 23, 2005 from: http://www.cna-nurses.ca/cna/practice/ethics/inpractice/default_e.aspx
250. May, D., Hodges, T., Chan, A., & Avolio, B. (2003). Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260.
251. Baumann, A., Blythe, J., Kolotylo, C., & Underwood, J. (2004). Immigration and emigration trends: A Canadian perspective. The Nursing Sector Study Corporation. Ottawa, ON.
252. Bass, B., & Avolio, B. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, 4, 231-272.
253. Norrish, B., & Rundall, T. (2001). Hospital restructuring and the work of Registered Nurses. *Millbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
254. Hurst, J. (1996). Building hospital TQM teams: Effective polarity analysis and maximization. *The Health Care Supervisor*, 15(1), 68-75.
255. Heeley, F. (1998). Leading with integrity: How to balance conflicting values. *Health Progress*, 79(5), 60-62.
256. Rokeach, M. (1973). *The Nature of human values*. New York: Free Press.
257. Krecji, J. (1999). Changing roles in nursing: Perceptions of nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 21-29.
258. Renz, D., & Eddy, W. (1996). Organizations, ethics, and health care: Building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum*, 2,, 29-39.
259. Silva, M. (1998). Organizational and administrative ethics in health care: An ethics gap? *Online Journal of Issues in Nursing*, December 31, 1998. Retrieved on February 22, 2005 from: http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8_1.htm
260. Jeans, M., & Rowat, K. (2005). Competencies required of nurse managers: Identifying the skills, personal attributes and knowledge required of nurse managers, and the enablers and barriers for nurse managers to acquire and sustain these competencies. The pulse of renewal: A focus on nursing human resources. May, 2005. Special report. Toronto, ON: Canadian Journal of Nursing Leadership.
261. Laschinger, H., & Shamian, J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job related empowerment and managerial self efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 38-47.
262. Boyle, DK., & Kochinda, C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *The Journal of Nursing Administration*. 34(2), 60-70.
263. Krugman, M. (1989). An investigation of the relationship between nurse executive socialization and occupational image. Doctoral dissertation. University of Denver.
264. Upenieks, V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnetic hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.

265. Devine, G., & Turnbull, L. (2002). Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses. Retrieved May 4, 2005 from: www.hc-sc.gc.ca/english/for-you/nursing/cnac/report/appendixC.htm
266. Bliss-Holtz, J., Winter, N., & Scherer, E. (2004). An invitation to magnet accreditation. *Nursing Management*, 35(9), 36-42.
267. American Association of Colleges of Nursing (AACN) Task Force on Hallmarks of the Professional Practice Setting. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. January, 2002. AACN. Retrieved September 24, 2004 from <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/hallmarks.htm>
268. Government of Quebec. (1994). An Act respecting health services and social services. R.S.Q., chapter S-4.2. (Updated to 5 July 1994. Last amendment 17 June, 1994).
269. Public Hospitals Act (1990). Regulation 965 (amended). Retrieved May 9, 2005 from: http://192.75.156.68/DBLaws/Regs/English/900965_e.htm
270. Maslove, L. & Fooks, C. (2004). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses – A progress report on implementing the final report of the Canadian Nursing Advisory Committee. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks Inc.
271. Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., et al.(2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
272. Aiken, L., & Patrician, P., (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
273. Burner, O. (1983). The organizational structure of air force hospitals and its effect on management of nursing services. *Dissertation Abstracts International*, 43 (7). 2, 431A.
274. Crossley, J. (1993). Chief nursing officer governing body proximity, direct reporting relationship and professionalism as predictors of chief nursing officer role conflict and role ambiguity. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 1, 887B.
275. Woodham-Smith, C. (1951). Florence Nightingale, 1820-1910. New York: McGraw-Hill Book Co.
276. Reyna, S. (1992). Leadership styles of nurse managers and how they affect the motivation level of nursing staff. *Doctoral Dissertation*, University of Texas at Austin.
277. Bryman, A., Brensen, M., Beadsworth, A., Ford, J., & Keil, E. (1987). The concept of the temporary system: The case of the construction project. *Research in the Sociology of Organizations* 5, 253-283.
278. Coff, R., & Rousseau, D. (2000). Sustainable competitive advantage and employability: Is it a "win-win" situation? In Leana, C.R. and Rousseau, D.M. (Eds.). *Relational wealth: The advantages of stability in a changing economy*. Oxford: Oxford University Press.
279. Coile, R. (1999). Magnet hospitals: Ten Strategies to becoming a model nursing employer. *Russ Coile's Health Trends*, 11(8), 1-4.
280. Cummings, G., & Estabrooks, C. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Policy*. 23(8/9), 8-53.
281. Anderson, R., Corazzini, K., & McDaniel, R. Jr. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *The Gerontologist*, 44(3), 378-388.
282. Canadian Nurses Association. (2005). Nursing leadership in a changing world. *Nursing Now, Issues and Trends in Canadian Nursing*, 18(1). Retrieved April 22, 2005 from: <http://www.cna-nurses.ca/cna/>
283. Lemire Rodger, G. (2005). Leadership challenges and directions. In: Hibberd, J.M., Smith, D.L. (Eds.), *Nursing leadership and management in Canada*, 3rd Ed. Toronto, ON: Elsevier Canada.
284. Canadian Institute for Health Information. (2004). Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2004. Ottawa, ON: Author.
285. Duxbury, L., & Higgins, C. (2003). Work-life conflict in Canada in the new millennium. A status report. Retrieved February 15, 2006 from

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/work-travail/report2/index.html>

286. Laschinger, H., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured health care settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.
287. Hemman E. (2000). Leadership profiles of senior nurse executives *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 21-30.
288. Villarruel, AM., & Peragallo N. (2004). Leadership development of Hispanic nurses. *Nursing Administration Quarterly*. 3(28), 173-80.
289. Redmond, G. (1995). "We don't make widgets here" voices of chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 25(2), 63-69.
290. Dreachslin, J. (2002). Communication: Bridging the racial and ethnic divide in health care management. *Health Care Manager*, 20(4), 10-18.
291. Branch, C., & Fraser, I. (2001). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? *Medical Care Research and Review*, 57(1), 181-217.
292. Laschinger, HKS., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economic*, 19, 209-219.
293. Carney M. (2004). Middle manager involvement in strategy development in not-for profit organizations: the director of nursing perspective – how organizational structure impacts on the role. *Journal of Nursing Management*. 1(12), 13-21.
294. O'May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
295. Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
296. Song, B., Daly, B., Trudy, E., Douglas, S., & Dyer, M. (1997). Nurses job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model. *Research in Nursing and Health*, 20, 443-452.
297. Haines, J. (1993). Leading in a time of change. The challenge for the nursing profession – A discussion paper. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
298. Nicklin, W. (2001). "Thank you" isn't enough. (2001). *Healthcare Management Forum*, 13(3), 6-9.
299. Buckingham, M., & Coffman, C. (1999). *First break all the rules*. New York: Simon and Schuster.
300. Urwick, L. (1956). The manager's span of control. *Harvard Business Review*, 3, 39-47.
301. Mullen, B., Symons, C., Hu, L., & Salas, E. (1989). Group size, leadership behaviour and subordinate satisfaction. *Journal of General Psychology*, 116, 155-169.
302. Hechanova-Alampay, R., & Beehr, T. (2001). Empowerment, span of control, and safety performance in work teams after workforce reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 275-282.
303. Gittell, J. (2001). Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: A reassessment of post-bureaucracy theory. *Organization Science*, 12, 468-483.
304. Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S. Pechacek, J., & Rheault, L. (2004). Span of control matters. *Journal of Nursing Administration*, 34(9), 395-399.
305. Tourangeau, A., Lemonde, M., Luba, M., Dakers, D., & Alksnis, C. (2003). Evaluation of a leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(3), 91-104.
306. George, V., Burke, L., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M., Koceja, V., et al. (2002). Developing staff nurse shared leadership behaviour in professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 44-59.
307. Wolf, M. (1996). Changes in leadership styles. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 27, 245-252.

308. Cunningham G., & Kitson, A. (2000). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 1). *Nursing Standard*, 15(12), 34-37.
309. Cunningham, G., & Kitson, A. (2000). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 2). *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40.
310. Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (1998). A technical report issued by the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. Retrieved April 21, 2004 from: http://www.eiconsortium.org/research/technical_report.htm
311. Jones K. (2005). Leading an empowered organization (LEO): does it work?. [Review] *British Journal of Community Nursing*, 10, 92-6.
312. Giber, D., Carter, L., & Goldsmith, M. (2000). *Best practices in leadership development handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
313. Blanzola, C., Lindeman, R., & King, ML. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2(20), 27-37.
314. Barger, S. (2004). An academic-service partnership: Ideas that work. *Journal of Professional Nursing*, 20, 97-102.
315. Wood-Allen, D. (1998). How nurses become leaders: Perceptions and beliefs about leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 28(9), 15-20.
316. Collins, D., & Holton, E. (2004). The Effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982 to 2001. *Human Resources Development Quarterly*. 15(2), 217-248.
317. Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action*. Philadelphia, PA: Lippincott
318. Strader, M., & Decker, P. (1995). *Role transition to patient care management*. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
319. Blais, K., Hayes, H., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Professional nursing practice concepts and perspectives*, 4th Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
320. Hinshaw, A. (1986). Socialization and resocialization of nurses for professional nursing practice. In: Hein, E.C., Nicholson. M.E. (Eds.), *Contemporary leadership behaviour: Selected readings*, 2nd ed. Boston: MA: Little, Brown.
321. Shirey, M. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economic\$*, 22(6), 313-319.
322. Waite, P., & Richardson, G. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-183.
323. Judkins, SK. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurse Researcher*. 12, 58-70.
324. Sullivan, J., Bretschneider, J., & McCausland, M. (2003). Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence-driven approach. *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 55-549.
325. Conchie, B. (2004). The seven demands of leadership. What separates great leaders from all the rest? *Gallup Management Journal*, May 13, 2004. Retrieved December 8, 2004 from: <http://gmj.gallup.com/content/default.asp?ci=11614>
326. Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
327. Snyderman, G. (1988). *Leadership styles of head nurses and the job satisfaction of Registered Nurses and aides*. Doctoral dissertation. Temple University.
328. Snow, J. (2001). Looking beyond nursing for clues to effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 440-443

329. Goddard, M., & Laschinger, H. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(2), 40-66.
330. Herbert, R., & Edgar, L. (2004). Emotional intelligence: A primal dimension of nursing leadership? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 56-63.
331. Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
332. Vitello-Cicciu, J. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34(10), 28-32.
333. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee. (2002). *Primal leadership: Recognizing the power of emotional intelligence*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
334. Srivastava, R. (2005) Presentation: Culturally Competent Leadership Practices: The good, the bad, and the Uncertain. **Canadian Nurses Association, Nursing Leadership Conference, The Changing Face of Nursing Leadership: Diversity, Partnerships, Innovations**. Ottawa, Ontario
335. Taylor, A., Sylvestre, J., & Botschner, J. (1998). Social support is something you do, not something you provide: Implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 25(4). Retrieved March 3, 2005 from: www.lin.ca/resource/html/Vol25/v25n4a2.htm
336. Walsh, C., & Clements C. (1995). Attributes of mentors as perceived by orthopaedic nurses. *Orthopaedic Nursing*, 14(3), 49-56.
337. Allen-Tammy, D., et al. (2004). Career Benefits Associated with Mentoring for Proteges: A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 89(1), 127-136.
338. Leger Marketing. (2003). How Canadians perceive various professions. Retrieved June 8, 2005 from: www.rnantnu.ca/news/trusted_pros.pdf
339. Henderson, A. (2003). Nurses and workplace violence: Nurses' experience of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(4), 82-98.
340. Advisory Committee on Health Human Resources (2000). The Advisory Committee on Health Human Resources. *The Nursing Strategy for Canada*. October 2000. Retrieved May 13, 2005 from: <http://www.hc-sc.gc.ca>
341. Health Canada. Office of Nursing Policy. Retrieved October 6, 2005 from: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/onp-bps/index_e.html
342. Glasgow, RE., Klesges, LM., Dzewaltowski, DA., Bull, SS., & Estabrooks, P. (2004). The future of health behavior change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.
343. Daly, B., Douglas, S., & Kelley, C. (2005). Benefits and challenges of developing a program of research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 364-377.
344. Canadian Health Services Research Foundation. Key research themes – Nursing leadership organization and policy. Retrieved from the CHSRF website June 2, 2005: http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_e.php
345. Axelsson, R. (1998). Towards an evidence-based health care management. *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 307-317.
346. Tomblin Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Birch, S., Kephart, G., Pennock, M., et al.. (2003). Health human resources planning: An examination of relationships among nursing service utilization, an estimate of population health and overall health status outcomes in the province of Ontario. Executive summary. Retrieved on June 1, 2005 from: www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tomblin_e.pdf
347. Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41
348. Irvine, D., & Evans, M. (1992). Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta-analysis. *Quality of Nursing*

Worklife Research Unit Monograph Series. University of Toronto.

349. Thomson, D. Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). Nurse Job Satisfaction – Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace. Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa, ON.
350. JCAHO Standards and Reference Crosswalk Contents. Retrieved June 2, 2005 from: http://www.wramc.army.mil/JCAHO/Division.cfm?d_id=13
351. Simpson, B., Skelton-Green, J., Scott, J., & O'Brien-Pallas, L. (2002). Building capacity in nursing: Creating a leadership institute. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 22-27.
352. Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life part 2. *Research in organizational Change and Development*, 1, 129-169.
353. Michigan Hospitals. Glossary of Terms. Retrieved October 4, 2004 from: http://www.michiganhospitalprofiles.org/glossary_of_terms.htm
354. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby.
355. Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In: Salovey, P., Sluyter, D.J. (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. pp. 3-31. New York: Basic Books.
356. Emmerling, R., & Goleman, D. (2003). (October). Emotional intelligence issues and common misunderstandings. Retrieved June 8, 2005 from: <http://eqi.org/gole3.htm>
357. Webster, G., & Baylis, F. (2000). Moral residue. In: Rubin, S.R., Zoloth, L. (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.
358. Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence – Draft 7*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario
359. Definitions of Fairness. Retrieved June 2, 2005, from: <http://www.google.ca/search?hl=en&lr=&oi=defmore&q=define:fairness>
www.cogsci.princeton.edu/cgi-bin/webwn
360. Field, M., & Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
361. Rothmann, S., & Coetzee, S. (2003). Dispositional characteristics, quality of work life and effectiveness of members of self-managing teams. Poster presented at the 11th European Congress of Work and Organizational Psychology, Lisbon, Portugal, 14-17 May 2003.
362. Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1(1), 13-23.
363. Clarke, M. & Oxman, A.D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4th Ed.. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.
364. Sleutel, M. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-58.
365. McGillis Hall, L. (Ed.). (2004). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.
366. Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). Educational support for competent nursing practice. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.cmns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>
367. Houghton Mifflin Company, (2004). *Identity*. The American heritage dictionary of the English language. 4th ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>

368. Houghton Mifflin Company, 1995. *Identity*. Roget's II: The New Thesaurus. 3rd ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>
369. Baker et al. (1999). Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
370. Ontario Public Health Association. (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada: Government of Ontario.
371. National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Research Council [On-line]. Available: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp30.pdf>.
372. Huber, D., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C., Goode, C., & Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 251-272.
373. University of Texas Repository of Nursing Administration Instruments. <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/>
374. Evans, J. (1992). A preliminary study to develop an instrument to measure head-nurse self-efficacy. Abstract from 5th national conference on Nursing Administration Research.
375. Stogdill, R. (1963). *Manual for the leader behavior description questionnaire – Form XII*. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
376. Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behaviour: Utilizing human resources*. (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
377. Kouzes, J., & Posner, B. (1988). *The Leadership Practices Inventory*. San Diego, CA: Pfeiffer.
378. Bass, B. (1995). *Multifactor Leadership Questionnaire*. Binghamton, NY: State University of New York.
379. Jones, L., Soeken, K., & Guberski, T. (1986). Development of an instrument to measure self-reported leadership behaviours of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 3, 180-185.
380. McGilton, K. (2003) Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72-86.
381. Schwirian, P. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-351.
382. Farley, M. Assessing communication in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 19(12), 27-31.
383. Pincus, J. (1986). Communication: Key contributor to effectiveness – The research. *Journal of Nursing Administration*, 16(9), 19-25.
384. Goldhaber, G., & Rogers, D. (1979). Auditing organizational communication systems: The ICA communication audit. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
385. Roberts, K., & O'Reilly, C. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of Applied Psychology*, 59(3), 321-326.
386. Price, J., & Mueller, C. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pitman.
387. Cook, J., & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
388. Chandler, G. (1986). The relationship of nursing work environments to empowerment and powerlessness. *Doctoral Dissertation*. University of Utah.

389. Laschinger, H. (2004). Scoring of nursing work empowerment scales. Retrieved June 2, 2005 from: <http://publish.uwo.ca/~hkl/scoring.html>
390. Laschinger, H. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
391. Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-65.
392. Boughn, S. (1995). An instrument for measuring autonomy-related attitudes and behaviours in women nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34, 106-113.
393. Katzman, E., (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. *Journal of Professional Nursing*, 5(4), 208-214.
394. Kramer M., & Schmalenberg, C. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51, 13-19.
395. Dempster, J. (1991). Dempster practice behaviours scale. Instrumentation for measurement of autonomy. Los Angeles, CA: American Nurses Council of Nurse Researchers Meeting, 1991 Proceedings.
396. Schutzenhofer, K. (1988). Measuring professional autonomy in nurses. In: Strickland, O.L., Waltz, C.F. (Eds.), *Measurement of nursing outcomes. Measuring nursing performance: Practice, education and research*. New York: Springer.
397. Blanchfield, K., & Biordi, D. (1996). Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-46.
398. Havens, D., & Vasey, J. (2003). Measuring staff nurse decisional involvement: decisional involvement scale. *Journal of Nursing Administration*. 33(6), 331-336.
399. Maas, M., & Jacox, A. (1977). *Guidelines for nurse autonomy/patient welfare*. New York: Appleton-Century Crofts.
400. Blegen, M., & Good, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
401. Sietsema, M., & Spradley, B. (1987). Ethics and administrative decision-making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4), 28-32.
402. Ekvall, G., Arvonen, J., & Waldenstrom-Lindbald, I. (1983). *Creative organizational climate, construction and validation of a measuring instrument*. Stockholm: Fa-institute.
403. Harrison, R. (1992). *Diagnosing organizational culture*. New York: Pfeiffer.
404. Litwin, G., & Stringer, R. (1968). *Motivation and organizational climate*, 2nd Ed. Boston, MA: Division of Research, Harvard University.
405. Mok, E., & Au-Yeung, B. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10(3), 129-137.
406. Duxbury, M., Henly, G., & Armstrong, G. (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 32(2), 83-88.
407. Maehr, J., & Braskamp, L. (1986). *The motivation factor: A theory of personal investment*. Lexington, MA: Lexington Books.
408. Zammuto, R., & Krakower, J. (1991). *Quantitative and qualitative studies of organizational culture*, Volume 5. Greenwich, CT: JAI Press
409. Coeling, H., & Simms, L. (1993). Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: How to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 46-53.

410. Wallach, E. (1983). Individuals and organizations: The cultural match. *Training and Development Journal*, 37, 29-36. References #rd Final.doc
411. Cooke, R., & Lafferty, J. (1987). *Organizational Culture Inventory (OCI)*. Plymouth, MI: Human Synergistics.
412. Simms, L., Erbin-Roesemann, M., Darga, A., & Coeling, H. (1990). Breaking the burnout barrier: Resurrecting work excitement in nursing. *Nursing Economic\$,* 8(3), 177-187.
413. Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
414. Erickson, M., Duffy, M., Gibbons, P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M., & Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279-285.
415. Estabrooks, C., Tourangeau, A., Humphrey, C., Hesketh, K., Giovannetti, P., Thomson, D., et al. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 256-68.
416. Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, PW. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*. 53:370-8.
417. The Ottawa Hospital Management Work-Group. (2003). The Ottawa Hospital model of nursing clinical practice: Clinical management span of control decision-making indicators. Unpublished work. The Ottawa Hospital, Ottawa, ON.
418. Bar-On, R. (1987). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: User's manual*. Toronto, ON: Multi-health Systems.
419. Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1998). The Multifactor Emotional Intelligence Scale. Unpublished report available from the authors.
420. Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. 3rd Ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
421. Traynor, M., & Wade, B. The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-136.
422. Stamps, P., & Piedmonte, E. (1986). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press Perspectives.
423. Mueller, C., & McCloskey, J. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-117.
424. Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1997). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Industrial Relations Center, University of Minnesota, 1967.
425. Hinshaw, A., & Atwood, J. (1983-1985). Anticipated turnover among nursing staff study. Final report pp.292-305). DHHS Division of Nursing Grant No. 1 ROI NU00908, U. S. Department of Health and Human Services, Division of Nursing, Rockville, MD.
426. Kanungo, R. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341-349.
427. Porter, L., Steers, R., Mowday, R., & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
428. Hinshaw, A., & Atwood, J. (1980). Anticipated turnover study: A pilot stage Instrument. (Abstract). *Communicating Nursing Research*, 12, 56-56.

429. Eriksen, L. (1988). Satisfaction with nursing care questionnaire. (Revised). Retrieved June 1, 2005 from: <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/ASP/instruments.asp?Instruments=Satisfaction+with+Nursing+Care+Questionnaire+%28revised%29>

Referencias bibliográficas

(por orden alfabético de autor)

- Adams, C. (1994). Innovative behaviour in nurse executives. *Nursing Management*, 25(5), 44-47.
- Advisory Committee on Health Human Resources (2000). The Advisory Committee on Health Human Resources. *The Nursing Strategy for Canada*. October 2000. Retrieved May 13, 2005 from: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., et al.(2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., & Patrician, P., (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
- Aiken, L., Smith, H., & Lake, E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(5), 771-787.
- Aiken, L., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11), NS6-NS18.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Allen-Tammy, D., et al. (2004). Career Benefits Associated with Mentoring for Proteges: A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 89(1), 127-136.
- Altieri, L. (1995). Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the commonwealth of Pennsylvania: A descriptive study. *Doctoral dissertation*. Fairfax, VA: George Mason University.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) Task Force on Hallmarks of the Professional Practice Setting. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. January, 2002. AACN. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/hallmarks.htm>
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Anderson, R., Corazzini, K., & McDaniel Jr., R. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *The Gerontologist*, 44(3), 378-388.
- Anderson, R., Issel, L., & McDaniel Jr., R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: Relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*. 52, 12-21.
- Antrobus, S., Kitson, A. (1999). Nursing leadership: Influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
- Apker, J., Zabava Ford, W., Fox, D. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: The effect of nursing roles, professional autonomy and supportive communication. *Nursing Economic\$*, 21(5), 226-232.
- Argyris, C., Schön, D. (1996) *Organizational learning II: Theory, method and Practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto, ON: Author
- Avolio, B.J., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004) Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behaviour*, 25(8), 951-968.

- Axelsson, R. (1998). Towards an evidence-based health care management. *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 307-317.
- Baguley, K. (1999). Workplace Empowerment, Job Strain and Affective Organizational Commitment in Critical Care Nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behaviour. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
- Baird, A., & St-Amand, R. (1995). Trust within the organization part 2 – Building Trust. Retrieved August 27, 2004 from: http://www.pscocp.gc.ca/publications/monogra/mono2_e.htm
- Baker et al. (1999). Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*. 29(3),11-20.
- Ballein Search Partners (2003). Why senior nursing officers matter: A national survey of nursing executives. Retrieved February 23, 2005 from Website of American Organization of Nurse Executives: www.hospitalconnect.com/aone/docs/03sno-survey.pdf
- Bar-On, R. (1987). Bar-On Emotional Quotient Inventory: User's manual. Toronto, ON: Multi-health Systems.
- Barger, S. (2004). An academic-service partnership: Ideas that work. *Journal of Professional Nursing*, 20, 97-102.
- Barry-Walker, J. (2000). The impact of system redesign on staff, patient and financial outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 77-89.
- Bass, B. (1995). Multifactor Leadership Questionnaire. Binghamton, NY: State University of New York.
- Bass, B., & Avolio, B. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, 4, 231-272.
- Baumann, A., Blythe, J., Kolotylo, & C., Underwood, J. (2004). Immigration and emigration trends: A Canadian perspective. The Nursing Sector Study Corporation. Ottawa, ON.
- Bauman, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G., & Pringle, D. (1997). Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nursing Economic\$, 15(1)*, 32-41.
- Berwick D. (1996). Harvesting knowledge from improvement (editorial). *The Journal of the American Medical Association*, 275, 877-878.
- Bethune, G. (2005). Performance improvement: The leadership perspective. *Excellence in Nursing Knowledge*. Retrieved 3/15/2005 from: <http://www.nursingknowledge.org/Portal/mian.aspx?Patelde=3514&IssueNo=7&ArticleNo>
- Blais, K., Hayes, H., Kozier, B., & Erb, G. (2002). Professional nursing practice concepts and perspectives ,4th Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Blanchfield, K., & Biordi, D. (1996). Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-46.
- Blanzola, C., Lindeman, R., & King, M.L. (2004).Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2(20), 27-37.
- Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41
- Blegen, M., Good, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., & Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy, Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
- Blegen, M., & Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$, 16(4)*, 196–203.
- Bliss-Holtz, J., Winter, N., & Scherer, E. (2004). An invitation to magnet accreditation. *Nursing Management*, 35(9), 36-42.
- Block, P. (1987). The empowered manager. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Boughn, S. (1995). An instrument for measuring autonomy-related attitudes and behaviours in women nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34, 106-113.
- Boumans, N., & Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: Relationships with nurses' well being. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 767-775.
- Bousfield, C. (1997). A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 245-256.
- Bowman, D. The five best ways to build – and lose – trust in the workplace. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.tgconsultants.com/articles/trustworkforce.html>
- Boyle, D., Bott, M., Hansen, H., Woods, C., & Taunton, R. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Boyle, DK., & Kochinda, C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *The Journal of Nursing Administration*. 34(2), 60-70.
- Boyle SM. (2004). Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics* 3(22) 111-9.
- Branch, C., & Fraser, I. (2001). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? *Medical Care Research and Review*, 57(1), 181-217.
- Bryman, A., Bensen, M., Beadsworth, A., Ford, J., & Keil, E. (1987). The concept of the temporary system: The case of the construction project. *Research in the Sociology of Organizations* 5, 253-283.
- Buckingham, M., & Coffman, C. (1999). *First break all the rules*. New York: Simon and Schuster.
- Bunderson, J. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 717-741.
- Burner, O. (1983). The organizational structure of air force hospitals and its effect on management of nursing services. *Dissertation Abstracts International*, 43 (7). 2, 431A.
- Burns, J. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.
- Campbell SL, Fowles ER, & Weber BJ. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*. 6(21), 564-71.
- Canadian Health Services Research Foundation. Key research themes – Nursing leadership organization and policy. Retrieved from the CHSRF website June 2, 2005: http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_e.php
- Canadian Health Services Research Foundation (2004). *Listening for direction II. National consultation on health services and policy issues for 2004-2007*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Institute for Health Information. (2001). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2000*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Institute for Health Information. (2002). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2001*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Institute for Health Information. (2002). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Institute for Health Information. (2004). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2004*. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Intergovernmental Conference Secretariat (2000). *First Minister's Meeting Communiqué on Health*. News Release. First Ministers' Meeting Ottawa, ON: September 11, 2000.

- Canadian Nurses Association. (October, 2003). Ethical distress in health care environments. Ethics in practice for Registered Nurses. Retrieved February 23, 2005 from: http://www.cna-nurses.ca/cna/practice/ethics/inpractice/default_e.aspx
- Canadian Nurses Association. (2002). Planning for the future: Nursing human resource projections. Ottawa, ON: Author
- Canadian Nurses Association. (2005). Nursing leadership in a changing world. Nursing Now, Issues and Trends in Canadian Nursing, 18(1). Retrieved April 22, 2005 from: <http://www.cna-nurses.ca/cna/>
- Canadian Nurses Association. (2001). Quality professional practice environments for Registered Nurses. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Nurses Association (2003). Succession planning for nursing leadership. Ottawa, ON: Author.
- Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources.
- Cardin, S. (1995). Outcomes of unit effectiveness in relation to the leadership role of nurse managers in critical care nursing. Doctoral dissertation. University of California, Los Angeles.
- Carney M. (2004). Middle manager involvement in strategy development in not-for profit organizations: the director of nursing perspective – how organizational structure impacts on the role. Journal of Nursing Management. 1(12), 13-21.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1(1), 13-23.
- Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S. Pechacek, J., & Rheault, L. (2004). Span of control matters. *Journal of Nursing Administration*, 34(9), 395–399.
- Chandler, G. (1986). The relationship of nursing work environments to empowerment and powerlessness. Doctoral Dissertation. University of Utah.
- Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (1998). A technical report issued by the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. Retrieved 4/21/2004 from: http://www.eiconsortium.org/research/technical_report.htm
- Chiok Foong Loke, J. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*. 9(4), 191-204.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, PW. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*. 53:370-8.
- Clarke, M., & Oxman, A.D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4th Ed.. Oxford, UK: The Cochrane Collaboration.
- Clifford, J. (1998). Restructuring: The Impact of hospital organization on nursing leadership. San Francisco, CA: American Hospital Association.
- Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels>
- Coeling, H., & Simms, L. (1993). Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: How to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 46-53.
- Coff, R., & Rousseau, D. (2000). Sustainable competitive advantage and employability: Is it a “win-win” situation? In Leana, CR. and Rousseau, DM. (Eds.). *Relational wealth: The advantages of stability in a changing economy*. Oxford: Oxford University Press.
- Coile, R. (1999). Magnet hospitals: Ten Strategies to becoming a model nursing employer. *Russ Coile's Health Trends*, 11(8), 1-4.
- College of Nurses of Ontario. (2002). Professional standards. Toronto, ON: Author
- Collins, D. (2002). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. Doctoral dissertation. Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Collins, D., & Holton, E. (2004). The Effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from

1982 to 2001. *Human Resources Development Quarterly*, 15(2), 217-248.

Conchie, B. (2004). The seven demands of leadership. What separates great leaders from all the rest? *Gallup Management Journal*, May 13, 2004. Retrieved December 8, 2004 from: <http://gmj.gallup.com/content/default.asp?ci=11614>

Conger, J., & Kanungo, J. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

Cook, J., Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.

Cooke, R., & Lafferty, J. (1987). *Organizational Culture Inventory (OCI)*. Plymouth, MI: Human Synergistics.

Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life part 2. *Research in Organizational Change and Development*, 1, 129-169.

Corley, M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.

Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2) 250-256.

Corrigan, P., Lickey, S., Campion, J., & Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services*, 51(6), 781-785.

Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). Position statement on nursing clinical education. Toronto, ON: Author.

Covey, S.R., (1990). *The 7 Habits of Highly Effective People*, New York: Simon & Schuster.

Cronkhite, L. (1991). Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment – A study of conflicts and values. *Doctoral dissertation*. University of Milwaukee, Wisconsin.

Crossley, J. (1993). Chief nursing officer governing body proximity, direct reporting relationship and professionalism as predictors of chief nursing officer role conflict and role ambiguity. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 1, 887B.

Cummings, G., & Estabrooks, C. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Policy*, 23(8/9), 8-53.

Cummings, G., Hayduk, L., Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 2(54) 2-12.

Cummings, G., & McLennan, M. (2005). Advanced practice nursing. Leadership to effect policy change. *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61- 66.

Cummings, G.G. (2004) Investing relational energy: The hallmark of resonant leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4): 76-87

Cunningham G., & Kitson, A. (2000). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 1). *Nursing Standard*, 15(12), 34-37.

Cunningham, G., & Kitson, A. (2000). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 2). *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40.

Daly, B., Douglas, S., & Kelley, C. (2005). Benefits and challenges of developing a program of research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 364-377.

Davenport, T., DeLong, D., & Beers, M. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43-57.

Definitions of Fairness. Retrieved June 2, 2005, 2004 from: <http://www.google.ca/search?hl=en&lr=&oi=defmore&q=define:fairness>
www.cogsci.princeton.edu/cgi-bin/webwn

DeLong, D., & Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.

- Dempster, J. (1991). Dempster practice behaviours scale. Instrumentation for measurement of autonomy. Los Angeles, CA: American Nurses Council of Nurse Researchers Meeting, 1991 Proceedings.
- Devine, G., & Turnbull, L. (2002). Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses. Retrieved May 4, 2005 from: www.hc-sc.gc.ca/english/for-you/nursing/cnac/report/appendixC.htm
- Dirks, K., & Ferrin, D. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for organizational research. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611-628.
- Disch, J., Walton, M., & Barnsteiner, J. (2001). The role of the clinical nurse specialist in creating a healthy work environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 345-355.
- Donaldson, N., & Rutledge, D. (1998). Expediting the harvest and transfer of knowledge for practice in nursing: Catalyst for a journal. *The Online Journal of Clinical Innovations* 1(2), 1-25.
- Dreachslin, J. (2002). Communication: Bridging the racial and ethnic divide in health care management. *Health Care Manager*, 20(4), 10-18.
- Drucker, P. (1990). *Managing the non-profit organization. Principles and practices*. New York: Harper Collins Publishers.
- Dubuc, L. (1995). *Job empowerment and commitment in military nursing: An extension study*. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. & Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46-58.
- Dunham, J., & Fisher, E. (1990). Nurse executive profile of excellent nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 15(1), 1-5.
- Dunham-Taylor, J. (1995). Identifying the best in nurse executive leadership, Part 2, interview results. *Journal of Nursing Administration*. 25(7), 24-31.
- Dunleavy, J., Shamian, J., & Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
- Duxbury, L., & Higgins, C. (2003). Work-life conflict in Canada in the new millennium. A status report. Retrieved February 15, 2006 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/work-travail/report2/index.html>
- Duxbury, M., Henly, G., & Armstrong, G. (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 32(2), 83-88.
- Ekvall, G., Arvonen, J., & Waldenstrom-Lindbald, I. (1983). *Creative organizational climate, construction and validation of a measuring instrument*. Stockholm: Fa-institute.
- Emmerling, R., & Goleman, D. (2003). (October). Emotional intelligence issues and common misunderstandings. Retrieved June 8, 2005 from: <http://eqi.org/gole3.htm>
- Englebart, S. (1993). *The relationship of nurse manager behaviours and characteristics to subordinates' perceptions of the work unit climate*. Doctoral dissertation. Virginia Commonwealth University.
- Erickson, J., Hamilton, G., Jones, D., & Ditomassi, M. (2003). The value of collaborative governance/staff empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 96-104.
- Eriksen, L. (1988). Satisfaction with nursing care questionnaire. (Revised). Retrieved June 1, 2005 from: <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/ASP/instruments.asp?Instruments=Satisfaction+with+Nursing+Care+Questionnaire+%28revised%29>
- Erickson, M., Duffy, M., Gibbons, P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M., & Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279-285.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

- Estabrooks, C., Tourangeau, A., Humphrey, C., Hesketh, K., Giovannetti, P., Thomson, D., et al. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 256-68.
- Evans, J. (1992). A preliminary study to develop an instrument to measure head-nurse self-efficacy. Abstract from 5th national conference on Nursing Administration Research.
- Farley, M. Assessing communication in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 19(12), 27-31.
- Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1, 8-11.
- Ferguson-Paré, M. (1998). Nursing leadership and autonomous professional practice of Registered Nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 7-30.
- Ferguson-Paré, M., Mitchell, G., Perkin, K., & Stevenson, L. (2002). Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) background paper on leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 4-8.
- Field, M., & Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Ministers' Meeting on the Future of Health Care (2004). Retrieved between Nov 2004 – June 2005. <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- Fletcher, C. (2001). Hospital RNs' job satisfaction and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-31.
- Foley, R., & Wurmser, TA. (2004). Culture Diversity/A Mobile Workforce Command Creative Leadership, New Partnerships, and Innovative Approaches to Integration. *Nursing Administration Quarterly. Reconstructing Healthcare in a Global Marketplace*. 28(2) 122-128.
- Fox, R., Fox, D., & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*. 29(9), 12-18.
- Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, (4), 78-91.
- Gasper, J. (1992). Transformational Leadership: An integrative review of the literature. Doctoral dissertation, Western Michigan University.
- Gaudine, A., & Beaton, M. (2002). Employed to go against one's values: Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 17-34.
- Gelinas, L., & Manthey, M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration*, 27(10), 35-42.
- George, V., Burke, L., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M., Kocejka, V., et al. (2002). Developing staff nurse shared leadership behaviour in professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 44-59.
- Giber, D., Carter, L., & Goldsmith, M. (2000). *Best practices in leadership development handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gifford, B., Zammuto, R., & Goodman, E. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*, 47(1), 13-25.
- Gil, F., et al. (2005). Change-oriented leadership, satisfaction and performance in work groups: Effects of team climate and group potency. *Journal of Managerial Psychology*. 20(3/4), 312-328.
- Gillert, A., & Chuzischvili, G. (2004) Dealing with Diversity; A Matter of Beliefs. *Industrial and Commercial Training*, 36(40), 166-170.
- Gillespie, NA., & Mann, L. (2004) Transformational leadership and shared values: The building blocks of trust. *Journal of Managerial Psychology*. 19(6), 588-607.
- Gittel, J. (2001). Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: A reassessment of post-bureaucracy theory. *Organization Science*, 12, 468-483.
- Glasgow, RE., Klesges, LM., Dzewaltowski, DA., Bull, SS., & Estabrooks, P. (2004). The future of health behavior change

research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.

Goddard, M., & Laschinger, H. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(2), 40-66.

Gokenbach, V. (2004) The effects of an empowerment model intervention on registered nurse turnover and absenteeism. *Doctoral dissertation*. University of Phoenix

Goldhaber, G., & Rogers, D. (1979). Auditing organizational communication systems: The ICA communication audit. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Goleman, D. (1998). Working with emotional intelligence. New York: Bantam Books.

Goleman, D., Boyatzis, & R., McKee. (2002). Primal leadership: Recognizing the power of emotional intelligence. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Goodman, P. (2001). Missing organizational linkages: Tools for cross-level organizational research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Government of Quebec. (1994). An Act respecting health services and social services. R.S.Q., chapter S-4.2. (Updated to 5 July 1994. Last amendment 17 June, 1994).

Govers, M. (1997). Workplace empowerment and job performance in ambulatory care. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.

Greenberg, L. (1996). Allowing and accepting emotional experience. In: Kavanaugh, R., Zimmerberg, B., Fein, S. (Eds.), *Emotion: Interdisciplinary perspectives*. pp. 315-336. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Griffin, P., El-Jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I., & Shamian, J. (2004). Healthy work environments: Building a conceptual model. Submitted for publication.

Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. In D.L. Gustafson (Ed.), *Care and consequences*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.

Grinspun, D. (2000). The social construction of nursing caring. *Doctoral dissertation proposal*. Toronto, ON: York University.

Gullo, SR., & Gerstle, DS. (2004). Transformational leadership and hospital restructuring: a descriptive study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 11(5) 259-66.

Haines, J. (1993). Leading in a time of change. The challenge for the nursing profession – A discussion paper. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.

Hanna, L. (1999). Lead the way, leader. *Nursing Management*, 30(11), 36-39.

Hansen, M., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing Knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106-116.

Harrison, R. (1992). Diagnosing organizational culture. New York: Pfeiffer.

Harvard Business Review. (2001). *Managing Diversity*. Harvard Business School Press.

Hatcher, S., The relationship between power perceptions of nurse managers and burnout: A test of Kanter's theory of structural power. *Master's thesis*. University of Western Ontario. London, ON.

Hatcher, S., & Laschinger, H. (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), 74-94.

Havens, D., & Vasey, J. (2003). Measuring staff nurse decisional involvement: decisional involvement scale. *Journal of Nursing Administration*. 33(6), 331-336.

Health Canada. Office of Nursing Policy. Retrieved October 6, 2005 from:
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/onp-epsi/index_e.html

Health Canada 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Retrieved May 5, 2005 from:
www.healthservices.gov.bc.ca/bchealth_care/publications/health_accord.pdf

Hechanova-Alampay, R., & Beehr, T. (2001). Empowerment, span of control, and safety performance in work teams after workforce reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 275–282.

Heeley, F. (1998). Leading with integrity: How to balance conflicting values. *Health Progress*, 79(5), 60-62.

Heifetz, R., & Laurie, D. (2001). The work of leadership. *Harvard Business Review*, (2), 106-117.

Heller, F. (2003). Participation and power: A critical assessment. *Applied Psychology: An International Review*. 52, 144-163.

Hemman E. (2000). Leadership profiles of senior nurse executives *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 21-30.

Henderson, A. (2003). Nurses and workplace violence: Nurses' experience of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(4), 82-98.

Herbert, R., & Edgar, L. (2004). Emotional intelligence: A primal dimension of nursing leadership? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 56-63.

Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behaviour: Utilizing human resources*. (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hinshaw, A. (1986). Socialization and resocialization of nurses for professional nursing practice. In: Hein, E.C., Nicholson. M.E. (Eds.), *Contemporary leadership behaviour: Selected readings*, 2nd ed. Boston: MA: Little, Brown.

Hinshaw, A., & Atwood, J. (1983-1985). Anticipated turnover among nursing staff study. Final report pp.292-305). DHHS Division of Nursing Grant No. 1 ROI NU00908, U. S. Department of Health and Human Services, Division of Nursing, Rockville, MD.

Hinshaw, A., & Atwood, J. (1980). Anticipated turnover study: A pilot stage Instrument. (Abstract). *Communicating Nursing Research*, 12, 56-56.

Hood, J., & Smith, H. (1994). Quality of work life in home care: The contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration*, 24(1), 40-47.

Houghton Mifflin Company, (2004). Identity. *The American heritage dictionary of the English language*. 4th ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>

Houghton Mifflin Company, 1995. Identity. *Roget's II: The New Thesaurus*. 3rd ed. Retrieved June 6, 2005 from: Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>

Howard, A. (1997). The empowering leader: Unrealized opportunities. In: *The Balance of Leadership and Followership Working Papers*, Baltimore, MD: Academy of Leadership Press.

Huber, D., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C., Goode, C., & Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 251-272.

Huffman, J. (1995). Staff nurses' perceptions of work empowerment and control over nursing practice in community hospital settings. *Master's thesis*. London, ON: University of Western Ontario.

Hui, C. (1994). Effects of leader empowerment behaviours and follower's personal control, voice and self-efficacy on in-role and extra-role performance. An extension of Conger and Kanungo's empowerment process model. *Doctoral dissertation*, Indiana University, Indiana.

Hurst, J. (1996). Building hospital TQM teams: Effective polarity analysis and maximization. *The Health Care Supervisor*, 15(1), 68-75.

Huy, Q. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47, 31-69.

Ingersoll, G., Fisher, Ross, B., Soja, M., & Kidd, N. (2001). Employee response to major organizational redesign. *Applied Nursing Research*, 14(1), 18-28.

Institute of Medicine of the National Academies, Board on Health Care Services. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academy Press.

Irvine, D., & Evans, M. (1992). *Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta-analysis*. Quality of Nursing Worklife Research Unit Monograph Series. University of Toronto.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.

JCAHO Standards and Reference Crosswalk Contents. Retrieved June 2, 2005 from:
http://www.wramc.army.mil/JCAHO/Division.cfm?d_id=13

Jeans, M., & Rowat, K. (2005). Competencies required of nurse managers: Identifying the skills, personal attributes and knowledge required of nurse managers, and the enablers and barriers for nurse managers to acquire and sustain these competencies. The pulse of renewal: A focus on nursing human resources. May, 2005. Special report. Toronto, ON: *Canadian Journal of Nursing Leadership*.

Johnson, D., & Johnson, R. (1995). Social interdependence, cooperative learning in education. In: B.B. Bunker and J.Z. Rubin (Eds.), *Conflict, cooperation and justice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Jones K. (2005). Leading an empowered organization (LEO): does it work? *British Journal of Community Nursing*.10, 92-6.

Jones, L., Soeken, K., & Guberski, T. (1986). Development of an instrument to measure self-reported leadership behaviours of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 3, 180-185.

Joni, S. (2004). The geography of trust. *Harvard Business Review*, 82, 83-88

Judkins SK. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurse Researcher*. 12, 58-70.

Kanter, R. (1999). The enduring skills of change leaders. *Leader to Leader*, 13(3). Retrieved April 29, 2004 from:
<http://www.pfdf.org/leaderbooks/121summer99/kanter.html>

Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation*. 2nd ed. New York: Basic Books.

Kanter, R (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57(4), 65-75.

Kanungo, R. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341349.

Katz, R. (1982). The effects of group longevity on project communication and performance. *Administrative Science Quarterly*, 27, 81-104.

Katzman, E., (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. *Journal of Professional Nursing*, 5(4), 208-214.

Kemerer, R. (2003). Leadership: What works in the real health care world. *Healthcare Papers*. 4(1), 37-38.

Kilty, H. (2003). *Nursing leadership development in Canada. A descriptive status report and analysis of leadership programs, approaches and strategies: Domains and competencies; knowledge and skills; gaps and opportunities*. Ottawa, ON: *Canadian Nurses Association*.

King, T. (2000). Paradigms of Canadian nurse managers: Lenses for viewing leadership and management. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 15-20.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.

Knox, S., & Irving, J., (1997). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 39-47.

Knox, S., & Irving, J. (1997). Nurse manager perceptions of health care executive behaviours during organizational change.

Journal of Nursing Administration, 27(11), 33-39.

Kofman, R. (1994). Check-in, check-out: A tool for real conversations. *The Systems Thinker*, 5(4), 8-9.

Kouzes, J., & Posner, B. (1995). *The leadership challenge. How to keep getting extraordinary things done in organizations.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kouzes, J., & Posner, B. (1988). *The Leadership Practices Inventory.* San Diego, CA: Pfeiffer.

Kovner, A., Elton, J., & Billings, J. (2000). Transforming health management: An evidence-based approach. *Frontiers of Health Services Management*, 16(4), 3-24.

Kovner, C., & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*. 18(1), 13-24.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*. 18(2), 1-11.

Kramer M., Schmalenberg, C. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51, 13-19.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2002). Staff nurses identify essentials of magnetism. In: McClure, M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses.* Washington, DC: American Nurses Publishing.

Kramer, M., & Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nursing*, 8(34) 44-7.

Krecji, J. (1999). Changing roles in nursing: Perceptions of nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 21-29.

Kroposki, M., Murdaugh, C., Tavakoli, A., & Parsons, M. (1999). Role clarity, organizational commitment and job satisfaction during hospital reengineering. *Nursing Connections*, 12(1), 27-34.

Krugman, M. (1989). An investigation of the relationship between nurse executive socialization and occupational image. *Doctoral dissertation.* University of Denver.

Lageson, C. (2001). First line nurse manager and quality: Relationship between selected role functions and unit outcomes. *Doctoral dissertation.* University of Wisconsin-Milwaukee.

Lageson C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*. 4(19) 336-42

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.

Lambert, V., & Nugent, KE. (1999). Leadership Style for facilitating the Integration of Culturally Appropriate Health Care Seminars for Nurse Managers 7(4) 172-178

Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 354-364.

Laschinger, H. (2004). Scoring of nursing work empowerment scales Retrieved June 2, 2005 from: <http://publish.uwo.ca/~hkl/scoring.html>

Laschinger, H. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.

Laschinger, H., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured health care settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.

Laschinger, H., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing*

Administration, 33(7/8), 410-422.

Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review, 26*(3), 7-23.

Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19*(2), 42-52.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured health care settings: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration, 30*(9), 413-425.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2000). 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., & Havens, D. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration, 27*(6), 42-50.

Laschinger, H., & Havens, D. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration, 26*(9), 27-35.

Laschinger, H., Sabiston, J., & 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*, 341-352.

Laschinger, H., & Shamian, J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job related empowerment and managerial self efficacy. *Journal of Nursing Administration, 24*(10), 38-47.

Laschinger, H., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19*, 209-219.

Laschinger, H., Wong, C., McMahon, C., & Kaufmann, C. (1999). Leader behaviour impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration, 29*(5), 28-39.

Leach, LS. (2005). Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration, 35*, 228-37.

Leana, C., & VanBuren, H. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review, 24*, 538-555.

Leger Marketing. (2003). How Canadians perceive various professions. Retrieved June 8, 2005 from: www.mantru.ca/news/trusted_pros.pdf

Lemire Rodger, G. (2005). Leadership challenges and directions. In: Hibberd, J.M., Smith, D.L. (Eds.), *Nursing leadership and management in Canada, 3rd Ed.* Toronto, ON: Elsevier Canada.

Levasseur, R. (2004). The impact of a transforming leadership style on follower performance and satisfaction: A meta-analysis. *Doctoral dissertation.* Walden University.

Lewicki, R., & Bunker, B. (1996). Developing and maintaining trust in work relationships. In Kramer, R.N., Tyler T.R. (Eds.), *Trust in organizations: Frontiers in theory and research*, pp. 114-139. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lindholm, M., Dejin-Karlsson, P., Östergren, P-O., & Udén, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing, 42*(5), 506-515.

Litwin, G., & Stringer, R. (1968). *Motivation and organizational climate*, 2nd Ed. Boston, MA: Division of Research, Harvard University.

Long, J. (2004). Factors that influence nurse attrition: An analysis of the relationship between supervisor leadership style and subordinate job satisfaction. *Doctoral dissertation.* Capella University.

Lowe, G. (2004). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results.* Prepared for the Health Strategies Bureau, Health

Canada. Graham Lowe Group Inc.

Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. **Keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge.** 17 November 2004, Markham, ON

Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.

Maas, M., & Jacox, A. (1977). *Guidelines for nurse autonomy/patient welfare.* New York: Appleton-Century Crofts.

Macy, B., Peterson, M., & Norton, L. (1989). A test of participation theory in a work redesign field setting: Degree of participation and comparison site contrasts. *Human Relations*, 42, 1095-1165.

Madison, J. (1994). The value of mentoring in nursing leadership: A descriptive study. *Nursing Forum* 29(4), 16-23.

Maehr, J., & Braskamp, L. (1986). *The motivation factor: A theory of personal investment.* Lexington, MA: Lexington Books.

Manojlovich, M. (2005). A leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*. 35(5), 271-278.

Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual.* 3rd Ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslove, L. & Fooks, C. (2004). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses – A progress report on implementing the final report of the Canadian Nursing Advisory Committee. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks Inc.

May, D., Hodges, T., Chan, A., & Avolio, B. (2003). Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260.

Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1998). The Multifactor Emotional Intelligence Scale. Unpublished report available from the authors.

Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In: Salovey, P., Sluyter, D.J. (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications.* pp. 3-31. New York: Basic Books.

Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F., (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.

Mayer, R., & Gavin, M. (1999). Trust for management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss? **Presented in an interactive paper session at Academy of Management annual meeting, Chicago.**

McBurney, M. (1997). The Relationship between first-line nurse managers' perceptions of job-related empowerment and occupational stress in a large acute care teaching hospital. *Master's thesis.* London, ON: University of Western Ontario.

McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (2002). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (The Original Study). In M. McClure M., Hinshaw, A. (Eds.), *Magnet hospitals revisited.* Washington, DC: American Academy of Nurses.

McCutcheon, A. (2004). The relationship between span of control, leadership and performance. *Unpublished doctoral dissertation.* University of Toronto.

McDaniel, C., & Wolf, G. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *Journal of Nursing Administration*. 22(2), 60-65.

McDermott, K., Laschinger, H., & Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management*, 27(5), 44-49.

McDowell, Avril (2004). What strategies will support leaders during rapid change? *Masters thesis.* Royal Roads University.

McGillis Hall, L. (Ed.). (2004). *Quality work environments for nurse and patient safety.* Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.

McGillis Hall, L., McGilton, K., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L., & Brown, M. Enhancing the quality of supportive

- supervisory behaviour in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 181-187.
- McGilton, K. (2003) Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72-86.
- McGilton, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L., & Krejci, J. (2004). Monograph. Toronto, ON: University of Toronto Faculty of Nursing and Toronto Rehabilitation Institute.
- McKay, C. (1995). Staff nurses' job related power and perceptions of managerial transformational leadership. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
- McKey, C. (2002). Leadership practices, organizational commitment, conditions of work effectiveness of chief nursing officers in Ontario's restructured hospitals. Doctoral dissertation. Capella University, Minneapolis, MN.
- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity and organizational commitment: The result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.
- McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration*. 27(9), 47-55.
- Medley, F., & Larochelle, D. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*. 26(9), 64JJ-LL, 64NN.
- Michigan Hospitals. Glossary of Terms. Retrieved October 4, 2004 from: http://www.michiganhospitalprofiles.org/glossary_of_terms.htm
- Mishra, A., & Spreitzer, G. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice and work redesign. *Academy of Management Review*, 23(3), 567-588.
- Mohr, W., & Mahon, M. (1996). Dirty hands: The underside of marketplace health care. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 28-37.
- Mok, E., & Au-Yeung, B. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10(3), 129-137.
- Morrison, R., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*. 27(5), 27-34.
- Moynihan, R. (2004). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis. Millbank Memorial Fund. Retrieved November 22, 2004 from: <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
- Mueller, C., & McCloskey, J. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-117.
- Mullen, B., Symons, C., Hu, L., & Salas, E. (1989). Group size, leadership behaviour and subordinate satisfaction. *Journal of General Psychology*, 116, 155-169.
- National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Research Council [On-line]. Available: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp30.pdf>
- Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (editorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nespoli, G. (1991). Staff nurse perceptions of a positive relationship with an appointed first-time manager who is perceived as a leader. Doctoral dissertation. Adelphi University.
- Nicklin, W. (2001). "Thank you" isn't enough. (2001). *Healthcare Management Forum*, 13(3), 6-9.
- Norrish, B., & Rundall, T. (2001). Hospital restructuring and the work of Registered Nurses. *Millbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: An investment for the 21st century. Toronto, ON: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

- Oberle, K., & Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, 7(5), 425-438.
- O'Brien, L. (1997). The relationship between Registered Nurses' perceptions of job-related empowerment and occupational mental health. A Test of Kanter's theory of organizational behaviour. Master's thesis. London, ON: University of Western Ontario.
- O'May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
- Ontario Public Health Association. (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada: Government of Ontario.
- The Ottawa Hospital Management Work-Group. (2003). The Ottawa Hospital model of nursing clinical practice: Clinical management span of control decision-making indicators. Unpublished work. The Ottawa Hospital, Ottawa, ON.
- Parsons, M., & Stonestreet, J. (2002). Factors that contribute to nurse manager retention. *Nursing Economic\$*, 23(3), 120-126.
- Patrick, A., & White, P. (2005). Scope of nursing leadership. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Peachy, G. (2002). The effect of leader empowering behaviours on staff nurses' workplace empowerment, psychological empowerment, organizational commitment and absenteeism. Doctoral dissertation. McMaster University, Hamilton, Ontario.
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., & Long, L. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Reports*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Peck, M. (1988). Head nurse fit with staff, administration, and situation: Impact on unit performance and staff satisfaction. Doctoral dissertation. University of Utah.
- Pederson, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
- Perra, B. (2000). Leadership: The key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 56-61
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Peters, T., & Waterman, Jr. R. (1982). *In search of excellence*. New York: Harper & Row
- Pielstick, C. (1998). The transforming leader: A meta-ethnographic analysis. *Community College Review*, 26(3), 15-35.
- Pincus, J. (1986). Communication: Key contributor to effectiveness – The research. *Journal of Nursing Administration*, 16(9), 19-25.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R., & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Porter O'Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.
- Posner, B. Kouzes, J., & Schmidt, W. (1985). Shared values make a difference: An empirical test of corporate culture. *Human Resources Management* 24(3), 293-309.
- Price, J., & Mueller, C. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pitman.
- Public Hospitals Act (1990). Regulation 965 (amended). Retrieved May 9, 2005 from: http://192.75.156.68/DBLaws/Regs/English/900965_e.htm
- Ray, M., Turkel, M., & Marino, F. (2002). The transformation process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1-14.
- Recker, D., Bess, C., & Wellens, H. (1996). A decision-making process in shared governance. *Nursing Management*, 27(5), 48A-48D.
- Redmond, G. (1995). "We don't make widgets here" voices of chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 25(2), 63-69.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Nursing leadership and quality care*. Vancouver, BC: Author

- Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). Educational support for competent nursing practice. Retrieved September 24, 2004 from: <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>
- Registered Nurses Association of Ontario (2006). Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence – Draft 7. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario
- Registered Nurses Association of Ontario and the Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario. Toronto, ON: Author.
- Renz, D., & Eddy, W. (1996). Organizations, ethics, and health care: Building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum*, 2,, 29-39.
- Reyna, S. (1992). Leadership styles of nurse managers and how they affect the motivation level of nursing staff. Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin.
- Roberts, K., & O'Reilly, C. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of Applied Psychology*, 59(3), 321-326.
- Robertson, K. (1991). Registered Nurses' perceptions of leadership systems of nurse managers and quality of work life conditions and feelings. Doctoral dissertation. University of Alabama at Birmingham.
- Robinson, C. (2001). Magnet nursing services recognition: Transforming the critical care environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 1-18.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of human values*. New York: Free Press.
- Romanow, R., (2002). Building on values: The future of health care in Canada. Ottawa, ON: Government of Canada.
- Rothmann, S., & Coetzee, S. (2003). Dispositional characteristics, quality of work life and effectiveness of members of self-managing teams. Poster presented at the 11th European Congress of Work and Organizational Psychology, Lisbon, Portugal, 14-17 May 2003.
- Rousseau, D., & Tijorwala, S. (1999). What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in promoting organizational change. *Journal of Applied Psychology*, 84(4), 514-528.
- Rutledge, D., & Donaldson, N. (1995) Building organizational capacity in research utilization. *Journal of Nursing Administration*. 25(10), 12-6.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 174-180.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C., & Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478-85.
- Schutzenhofer, K. (1988). Measuring professional autonomy in nurses. In: Strickland, O.L., Waltz, C.F. (Eds.), *Measurement of nursing outcomes. Measuring nursing performance: Practice, education and research*. New York: Springer.
- Schwirian, P. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-351.
- Scott, J., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Levels of evidence and grades of recommendation in: A guideline developers' handbook. Retrieved May 7, 2005 from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>
- Senge, PM. (1990) *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Random House
- Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors' views of their supervisory styles in clinical supervision: A hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management*, 4(4), 191-199.
- Severinsson E., & Hallberg, I. (1996). Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 151-161.

- Shea, G. (2001). Leading change. In S. Rovin, (Ed.), *Medicine and business: Bridging the gap*. Gaithersburg, MD: Aspen Publications, 33-52.
- Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
- Shirey, M. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economic\$*, 22(6), 313-319.
- Sietsema, M., & Spradley, B. (1987). Ethics and administrative decision-making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4), 28-32.
- Silva, M. (1998). Organizational and administrative ethics in health care: An ethics gap? *Online Journal of Issues in Nursing*, December 31, 1998. Retrieved on February 22, 2005 from: http://www.nursingworld.org/ojin/topic8/topic8_1.htm
- Simms, L., Erbin-Roesemann, M., Darga, A., & Coeling, H. (1990). Breaking the burnout barrier: Resurrecting work excitement in nursing. *Nursing Economic\$*, 8(3), 177-187.
- Simpson, B., Skelton-Green, J., Scott, J., & O'Brien-Pallas, L. (2002). Building capacity in nursing: Creating a leadership institute. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 22-27.
- Six, F. (2004). Trust and trouble: Building interpersonal trust within organizations. Retrieved November 4, 2004 from: <http://hdl.handle.net/1765/1271>
- Skarlicki, D., & Dirks, K. (2002). Leader as a builder of trust. *HR.com* June 28, 2002. Retrieved May 28, 2004 from <http://www.olin.wustl.edu/faculty/dirks/HRcom.pdf>
- Skelton Green, J. (1996). The perceived impact of committee participation on the job satisfaction of staff nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 7-35.
- Skinner C., & Spurgeon P. (2005) Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18, 1-12.
- Sleutel, M. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-58.
- Snow, J. (2001). Looking beyond nursing for clues to effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 440-443
- Snyderman, G. (1988). Leadership styles of head nurses and the job satisfaction of Registered Nurses and aides. *Doctoral dissertation*. Temple University.
- Song, B., Daly, B., Trudy, E., Douglas, S., & Dyer, M. (1997). Nurses job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model. *Research in Nursing and Health*, 20, 443-452.
- Sovie, M., & Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Splane, R., & Splane, V. (1994). Chief nursing officer positions in national ministries of health. Focal points for nursing leadership. San Francisco, CA: University of California School of Nursing.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-65.
- Squires A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 3 (36) 272-8.
- Srivastava, R.. (2005) Presentation: Culturally Competent Leadership Practices: The good, the bad, and the Uncertain. *Canadian Nurses Association, Nursing Leadership Conference, The Changing Face of Nursing Leadership: Diversity, Partnerships, Innovations*. Ottawa, Ontario
- Stamps, P., & Piedmonte, E. (1986). Nurses and work satisfaction: An index for measurement. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press Perspectives*.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. St. Louis: Mosby.

- Stogdill, R. (1963). *Manual for the leader behavior description questionnaire – Form XII*. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research.
- Stone, R., Reinhard, S., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C., Hawes, et al. (2002). Evaluation of the Wellspring model for improving nursing home quality. *The Commonwealth Fund*.5
- Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Brown, H., & Starzomski, R. (2002). Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49(1), 37-43.
- Storr L., (2004). *Leading with integrity: a qualitative research study*. *Journal of Health Organization & Management*, 18, 415-34.
- Strader, M., & Decker, P. (1995). *Role transition to patient care management*. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action*. Philadelphia, PA: Lippincott
- Strebler, P. (1996). Why do employees resist change? *Harvard Business Review*, 74, 86-92.
- Sullivan, J., Bretschneider, J., & McCausland, M. (2003). Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence-driven approach. *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 55-549.
- Suominen, T., Savikko, N., Puukka, P., Doran, D.I., & Leino-Kilpi, H. (2005). Work empowerment as experienced by head nurses. *Journal of Nursing Management*. 13, 147-53.
- Taunton, R., Boyle, D., Woods, C., Hansen, H., & Bott, M. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 19(2), 205-226.
- Taylor, A., Sylvestre, J., & Botschner, J. (1998). Social support is something you do, not something you provide: Implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 25(4). Retrieved March 3, 2005 from: www.lin.ca/resource/html/Vol25/v25n4a2.htm
- Titchen A. (2000). *Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development*. Doctoral dissertation. University of Oxford. Oxford: Ashdale Press.
- Thomson, D. Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). *Nurse Job Satisfaction – Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*. Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa, ON.
- Thompson, J., & Bunderson, J. (2003). Violations of principle: Ideological currency in the psychological contract. *Academy of Management Review*, 28(4), 571-587.
- Tomblin Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Birch, S., Kephart, G., Pennock, M., et al.. (2003). Health human resources planning: An examination of relationships among nursing service utilization, an estimate of population health and overall health status outcomes in the province of Ontario. Executive summary. Retrieved on June 1, 2005 from: www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tomblin_e.pdf
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tourangeau, A., Lemonde, M., Luba, M., Dakers, D., & Alksnis, C. (2003). Evaluation of a leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(3), 91-104.
- Traynor, M., & Wade, B. The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-136.
- Tucker, A., & Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 1-18.
- Tucker Scott, K. (2004). *Nurses of influence: A paradigm of leadership*. Doctoral dissertation. University of Toronto.

Entornos laborales saludables

Guías de buenas prácticas

Udod, S., & Care, W. (2004). Setting the climate for evidence-based nursing practice: What is the leader's role? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 64-75.

United States Agency for Health care Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report /technology assessment. Number 74.* Rockville, MD

University of Texas Repository of Nursing Administration Instruments. <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/>

Upenieks, V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnetic hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.

Upenieks, V. (2002). The interrelationship between and meaning of power and opportunity, nursing leadership, organizational characteristics of magnet Institutions and clinical nurse job satisfaction. *Doctoral dissertation. University of Washington.*

Upenieks, V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership and nursing job satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83-98.

Upenieks, V. (2003). Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 140-152.

Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.

Upenieks, V. (2003). What constitutes effective leadership? *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.

Upenieks, V. (2002). What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 622-632.

Upshur R. (1997). Certainty, probability and abduction: why we should look to C.S. Pierce rather than Godel for a theory of clinical reasoning? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 201-206.

Urwick, L. (1956). The manager's span of control. *Harvard Business Review*, 3, 39-47.

Villarruel, A.M., Peragallo N. (2004). Leadership development of Hispanic nurses. *Nursing Administration Quarterly*. 3(28), 173-80.

Vitello-Cicciu, J. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34(10), 28-32.

Volk, M., & Lucas, M. (1991). Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 10(1), 35-40.

Waite, P., & Richardson, G. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-183.

Wallach, E. (1983). Individuals and organizations: The cultural match. *Training and Development Journal*, 37, 29-36.

Walsh, C., & Clements C. (1995). Attributes of mentors as perceived by orthopaedic nurses. *Orthopaedic Nursing*, 14(3), 49-56.

Walshe, K., & Rundall, T. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Millbank Quarterly*, 79(3), 429-458.

Walston, S., & Kimberly, J. 1997. Reengineering hospitals: Experience and analysis from the field. *Hospital and Health Services Administration*, 42(2), 143-63.

Ward, K. (2002). A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders. *Nursing Outlook*, 50(3), 121-126.

Webster, G., & Baylis, F. (2000). Moral residue. In: Rubin, SR., Zoloth, L. (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine.* Hagerstown, MD: University Publishing Group.

Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1997). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire.* Industrial Relations Center, University of Minnesota, 1967.

Wheatley, M. (2002). *Turning to one another: Simple conversations to restore hope to the future.* San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.

- White, B. (2000). Moral leadership of nurse executives. Doctoral dissertation. University of Northern Colorado.
- Whyte, H. (1995). Staff Nurse Empowerment and Job Satisfaction. Master' thesis. London, ON: University of Western Ontario.
- Wieck, K., Prydun, M., & Walsh, T. (2002). What the emerging workforce wants in its leaders. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 283-288.
- Wilson, B., & Laschinger, H. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 39-47.
- Wolf, M. (1996). Changes in leadership styles. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 27, 245-252.
- Wood-Allen, D. (1998). How nurses become leaders: Perceptions and beliefs about leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 28(9), 15-20.
- Woodham-Smith, C. (1951). *Florence Nightingale, 1820-1910*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-58.
- Zammuto, R., & Krakower, J. (1991). Quantitative and qualitative studies of organizational culture, Volume 5. Greenwich, CT: JAI Press

Anexo A: Glosario de términos

Ámbito o alcance de control: número de personas que informan directamente a un solo gestor, supervisor o líder y se relaciona con el número de personas no con el equivalente al número de puestos a tiempo completo.³⁰⁵

Apoyos sociales: el apoyo social se refiere a las transacciones que ocurren dentro de la red social de una persona que implican el proporcionar apoyo, la simpatía, el aprecio, o por otro lado, el interactuar con la gente de manera que se les presta apoyo emocional.²⁹⁷

Becas clínicas o de práctica avanzada de la RNAO: las becas clínicas o de práctica avanzada de la RNAO (en lo sucesivo ACPF, por sus siglas en inglés) es una experiencia de aprendizaje enfermero encaminada a mejorar las habilidades de enfermería en las siguientes áreas: liderazgo, clínica, y la implantación de la guía de buenas prácticas con el objetivo principal de mejorar los resultados de los cuidados de los pacientes en Ontario. Con el apoyo del patrocinador institucional, la enfermera trabaja con un mentor experimentado o con un equipo en el área de interés deseada. La ACPF está financiada por el Gobierno de Ontario. Para más información, visite www.rnao.org/acpf

Características individuales: rasgos innatos de los individuos que influirán en la evaluación de sí mismos, su entorno y sus capacidades, y por lo tanto en su comportamiento.³⁶¹

Clima institucional u organizativo: influencia social, institucional, o situacional en el comportamiento, que se refleja en el rendimiento general o las directrices, las prácticas y los objetivos; cómo se llevan a cabo las cosas;³⁶⁴ los aspectos percibidos como importantes por los miembros de cada institución.³⁶⁵

Colaboración: Stanhope y Lancaster (2000)³⁵⁴ definen colaboración como "el intercambio mutuo y la cooperación para alcanzar objetivos comunes, de tal manera que todas las personas o grupos son reconocidos y el crecimiento es mayor" (p. 33).

Colaborador: un colaborador es una persona, grupo o institución con un interés personal en las decisiones y acciones de las instituciones, que puede tratar de influir en estas decisiones y acciones.³⁶⁹ Los colaboradores incluyen a todos los individuos o grupos que estarán afectados directa o indirectamente por el cambio. Los colaboradores se pueden clasificar como opositores, partidarios, o neutrales.³⁷⁰

Competencias básicas: las aptitudes críticas, los conocimientos, los atributos y los comportamientos necesarios para lograr prácticas de liderazgo.

Consultado el 6 de octubre de 2005 en: <http://www.mcgill.ca/hr/mcompensation/terms/> y http://www.astd.org/astd/Resources/performance_improvement_community/Glossary.htm

Conocimiento: la práctica de enfermería esta documentada mediante varias formas de saber.³⁶² El conocimiento empírico está basado en la ciencia e incluye hechos, modelos y teorías. El conocimiento estético se relaciona con el "arte" de la enfermería, donde el conocimiento procede de las relaciones empáticas que la enfermera crea con los pacientes. El conocimiento ético surge de las teorías y los principios de la ética. A través de un proceso de valoración, de clarificación de la situación, y de apoyo, la enfermera interpreta una perspectiva ética de los cuidados. El conocimiento personal se ocupa de conocer, encontrar y actualizar lo concreto, el yo individual. Uno no se conoce a sí mismo, uno se esfuerza en conocerse. Este conocimiento es una posición en relación con otro ser humano y confronta al ser humano como persona.³⁶²

Consenso: opinión colectiva alcanzada por un grupo de personas que trabajan juntas bajo condiciones que permiten una comunicación abierta y de apoyo, de manera que todos en el grupo creen que él o ella tiene una oportunidad justa para influir en la decisión y puede apoyar a los demás.

Cultura organizativa: Los valores subyacentes y las creencias en una institución.

Denuncia de irregularidades: proceso por el que un individuo informa sobre una mala conducta en una organización a las personas o entidades que tienen el poder para tomar medidas correctivas. En general, la mala conducta es una violación de la ley, el reglamento, la regulación y / o una amenaza directa para el interés público :- el fraude, la salud, las violaciones de seguridad, y la corrupción son algunos ejemplos.

Consultado el 6 de octubre de 2005. Disponible en: en.wikipedia.org/wiki/Whistleblowing

Directora de enfermería: la enfermera sénior empleada por la institución que depende directamente del administrador y es responsable de la prestación de los servicios de enfermería.²⁶⁹

Ejemplos de comportamientos: modelos de acciones específicas de las personas que demuestran las competencias básicas.

Elemento de referencia ("benchmark"): estándar por el que algo se puede medir, comparar o juzgar. La evaluación comparativa ("benchmarking") supone medir otra organización, persona, producto o servicio con unos estándares específicos y comparar éstos con los propios.³⁵³

Empoderamiento: la capacidad de movilizar los recursos humanos y materiales para hacer las cosas.¹⁶⁴ Es un proceso mediante el cual los colaboradores influyen y comparten el control de las iniciativas de desarrollo, y las decisiones y los recursos que les afectan.

Consultado el 6 de octubre de 2005, disponible en: <http://www.worldbank.org/afr/particip/keycon.htm>

Enfermeras: se refiere a las enfermeras, las enfermeras de la práctica clínica (denominadas Licensed Practical Nurses en Ontario), las enfermeras especialistas en salud mental, las enfermeras de práctica clínica avanzada y las enfermeras especialistas .

Entorno de trabajo saludable: un entorno de trabajo saludable para las enfermeras es un lugar de práctica que maximiza la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad del paciente y los resultados del rendimiento de la institución.

Estrategias: acciones y actividades dirigidas a lograr resultados.

Estudios de correlación: estudios que identifican las relaciones entre las variables. Puede haber tres tipos de resultados: sin relación, correlación positiva, y correlación negativa.

Experiencia de liderazgo: conocimientos, habilidades y capacidad técnica para el liderazgo obtenido a través de la educación formal o la experiencia.

Guías de buenas prácticas para entornos de trabajo saludables: informes desarrollados sistemáticamente basados en la mejor evidencia disponible con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones sobre las estructuras y los procesos adecuados para lograr un ambiente de trabajo saludable.³⁶⁰

Hospital mangético: una etiqueta dada originalmente a los hospitales en los Estados Unidos en la década de 1980 que fueron capaces de contratar y retener a las enfermeras a pesar de su escasez nacional. Ahora el término se refiere a las instalaciones designadas que han sido certificadas por el Centro de Acreditación de Enfermeras de América (American Nurses Credentialing Center) por su excelencia en la práctica de la enfermería. Son reconocidas como instituciones con el mejor promedio de logro de la satisfacción en el trabajo de enfermería y de resultados de los debido a determinadas características de la institución.^{88, 266}

Identidad etnocultural: la conexión e interacción entre el origen étnico, la cultura y la identidad. Se refiere a las características únicas que nos distinguen como personas y nos identifican como pertenecientes a un grupo.³⁵⁸

Identidad profesional: características personales o del comportamiento con las que un individuo se reconoce como miembro de un grupo.³⁶⁷ La medida en que el individuo se atribuye los valores y las creencias de la profesión.³⁶⁸

Incertidumbre ética: implica situaciones en las que las enfermeras no pueden cumplir con sus obligaciones y compromisos éticos, o fracasan al perseguir lo que ellas creen que es el camino correcto de actuación, o no están a la altura de sus propias expectativas de la práctica ética.³⁵⁷

Integridad: la percepción de que el fiduciario se adhiere a un conjunto de principios que el fideicomitente encuentra aceptables⁹⁵ o hace lo que dijo que haría.¹²²

Inteligencia emocional: la capacidad para percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la capacidad de acceder y / o generar sentimientos cuando facilitan el pensamiento; la capacidad de comprender las emociones y el crecimiento emocional³⁵⁵ y se cree que contribuye al éxito en el lugar de trabajo.³⁵⁶

Investigación apreciativa (IA): Es una perspectiva de investigación que pretende descubrir, comprender y fomentar las innovaciones en los acuerdos y procesos sociales y organizativos. Se trata de buscar lo mejor de las personas, de sus instituciones, y de su entorno. El objetivo de la IA es fortalecer la capacidad del sistema para maximizar el potencial positivo, centrándose en lo que funciona y lo que es positivo en las personas y en la institución.³⁵²

Investigación cualitativa: métodos de recogida y análisis de datos que no son cuantitativos. La investigación cualitativa utiliza una serie de metodologías para obtener datos de la observación o de las entrevistas a los participantes a fin de comprender sus puntos de vista, su visión del mundo o sus experiencias.

Justicia o equidad: la capacidad de hacer juicios libres de discriminación o de falsedad.³⁵⁹

Liderazgo: es un proceso relacional en el que un individuo trata de influenciar a otros hacia un objetivo mutuamente deseable.

Liderazgo en enfermería: liderazgo que se basa o se sitúa en la enfermería.³⁸

Liderazgo transformacional: enfoque de liderazgo en el que los individuos y sus líderes participan en un proceso de cambio que amplía y motiva a ambas partes para lograr mayores niveles de progreso, transformando así el ambiente de trabajo.⁸⁵ El liderazgo transformacional se produce cuando el líder toma una posición visionaria e inspira a que la gente le siga.

Consultado el 6 de octubre de 2005. Disponible en:

http://changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformational_leadership.htm

Mejora continuada de la calidad: enfoque de gestión para mejorar y mantener la calidad que enfatiza la evaluación impulsada internamente y relativamente continuada de las posibles causas de los defectos de la calidad, seguida de medidas destinadas a abordar las deficiencias identificadas para la mejora de la calidad. El rendimiento se mide generalmente en comparación con la empresa líder en el sector o los estándares de la industria y se aplica esta información para mejorar las operaciones del programa.

Consultado el 6 de octubre de 2005, disponible en: <http://www.qaproject.org/methods/resglossary.html>

Consultado el 6 de octubre de 2005, en: <http://www.doe.k12.ga.us/schools/nutrition/qmgloss.asp>

Metaanálisis: el uso de métodos estadísticos para resumir los resultados de varios estudios independientes, por consiguiente, proporciona estimaciones más precisas de los efectos de una intervención o de fenómenos de la atención sanitaria que los derivados de los estudios individuales incluidos en una revisión.³⁶³

Paciente: se refiere al destinatario(s) de los servicios de enfermería. Esto incluye los individuos, (miembro de la familia, tutor, cuidador) las familias, los grupos, las poblaciones o comunidades enteras. En educación, el cliente puede ser un estudiante; en la administración, el cliente puede ser el personal; y en la investigación el cliente es un participante del estudio.^{134,366}

Planificación de la sucesión: Proceso que va más allá de la planificación del reemplazo de "lo irreplicable" para iniciar un proceso de identificación y cuidado de un grupo de posibles candidatos para puestos de liderazgo.¹⁹⁶

Prácticas de liderazgo: en esta guía son una forma característica de ser, o un conjunto de comportamientos relacionados, que distinguen a una enfermera líder de éxito.

Práctica reflexiva: proceso continuo que la enfermera utiliza con el fin de examinar su propia práctica de enfermería, evaluar las fortalezas, e identificar las formas de mejorar sus prácticas de forma constante para cumplir con las necesidades del cliente. Las preguntas útiles en la elaboración del proceso de reflexión son: "¿Qué he aprendido?" "¿Qué ha sido lo más útil?" "¿Qué más necesito?" "¿Qué prácticas puedo compartir con los demás?".

Recomendaciones para el sistema: declaraciones de las condiciones necesarias para permitir la aplicación de la guía de buenas prácticas con éxito en todo el sistema. Las condiciones para el éxito están asociadas con el desarrollo de directrices en una investigación más amplia, en el ámbito del gobierno y del sistema.

Recomendaciones para la formación: declaraciones de los requisitos formativos y de los enfoques educativos y estratégicos para la introducción, la aplicación y el mantenimiento de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización: declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de la práctica permitan la aplicación con éxito de la guía de buenas prácticas. Las condiciones para el éxito son en gran medida responsabilidad de la institución.

Recomendaciones para la práctica: Las declaraciones de buenas prácticas dirigidas a la práctica de los profesionales de la salud que están perfectamente basadas en la evidencia.

Revisión sistemática: aplicación de un enfoque científico riguroso para la preparación de un artículo de revisión.³⁷¹ Las revisiones sistemáticas establecen dónde son consistentes los efectos de la atención sanitaria, y dónde pueden aplicarse los resultados de la investigación en la población, el escenario y las diferencias en el tratamiento y dónde pueden variar los efectos significativamente. El uso de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita los sesgos (errores sistemáticos) y reduce la posibilidad de efectos del azar, proporcionando resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones.³⁶³

Sistemas de apoyo a la decisiones: tecnología informática utilizada en la atención sanitaria que permite a los proveedores recopilar y analizar los datos. Las actividades de apoyo incluyen la preparación de casos, la elaboración de presupuestos, la contabilidad de costes, los protocolos y las vías clínicas, los resultados y el análisis actuarial.

Consultado el 6 de octubre de 2005, disponible en: <http://www.plexisweb.com/glossary/words/d.html>

Teletrabajo: a menudo se refiere al trabajo a distancia. Se produce cuando los trabajadores reducen su desplazamiento al trabajo mediante la realización de toda, o parte, de su labor fuera de su lugar normal de trabajo.

Consultado el 6 de octubre de 2005. Disponible en: <http://www.ivc.ca/definition.htm>

Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía

En octubre de 2003 la Asociación profesional de enfermeras de Ontario convocó a un equipo de enfermeras con experiencia en la práctica, la investigación, la política, la educación y la administración que representaban una variedad de especialidades, funciones y entornos de la práctica de enfermería.

El equipo llevó a cabo los siguientes pasos en el desarrollo de la guía de buenas prácticas:

- El ámbito de aplicación de la guía fue identificado y definido a través de un proceso de discusión y de consenso.
- Se enviaron al Instituto Joanna Briggs los términos relevantes de la búsqueda para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo de enfermería en todas las funciones con el objetivo de llevar a cabo una amplia revisión bibliográfica.
- Se completó una búsqueda en Internet de las guías publicadas relacionadas con el liderazgo en enfermería, obteniendo pocos resultados. Los materiales encontrados no fueron específicamente sobre el área temática y / o no contenían una descripción adecuada de la evidencia para que se prestara a evaluación. Se acordó por lo tanto su uso como recursos materiales solamente.
- Se desarrolló un modelo conceptual basado en la evidencia para organizar los conceptos y el contenido de la guía. El modelo fue sometido a un proceso iterativo mientras el equipo trabajaba con la revisión de la bibliográfica.
- Se desarrolló un protocolo que incluía varias preguntas orientadas para guiar al Instituto Joanna Briggs en la realización de una revisión sistemática de la literatura (véase el Anexo C sobre el proceso seguido y los resultados).
- Se obtuvo bibliografía adicional por parte de los miembros del equipo.
- A través de un proceso de discusión y consenso se desarrollaron las recomendaciones para la práctica, la formación y para las instituciones y la política.
- Se presentó un borrador de la guía a los colaboradores externos para su revisión y para sus comentarios. Los colaboradores representaron a una serie de instituciones e individuos procedentes de diversos funciones y entornos de la práctica con interés y experiencia en liderazgo. A los colaboradores externos se le proporcionaron preguntas específicas para hacer comentarios, así como la oportunidad de dar una opinión amplia y unas impresiones generales.
- Se realizaron las revisiones para el borrador de la guía en base a los comentarios de los colaboradores.
- La guía final fue presentada para su publicación.

Anexo C: Proceso para la revisión sistemática de la literatura realizada por el Instituto Joanna Briggs sobre el Desarrollo y mantenimiento de la enfermería

- 1. Revisión bibliográfica extensa utilizando las palabras clave generales asociadas al tema del liderazgo en:**
 - CINAHL
 - Medline
 - Embase
 - PsychInfo
- 2. Desarrollo de un protocolo para dirigir una revisión que responda a:**
 - ¿Qué atributos de liderazgo fomentan el liderazgo y dan lugar a un ambiente de trabajo saludable en la atención sanitaria?
 - ¿Qué impacto o influencia tiene el ambiente de trabajo en el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería para producir resultados positivos en el entorno de la atención sanitaria, es decir, ¿cuáles son las estructuras y los procesos que apoyan y contribuyen al desarrollo y mantenimiento del liderazgo efectivo en enfermería? (Estructuras y procesos referidos, pero no limitados a la cultura organizativa y el valor de la enfermería, los apoyos financieros y de recursos humanos a las líderes, el ámbito de control, la presencia o ausencia de las enfermeras líderes sénior, y la comunicación y cobertura de las estructuras).
- 3. Los términos de la búsqueda identificados que se incluyeron fueron:**
 - autonomía y liderazgo
 - liderazgo clínico
 - continuidad y puesto de liderazgo
 - inteligencia emocional
 - empoderamiento
 - entorno
 - liderazgo
 - desarrollo del liderazgo
 - liderazgo y entorno de práctica
 - estilos de liderazgo
 - liderazgo y entorno de práctica
 - estilos de liderazgo
 - rasgos del liderazgo
 - gestión

- apoyos a la gestión
 - cambio organizativo
 - cultura institucional
 - estructuras organizativas y liderazgo
 - resultados del paciente y liderazgo
 - satisfacción del paciente y liderazgo
 - poder y liderazgo
 - ámbito o alcance de control
 - confianza, compromiso y liderazgo
 - satisfacción en el trabajo y liderazgo
 - lugar de trabajo
4. **La estrategia de búsqueda trató de encontrar estudios publicados y no publicados y artículos limitados al idioma inglés. Se llevó a cabo una búsqueda inicial limitada a CINAHL y MEDLINE, seguida de un análisis de las palabras contenidas en el título, el resumen y los términos del índice utilizados para describir el artículo. A continuación en una segunda etapa, se llevó a cabo una búsqueda con todas las palabras clave y del índice identificadas utilizando los términos de búsqueda enumerados anteriormente.**

En la segunda etapa las bases de datos de la búsqueda fueron:

- ABI Inform Global (hasta diciembre de 2003)
- CINAHL (1982 hasta diciembre de 2003)
- Cochrane (hasta diciembre de 2003)
- Contenidos actuales de las bibliotecas (hasta diciembre de 2003)
- Econ lit (hasta diciembre de 2003)
- Embase (hasta diciembre de 2003)
- ERIC (hasta diciembre de 2003)
- MEDLINE (desde 1966 hasta diciembre de 2003)
- PsychINFO (hasta diciembre de 2003)
- Social Sciences Abstracts (hasta Diciembre de 2003)

La búsqueda de estudios no publicados incluyó:

- Dissertation Abstracts International (hasta diciembre de 2003)
5. **Los estudios identificados en la búsqueda de las bases de datos fueron evaluados según la pertinencia de la revisión basándose en la información del título y del resumen. Todos los artículos que parecían cumplir los criterios de inclusión fueron recuperados y de nuevo evaluados según la relevancia respecto al objetivo de la revisión.**
6. **Los estudios identificados que cumplieron los criterios de inclusión fueron agrupados según el tipo de estudio (por ejemplo, experimental, descriptivo, etc).**
7. **Los artículos fueron evaluados por dos revisores independientes en busca de la calidad metodológica antes de su inclusión en la revisión utilizando un instrumento adecuado para la evaluación crítica extraído del paquete SUMARI, (System for the Unified Management, Assessment and Review of Information) un**

software especialmente diseñado para gestionar, evaluar, analizar y sintetizar los datos .

Los desacuerdos entre los revisores se resolvieron mediante la discusión y, llegado el caso, con la participación de un tercer revisor.

Resultados de la revisión

Se incluyeron en la revisión un total de 48 artículos de naturaleza experimental, cualitativa y textual. La mayoría de los trabajos fueron descriptivos y examinaban las relaciones entre los estilos de liderazgo y las características y los resultados específicos, como la satisfacción. El metaanálisis de los resultados no fue posible debido a la naturaleza diversa de estos documentos. Se obtuvieron ocho síntesis con las palabras clave relacionadas con la colaboración, la educación, la inteligencia emocional, el clima organizativo⁶, el desarrollo profesional, las conductas positivas y de calidad, y la necesidad de un entorno de apoyo.⁵²



Anexo D: Medidas de los conceptos relacionados con el modelo de prácticas de liderazgo para entornos de trabajo saludables

Medidas del liderazgo en enfermería

En una publicación reciente que incorporó el trabajo sobre la medición del liderazgo, Patrick y White⁵⁰ optaron por incluir sólo los instrumentos para medir las conductas de liderazgo que se habían utilizado en la investigación en enfermería. Esta decisión se basó en el trabajo de Leatt y Porter²⁹⁸ que afirmaron que la atención sanitaria tiene cualidades únicas que producen entornos diferentes a otras industrias. Asimismo, advirtieron que se encontraban con pocos instrumentos en los que se haya probado la fiabilidad y la validez y que la mayoría de los instrumentos estaban centrados en las percepciones del liderazgo frente al rendimiento o a los resultados.

Huber et al.³⁷² llevaron a cabo un análisis comparativo de las herramientas de administración en enfermería, que incluían instrumentos para medir el liderazgo. Desarrollaron definiciones estandarizadas de los conceptos e identificaron medidas fiables y fáciles de aplicar sobre la autonomía, el conflicto, la satisfacción laboral, el liderazgo y el clima institucional, a través de un método de consenso del grupo focal de expertos. Todos los miembros del equipo tenían experiencia en la investigación y en los temas.

Las herramientas incluidas en esta guía han sido extraídas de Huber,³⁷³ Patrick y White,⁵⁰ del Repositorio de instrumentos de administración en enfermería de la Universidad de Texas³⁷² (www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/) y fueron seleccionados en base a su utilización en estudios de enfermería y tenían una fiabilidad y validez aceptable. Las herramientas se han presentado de acuerdo a los elementos y *componentes clave del Modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo*.

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTOR
Prácticas de liderazgo		
Evaluación del liderazgo		
Eficacia auto percibida	Head Nurse Self-Efficacy Scale	Evans ³⁷⁴
Comportamientos de liderazgo	Cuestionario de descripción de la conducta del Líder	Stogdill ³⁷⁵
Estilo de liderazgo	LEAD	Hersey & Blanchard ³⁷⁶
Conductas y acciones de liderazgo	Leadership Practices Inventory – Self, Observer	Kouzes & Posner ³⁷⁷
Conductas o estilos de liderazgo	Cuestionario multifactorial de liderazgo MLQ	Bass & Avolio ²⁵²
Conductas o estilos de liderazgo	Cuestionario multifactorial de liderazgo MLQ–	Bass ³⁷⁸
Conducta auto percibida	Forma5X corta	Jones et al. ³⁷⁹
Conductas de apoyo en la atención socio sanitaria	Nurse Practitioner Leadership Questionnaire Estilos de apoyo al liderazgo :Charge Nurse Support	McGilton et al. ³⁸⁰
Rendimiento del liderazgo del personal de enfermería	Scale y Unit Manager Support Scale Six Dimension (6-D) Scale of Nursing Performance	Schwirian ³⁸¹

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTOR
Comunicación		
Percepción de las enfermeras sobre la comunicación	Communication Assessment Questionnaire	Farley ³⁸²
Satisfacción de las enfermeras con la comunicación	Communication Satisfaction Questionnaire	Pincus ³⁸³
Comunicación percibida y estado ideal de la comunicación	ICA Communication Audit	Goldhaber & Rogers ³⁸⁴
Factores de la comunicación	Organization Communication Scale	Roberts & O'Reilly ³⁸⁵
Justicia distributiva y equidad :grado en que los individuos perciben las recompensas	Distributive Justice Index	Price & Mueller ³⁸⁶
Confianza		
Confianza en los compañeros y de los gestores	Interpersonal Trust at Work Scale	Cook & Wall ³⁸⁷
Empoderamiento		
Percepción de las enfermeras sobre el empoderamiento en el lugar de trabajo	Conditions for Work Effectiveness Questionnaire I	Chandler ³⁸⁸
Percepción de las enfermeras del empoderamiento en el lugar de trabajo	Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II	Laschinger ^{174,389}
Percepción de las enfermeras del poder en el ambiente de trabajo	Job Activities Scale	Laschinger ^{389,390}
Percepción de las enfermeras de las conductas de empoderamiento de la líder	Leader Empowering Behaviour Scale	Hui ¹⁸⁵
Percepción de las enfermeras del poder informal en el entorno laboral	Organizational Relationships Scale	Laschinger ^{389,390}
Percepción de las enfermeras del poder	Job Activities Scale	Laschinger ³⁸⁹
Autonomía en enfermería		
El trabajo significativo, la competencia, la autonomía y el impacto	Psychological Empowerment Scale	Spreitzer ³⁹¹
Actitudes y comportamientos de las estudiantes	Autonomy: the Care Perspective Instrument	Boughn ³⁹²
Percepción de las enfermeras de la autonomía / autoridad actual e ideal	Authority in Nursing Roles Inventory	Katzman ³⁹³
Percepción de las enfermeras de la autonomía	Clinical Autonomy Ranked Category Scale	Kramer & Schmalenberg ³⁹⁴
Autonomía profesional	Dempster Practice Behaviour Scale	Dempster ³⁹⁵
Autonomía profesional	Nursing Activity Scale	Schutzenhofer ³⁹⁶
Percepción de las enfermeras de la autonomía / autoridad	Nursing Authority and Autonomy Scale	Blanchfield & Biordi ³⁹⁷
Participación en la decisión	Decisional Involvement Scale	Havens & Vasey ³⁹⁸
Significado de la autonomía profesional	Maas and Jacox Semantic Differential	Maas & Jacox ³⁹⁹
Significado de la autonomía profesional	Maas and Jacox Concept Interview	Maas & Jacox ³⁹⁹
Autonomía en las actividades en el cuidado o en la unidad	Staff Nurse Autonomy Questionnaire	Blegen et al. ⁴⁰⁰
Control sobre la práctica	Nursing Work Index – R	Aiken & Patrician ²⁷²
Optimización de los valores en competencia y de las prioridades		
Incertidumbre moral	Moral Distress Scale	Corley et al. ²⁴³
Toma de decisiones / asunción de riesgos	Patient/client Care Administration Ethics Survey	Sietsema & Spradley ⁴⁰¹

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTOR
Apoyos institucionales		
Clima y cultura institucional		
Tipo de clima, (por ejemplo, asunción de riesgos, retos)	Creative Climate Questionnaire	Ekvall et al. ⁴⁰² Harrison ⁴⁰³
Valores institucionales y personales	Harrison's Organizational Ideology Questionnaire	Litwin & Stringer ⁴⁰⁴
Clima institucional (por ejemplo, recompensas, riesgos, apoyos)	Litwin and Stringer Organizational Climate Questionnaire	Mok & Au-Yeung ⁴⁰⁵
Clima institucional (por ejemplo, apoyo, innovación)	Modified Litwin and Stringer Organizational Climate Questionnaire	Duxbury et al. ⁴⁰⁶
Clima institucional	Nurse Organizational Climate Description Questionnaire	
Cultura organizativa / satisfacción laboral	Nursing Assessment Survey	Maehr & Braskamp ⁴⁰⁷
Cultura / estilo organizativo	Competing Values Framework Survey	Zammuto & Krakower ⁴⁰⁸
Unidad de cultura profesional	Nursing Unit Cultural Assessment Tool 3	Coeling & Simms ⁴⁰⁹
Burocracia, innovación y apoyo	Organizational Climate Inventory	Wallach ⁴¹⁰
Cultura de la organización/ideología	Organizational Culture Inventory	Cooke & Lafferty ⁴¹¹
Percepción de las enfermeras de las características del trabajo / ambiente de trabajo	Work Characteristics/Excitement Instrument	Simms et al. ⁴¹²
Entorno de práctica profesional		
	Nursing Work Index®	Aiken & Patrician ²⁷²
	Practice Environment Scale of NWI	Lake ⁴¹³
	Professional Practice Environment Scale	Erickson et al. ⁴¹⁴
	Canadian Practice Environment Index	Estabrooks et al. ⁴¹⁵
	Perceived Nursing Work Environment	Choi et al. ⁴¹⁶
Ámbito o alcance de control		
	The Ottawa Hospital Model of Nursing Clinical Practice Clinical Management Span of Control Decision-Making Indicators	The Ottawa Hospital ⁴¹⁷

CONCEPTO	INSTRUMENTO	AUTOR
Recursos personales		
Inteligencia emocional		
Instrumento de feedback de 360 grados	Inventario de capacidades emocionales	Goleman ³²⁶
Auto informe de evaluación de las cualidades personales	Inventario de Cociente Emocional Bar-On	Bar-On ⁴¹⁸
Prueba de capacidad de la IE	Multifactor Emotional Intelligence Scale	Mayer et al. ⁴¹⁹
Resultados		
el síndrome de burnout		
	Maslach Burnout Inventory	Maslach & Jackson ⁴²⁰
Satisfacción laboral		
	The Daphne Heald Research Unit Measure of Job Satisfaction	Traynor & Wade ⁴²¹
	Índice de satisfacción en el trabajo	Stamps & Piedmonte ⁴²²
	McCloskey/Mueller Satisfaction Scare	Mueller & McCloskey ⁴²³
	Cuestionario de satisfacción laboral de Minnesota	Weiss et al. ⁴²⁴
	Nurse Job Satisfaction Scale	Hinshaw & Atwood ⁴²⁵
	Work Satisfaction Scale	Hinshaw & Atwood ⁴²⁵
Motivación/Participación en el trabajo		
	Motivation Tool – Kanungo	Kanungo ⁴²⁶
Compromiso con la organización		
	Organizational Commitment Questionnaire	Porter et al. ⁴²⁷
Rotación de turnos		
	Anticipated Turnover Scale	Hinshaw & Atwood ⁴²⁸
Satisfacción del paciente		
	Satisfaction with Nursing Care Questionnaire	Eriksen ⁴²⁹

JUNIO 2006

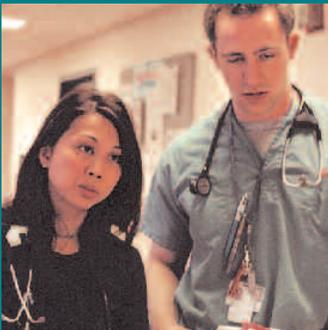
 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM

Entornos laborales saludables
Guías de buenas prácticas

Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería

*Hecho posible gracias a la financiación del
Ontario Ministry of Health and Long Term Care*

*Desarrollado en colaboración con Health Canada,
Office of Nursing Policy*



ISBN
0-920166-75-X