

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO**

**ESTUDIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL:  
CREENCIAS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS CLINICAS  
DEL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA RESPECTO DE SU INSTITUCION**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA**

**PARA OPTAR AL TITULO DE  
PSICOLOGO**

**Y AL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**POR  
MARCELA ALEJANDRA BRIEBA CERDA**

**PROFESOR PATROCINANTE  
VIVIANA RODRIGUEZ DIAZ**

**VALPARAISO, CHILE  
ABRIL DE 2004**

N. Ranc 53104 Rep. 1128 c.1

# TABLA DE CONTENIDOS

<b>TABLA DE CONTENIDOS.....</b>	<b>ii</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vi</b>
<b>Cap.</b>	<b>Pág.</b>
<b>1 INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
1.1 FUNDAMENTACION.....	5
Aproximación al Problema.....	6
Justificación.....	8
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
<b>2 MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
2.1 INTRODUCCION.....	11
2.2 DEFINICION DE CULTURA ORGANIZACIONAL.....	13
Comunicación y Cultura Organizacional.....	16
2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL Y SISTEMA GALILEO.....	19
Métodos de Estudio de la Cultura Organizacional.....	19
Fundamentos del Sistema Galileo.....	22
Procesos Cognitivos.....	24
Procesos Cognitivos y Redes de Comunicación.....	27
Medición de los Procesos Cognitivos.....	29
Descripción del Sistema Galileo.....	32
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	34
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	34
3.3 POBLACION.....	34
3.4 MUESTRA.....	36
Tipo de Muestra.....	36
Tamaño de la Muestra.....	36
Procedimiento de Selección.....	37
3.5 AMBIENTE.....	37
3.6 DEFINICION DE VARIABLES.....	38
Variable en Estudio.....	38

Sub-variables en Estudio.....	38
3.7 DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
Primera Etapa: Entrevistas en Profundidad.....	39
Segunda Etapa: Elaboración del Cuestionario.....	42
Tercera Etapa: Cuestionario de Pares Comparados.....	44
Cuarta Etapa: Tabulación y Procesamiento de los Datos.....	47
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
4.1 ACTITUDES.....	51
Las Enfermeras Nuevas.....	51
Las Enfermeras Antiguas.....	53
4.2 CREENCIAS.....	55
Las Enfermeras Nuevas.....	55
Las Enfermeras Antiguas.....	58
<b>5 ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
5.1 ACTITUDES.....	61
Las Enfermeras Nuevas.....	61
Las Enfermeras Antiguas.....	63
Análisis Comparativo acerca de las Actitudes de Ambos Grupos.....	65
5.2 CREENCIAS.....	68
Las Enfermeras Nuevas.....	68
Las Enfermeras Antiguas.....	73
Análisis Comparativo acerca de las Creencias de Ambos Grupos.....	77
<b>6 CONCLUSIONES.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>94</b>
<b>APENDICES.....</b>	<b>101</b>
APENDICE A: Lista de Palabras Analizadas .....	102
APENDICE B: Análisis de las Palabras con Mayor frecuencia.....	104
APENDICE C: Cuestionario de Pares Comparados.....	109
APENDICE D: Material Informativo para las Enfermeras.....	119

## LISTA DE FIGURAS

N°		Pág.
1	Esquema de la relación entre Cultura, comunicación e interacción social.....	17
2	Esquema de los Procesos Cognitivos y su interrelación con la comunicación...	25
3	Distribución porcentual de población de Enfermeras por Servicio Clínico.....	36
4	Distribución porcentual de la muestra entrevistada por Servicio Clínico.....	41
5	Distribución porcentual de la muestra entrevistada en relación a la población..	41
6	Porcentaje de encuestados por Servicio Clínico.....	46
7	Distribución porcentual de encuestados en relación a la población.....	46
8	Distribución porcentual de la muestra encuestada por antigüedad.....	47
9	Vista 2 dimensiones del mapa Galileo. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.....	52
10	Vista 2 dimensiones del mapa Galileo. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.....	54
11	Vista 2 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.....	57
12	Vista 3 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.....	57
13	Vista 2 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.....	60
14	Vista 3 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.....	60

## LISTA DE TABLAS

Nº		Pág.
1	Distribución de la población de Enfermeras por Servicio Clínico.....	35
2	Distribución de la muestra de entrevistados por Servicio Clínico.....	40
3	Distribución de la población de Enfermeras encuestadas por Servicio Clínico..	45
4	Distancias medias entre <i>Yo/ mi</i> y todas las otras etiquetas, asignadas por las Enfermeras Nuevas.....	51
5	Distancias medias entre <i>Yo/ mi</i> y todas las otras etiquetas, asignadas por las Enfermeras Antiguas.....	53
6	Distancias entre las etiquetas, asignadas por las Enfermeras nuevas.....	56
7	Distancias entre las etiquetas, asignadas por las Enfermeras antiguas.....	59

## RESUMEN

El actual Sistema de Salud chileno, manifiesta notorias deficiencias en asuntos tales como la administración de los recursos humanos y sus condiciones laborales; por tanto, ampliar la investigación en este campo permite aportar a su mejoramiento y modernización, con fundamentos basados en la validación empírica. Esta tesis, se constituye como un estudio diagnóstico que pretende conocer la Cultura Organizacional del estamento de Enfermería Clínica de un Hospital público de la sexta región del país, mediante la representación colectiva, que sustenta dicho grupo, acerca de las principales características que definen a su Institución. La investigación se enmarca en la teoría y metodología propuesta por Woelfel J. y colaboradores, conocida como Sistema Galileo, que emplea técnicas mixtas en las distintas fases de su ejecución; ella se compone por entrevistas en profundidad, elaboración y aplicación de cuestionarios, tabulación y procesamiento de los datos. Los resultados son expuestos mediante tablas y mapas galileo, indicando las creencias y actitudes que poseen las Enfermeras Clínicas sobre los atributos organizacionales más relevantes. Finalmente, se realizan comentarios en torno a la metodología y desarrollo del estudio.

## 1. INTRODUCCION

El concepto de Cultura se constituye como un tema central de estudio para las Ciencias Sociales, que se origina y fundamenta en la concepción antropológica (Fischer, 1992; Kotter y Heskett, 1995; Córdova, Font, Guñido, Hernández y Sánchez, 1998). Numerosas investigaciones de esta disciplina, entregan un amplio cuerpo de literatura que aportan particulares y sucesivas ilustraciones sobre este fenómeno, incluso algunos de estos trabajos se relacionan directamente con las costumbres y tradiciones de las organizaciones de trabajo (Chapple, 1941, 1943; Dalton, 1959; Messenger, 1978; Roy, 1952, 1954, 1960; Whyte, 1948, 1951, 1961; en Hatch, 1993).

Paralelamente, en la década de los 50, el término Cultura, adoptado de la Antropología, se introduce a la teoría de gestión por la Escuela de Relaciones Humanas, donde el sociólogo Elliot Jacques aplica, por primera vez, el concepto al estudio de las organizaciones laborales (Hatch, 1993; Córdova, et al., 1998).

El concepto de Cultura Organizacional comienza a ser ampliamente identificado como tal y adquiere una súbita relevancia en los años 80 (Robbins, 1996; Morgan, 1998; De Souza, 1998; Martínez, 1998) cuando, desde el campo de la administración, se le da una mirada de utilidad técnica, vinculándolo al funcionamiento y eficacia organizacional (Córdova et al., 1998).

Gran parte de los estudios realizados durante el auge, son motivados por la creencia que la Cultura crea impactos positivos en la Organización, en el sentido de producir y optimizar los resultados. Sin embargo, ella también puede ser estudiada como una “metáfora fundamental” (Smircich, 1983), es decir, como una particular perspectiva para comprender y analizar los variados fenómenos de la vida organizacional (Dávila y Martínez, 1999; Alvesson, 2002).

La presente investigación, se adhiere a esta última perspectiva para estudiar la Cultura Organizacional del personal de Enfermería Clínica de un Hospital público de la VI región del país. Para ello, el trabajo se enmarca en la teoría y metodología propuesta, principalmente, por Woelfel (1974, 1977, 1980) y sus colaboradores, conocida como “Sistema Galileo”.

Este último, se constituye como una completa herramienta de investigación (Gillham y Woelfel, 1977; Woelfel y Fink, 1980), que permite la observación y la medición de procesos sociales mediante el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas. Esencialmente, consiste en un conjunto de programas computacionales diseñados para la medición de creencias, actitudes y patrones cognitivos que pueden ser observados en un orden espacial (Canan y Hennessy, 1989; Demicheli, 2002).

Esta metodología se ha consolidado como un instrumento de gran precisión y aplicabilidad para una multitud de fenómenos sociales, incluyendo los Culturales (Gillham y Woelfel, 1977; Woelfel, 1977, 1980; Woelfel, Newton, Holmes, Kincaid, y Lee, 1986). En el ámbito nacional, ha sido utilizada en varias instituciones, tales como la Universidad de Valparaíso (Demicheli, 2000a; Rodríguez, 2004) y el Hospital Doctor Gustavo Fricke (Ghio y Olave, 2001), entre otras.

En cuanto a la teoría, el Sistema Galileo se enmarca en un enfoque básicamente cognitivo (Demicheli, 2002), que concibe a la Cultura como un conjunto de esquemas mentales, utilizados por los individuos, para organizar sus experiencias concretas en un mundo conceptual o fenomenológico (Tyler, 1969; en Córdova et al., 1998; Abravanel, 1992).

Estos mapas o representaciones mentales, tanto individuales como colectivas, pueden ser simbolizados como un continuo témporo-espacial y multidimensional, llamado espacio Galileo, en el cual los objetos (conceptos o atributos Culturales) son ordenados de tal manera, que las diferencias en significado están dadas por la distancia entre ellos (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel y Danes, 1980; Woelfel y Barnett, 1992).

Considerando el enfoque metodológico y teórico anteriormente señalado, en este estudio se define a la Cultura Organizacional como “la representación colectiva que sustentan los miembros de una Organización acerca de ciertos atributos presentes en ella”. La definición utilizada corresponde a Ghio y Olave (2001) y ha sido escogida por su claridad y simplicidad para acotar el fenómeno a investigar.

Esta tesis tiene por objetivo conocer la representación colectiva que posee el estamento de Enfermería Clínica del Hospital Regional Rancagua, acerca de las principales características que percibe en su Institución. Para ello, se cumplen los objetivos específicos de identificar las actitudes y las creencias que posee y comparte, este grupo, sobre ciertos atributos organizacionales.

Al acceder a la representación colectiva que sustenta el estamento de Enfermería, es posible detectar los elementos Culturales más relevantes de la experiencia laboral de estos profesionales y, así, conocer aquellos factores que intervienen en el desempeño del trabajo y en el comportamiento al interior de la Organización.

El presente estudio entrega un análisis amplio y profundo de las características y condiciones más significativas del trabajo que desempeña el estamento de Enfermería del Hospital Regional Rancagua. De este modo, se cuenta con información rigurosa y consistente para tomar medidas y efectuar cambios en la dirección acertada, con el fin de mejorar y reforzar aquellas acciones que benefician el funcionamiento interno del Hospital y de sus miembros.

El grupo objetivo ha sido determinado dada la importancia que representa para el quehacer de la Institución, tanto por su ubicación en la estructura organizacional como por las funciones que desempeña. El estamento de Enfermería Clínica, se caracteriza por generar un fuerte impacto en los otros niveles de la Organización, ya que mantiene un estrecho contacto con los Médicos, el personal técnico y auxiliar. Además, la atención directa a los usuarios, implica una constante toma de decisiones y la asunción de responsabilidades tanto clínicas como administrativas (Ministerio de Salud, 2000).

En cuanto a este último aspecto, el estudio contempla a todos los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Rancagua que se desempeñan en funciones clínicas y administrativas, pero no exclusivamente en éstas últimas, debido a que el trabajo administrativo tiene sus propias características laborales, que requieren de un análisis diferenciado.

A lo largo de la investigación, se hace referencia al personal de Enfermería, tanto masculino como femenino, mediante el nombre genérico de “Enfermeras”, dada la alta feminización de la carrera, que según datos del INE (1992; en Hernández y Weintraub, 1999) alcanza el 92.5% de la población de estos profesionales.

La presentación de este informe se organiza de la siguiente manera: el primer capítulo corresponde a la introducción, que fundamenta y justifica la realización de la investigación, formula el problema y los objetivos que ésta se plantea. El segundo apartado, presenta el marco teórico, donde se desarrollan los aspectos generales del concepto de Cultura Organizacional y, en mayor profundidad, la teoría que sustenta al Sistema Galileo. El tercer acápite, señala los principales elementos metodológicos que definen al estudio y describe su realización. A continuación, el cuarto capítulo presenta los resultados mediante tablas, mapas galileos y una descripción cualitativa de los datos señalados por las Enfermeras. El quinto, corresponde al análisis cualitativo de la información entregada, en términos de creencias y actitudes. Por último, el sexto apartado está conformado por las conclusiones, que indican los resultados más relevantes del estudio, comentarios en torno a la metodología y al desarrollo de la investigación.

## **1.1 FUNDAMENTACION**

La Cultura Organizacional se presenta como una nueva perspectiva de análisis que permite observar de un modo más profundo a los sistemas organizacionales, y desde allí, dar solución a una serie de problemas que aún en la actualidad son enfrentados infructuosamente (Rodríguez, 2002).

Conocer y reconocer los elementos compartidos por la Organización, hace posible que éstos sean incorporados a la gestión y a la planificación, de manera que las iniciativas sean coherentes al sistema y encuentren apoyo en la Cultura. De acuerdo con este enfoque, el Ministerio de Salud de Chile (2000) señala que “los procesos en que participa y aporta el personal de salud no sólo son consecuencia de la existencia o ausencia de regulaciones

formales, ya que éstas dinámicas se potencian y reproducen también por la Cultura Organizacional imperante...” (p.12).

### **Aproximación al Problema**

En cuanto a los Sistemas de Salud, América Latina se encuentra en una etapa de profundas modificaciones, con el fin de aumentar la equidad de los beneficios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de los servicios (Yepes y Arias, 1998). Actualmente, Chile al igual que los otros países del continente, debate acerca de una reforma global, cuyo objetivo es dar solución a los problemas acarreados desde hace años, producto de un Sistema de Salud dual público-privado, en el que aún persisten fuertes asimetrías de recursos, así como desigualdades de cobertura, acceso y oportunidades en las prestaciones (Hernández y Weintraub, 1999; Ministerio de Salud, 2000).

El actual régimen de modernización del Estado, tiene como principal estrategia el fortalecimiento del Sector Público de Salud y, junto con ello, la redefinición de las políticas de gestión, particularmente las relacionadas con el Recurso Humano. El Ministerio a cargo, reconoce el potencial que posee el personal en el mejoramiento del Sistema, que podría traducirse en beneficios tanto para la Organización como para sus empleados y usuarios (Ministerio de Salud, 2000).

Pese a los esfuerzos realizados, las deficiencias que aún se presentan son motivo de discusión y preocupación para todos los sectores involucrados, persistiendo la disconformidad entre los usuarios y los profesionales del área (Ghio y Olave, 2001).

Uno de los temas relevantes del sector salud, es la falta de planificación en la administración del Recurso Humano. Los colegios profesionales diagnostican una seria escasez de personal, con mayor incidencia en el sector público. En el caso de las Enfermeras, sólo hay 4 por cada 10.000 habitantes (Hernández y Weintraub, 1999; Ministerio de Salud, 2000).

El carácter histórico del déficit de Enfermeras, trae importantes consecuencias en la atención que recibe la población. Además, la sobrecarga creciente de trabajo conlleva otros tipos de problemas, como el deterioro de la calidad de vida de las profesionales, debido a los horarios de trabajo poco compatibles con la vida conyugal o familiar.

Las condiciones laborales son desfavorables, en especial las relacionadas con el salario y los horarios. Las actuales remuneraciones no contemplan el pago por responsabilidades de gran parte de las funciones que desempeñan. Por el contrario, dado el bajo sueldo que perciben, se ven en la necesidad de realizar varios turnos y de incrementar las horas extraordinarias (Ministerio de Salud, 2000).

Por lo tanto, la crisis del estamento, no se reduce al déficit de Enfermeras, sino que involucra aspectos importantes, como las escasas posibilidades de ascenso, la falta de participación en la toma de decisiones y las deficitarias condiciones del trabajo y ejercicio profesional.

El colegio de Enfermeras considera que, el Sistema de Salud persiste en el uso de prácticas que perpetúan el abandono del personal; pues aún no consigue formular una política general de recursos humanos y tampoco implementar acciones orientadas a superar la falencia histórica de profesionales (Ministerio de Salud, 2000).

En forma paralela, se observa que la actividad académica, de investigación y gestión pública en el campo de la salud latinoamericana, continua siendo bastante limitada, a pesar de su importancia. Ello, se ve confirmado en la producción científica latinoamericana en este ámbito que, tan sólo, aporta el 1.5% de la elaboración mundial (Pellegrini, De Almeida y Trostle, 1998).

El avance hacia un sistema adecuado en la gestión del Recurso Humano de la salud, constituye un despliegue notable de energía y trabajo, siendo necesario que desde el comienzo, se adopte un enfoque coherente, integrado en todas sus partes y fundamentado en la validación empírica (Yepes y Arias, 1998).

### **Justificación**

El presente estudio se constituye como un aporte significativo al acceder a la Cultura del Hospital Regional Rancagua, perteneciente al Sector Público del Sistema de Salud Chileno y, de este modo, reconocer y considerar las representaciones colectivas propias de la Institución.

Mediante la determinación de las creencias y actitudes que manifiesta el estamento de Enfermería Clínica, sobre ciertos atributos propios del Hospital Regional Rancagua, se hace posible detectar los principales elementos Culturales que intervienen en el desempeño laboral y en el comportamiento que se mantiene al interior de la Organización.

En este sentido, el presente trabajo se constituye como un estudio diagnóstico Cultural que entrega un amplio análisis acerca de las condiciones laborales y el ejercicio de la profesión de Enfermería en el Hospital. De este modo, es posible señalar las debilidades y fortalezas presentes en el estamento y tomar medidas para generar cambios en la dirección acertada.

La información proveniente del estamento de Enfermería Clínica, permite identificar aquellos aspectos relevantes y comunes a toda la Institución, pues es posible considerar a dicho grupo como una muestra del 20% de la población de profesionales de la salud del Hospital Regional Rancagua.

Es así, que este trabajo otorga la posibilidad de mejorar y reforzar la estrategia y la gestión del Hospital, considerando su condicionamiento Cultural (Martínez, 1998). En consecuencia, se pueden determinar líneas de intervención que beneficien el funcionamiento interno del Hospital y de sus miembros, de manera que en el futuro se tomen decisiones congruentes con las características de la Organización y en concordancia con la reforma del Ministerio de Salud.

La metodología, el diseño y los procedimientos utilizados en la presente tesis, permiten que en el futuro se midan las representaciones grupales de los otros estamentos que componen el Hospital, y así, complementar la información para obtener una visión más amplia de la Cultura Organizacional del Hospital Regional Rancagua. Además, es posible aplicar la metodología a otras instituciones para realizar estudios comparativos al interior del Sistema de Salud Público.

Hasta este momento, el Hospital Regional Rancagua no ha realizado investigaciones organizacionales de esta envergadura. Por tanto, la realización del presente trabajo constituye una primera experiencia, que podría dar paso a posteriores estudios e intervenciones organizacionales.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

A partir de los antecedentes expuestos anteriormente, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué aspectos distingue el estamento de Enfermería Clínica del Hospital Regional Rancagua como características propias de su Institución?

¿Cuáles son las creencias y actitudes que manifiestan las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua acerca de las características de su Organización?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Conocer la representación colectiva, que posee el estamento de Enfermería Clínica del Hospital Regional Rancagua, acerca de las principales características que percibe en su Institución.

### **Objetivos Especificos**

1. Identificar las características que las Enfermeras Clínicas señalan como relevantes en la Cultura Organizacional del Hospital Regional Rancagua.
2. Identificar las actitudes que las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua tienen respecto de los principales atributos de la Cultura de su Organización.
3. Identificar las creencias que las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua sustentan en relación con los principales atributos de la Cultura de su Organización.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 INTRODUCCION

La concepción psicológica del término Cultura, se basa en los aportes provenientes de la Sociología y, principalmente, de la Antropología Cultural (Pettigrew, 1979; Schein, 1990; Denison, 1991; Freitas, 1991; Abravanel, 1992; Fischer, 1992; Kotter y Heskett, 1995; Córdova et al., 1998).

Desde la década de los 40, se realizan numerosos estudios en el campo de la Psicología Social que se relacionan con la Cultura Organizacional. Sin embargo, el concepto se menciona de manera tangencial mediante nociones tales como “normas de grupo”, “clima”, “islas Culturales”, etc. Estas primeras aproximaciones establecen las bases teóricas para las posteriores investigaciones (Schein, 1990; Reyes, 1991; Dávila y Martínez, 1999).

El concepto de Cultura Organizacional marca una fuerte aparición a comienzo de los años 80, cuando los teóricos del ámbito de la administración adoptan y desarrollan el término, dando inicio al “Boom” de la Cultura Corporativa (Schein, 1990; Hatch, 1993; Morgan, 1998; De Souza, 1998; Dávila y Martínez, 1999; De la Garza, 2000).

La literatura distingue, básicamente, dos factores para explicar el súbito interés por la Cultura Organizacional (Dávila y Martínez, 1999). El principal, se debe a la creciente competencia en el contexto mundial, que conduce a un pragmatismo por la efectividad y el control organizacional, frente al declive de la productividad norteamericana y el aumento de la competitividad japonesa (Freitas, 1991; Rodríguez, 1995; De Souza, 1998; Morgan, 1998).

El segundo factor, es el cambio paradigmático en el mundo de la academia, donde cobra importancia la orientación interpretativa en el estudio de los fenómenos sociales. Nuevos caminos de investigación, como las metodologías cualitativas, comienzan a utilizarse para analizar a las organizaciones (Denison, 1996; Demicheli, 2000a; Alvesson, 2002).

Junto a lo anterior, los investigadores y académicos se ven en la necesidad de entregar respuestas realistas a los problemas prácticos de las organizaciones, debido a que los enfoques de dirección y control de la Cultura comienzan a tomar fuerza en la literatura popular y a ocupar los espacios reservados para académicos (Schein, 1990; Reyes, 1991; Dávila y Martínez, 1999; Alvesson; 2002).

Los libros publicados en 1981 y 1982 se convierten rápidamente en Best-seller: “Theory Z” de Ouchi, “The Art of Japanese Management” de Pascale y Athos, “Corporate Culture” de Deal y Kennedy y, “In Search of Excellence” de Peters y Waterman. El éxito de estos primeros cuatro ejemplares estimula docenas de estudios adicionales sobre Cultura (Denison, 1991; Kotter y Heskett, 1995; Rodríguez, 1998). A partir del año 1983, se puede encontrar ediciones especiales relativas a Cultura Organizacional en revistas como “Administrative Science Quarterly” y “Organizational Dynamics” (Freitas, 1991; Abravanel, 1992; De la Garza, 2000).

Durante los últimos años, la Cultura Organizacional ha sido un tema preponderante en el ámbito profesional y académico de las Ciencias Sociales, conformando un espacio central en congresos y revistas (Thévenet, 1992; De la Garza, 2000; Alvesson, 2002). Junto a los estudios de Clima Organizacional, los de Cultura han representado el mayor esfuerzo de la Psicología Social para comprender el comportamiento de las personas en el contexto de las organizaciones (Demicheli, 2000a).

## 2.2 DEFINICION DE CULTURA ORGANIZACIONAL

El primero en usar el concepto en el campo de la Teoría Organizacional, tal como se conoce hoy, es Andrew Pettigrew en el año 1979 (Hofstede, Neuijen, Ohayv y Sanders, 1990; Detert, Schroeder y Mauriel, 2000; Rodríguez, 2002). Para este autor, “Cultura es el sistema de significados pública y colectivamente aceptados, que opera para un grupo en un tiempo dado. Este sistema de términos, formas, categorías e imágenes entrega una interpretación a las personas, generada por ellos mismos ” (Pettigrew, 1979).

Sin embargo, la mayor difusión ha sido realizada por Edgar Schein (1985, 1990), considerado uno de los principales teóricos en la literatura de Cultura Organizacional (Freitas, 1991; Hatch, 1993; Rodríguez, 1995; De la Garza, 2000; Detert et al., 2000; Rodríguez; 2002).

Schein (1985, 1990) define a la Cultura “como un patrón de premisas básicas, inventadas, descubiertas y desarrolladas por un grupo en el proceso de aprender a resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna, y que han funcionado suficientemente bien para ser considerados válidos y enseñados a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas”.

No obstante, la Cultura Organizacional se caracteriza por estar definida de muy diferentes formas y desde distintas perspectivas, sin conseguir consenso en torno a su conceptualización (Woelfel, 1974a; Woelfel y Fink, 1980; Hofstede et al., 1990; Schein, 1990; Reyes 1991; Rodríguez ,1998). Así, su definición puede incluir ideologías (Clegg 1981), conjuntos de creencias (Baker, 1980), asunciones básicas (Schein, 1986), valores (Deal y Kennedy, 1982), conocimientos (Sathe, 1985), deseos cognitivos (Kilmann, 1985) y programación colectiva del pensamiento humano (Hofstede, 1980; en Rodríguez , 1998).

El foco sobre los componentes cognitivos de la Cultura, tales como creencias, asunciones y valores, prevalecen en la literatura y conforman la esencia del fenómeno (Gregory, 1983; Schein, 1986; en Rodríguez, 1998; Sackmann, 1991; en Molinari, 2001). La perspectiva del sistema Galileo refuerza esta tendencia, al enmarcarse en una postura esencialmente cognitiva (Demicheli, 2002).

Desde este enfoque, la Cultura es un conjunto de esquemas mentales o mapas cognitivos que el hombre utiliza para organizar sus experiencias concretas en un mundo conceptual o fenomenológico (Tyler, 1969; en Córdova et al., 1998; Abravanel, 1992). En términos de Woelfel y Fink (1980), la Cultura consiste en un conjunto relativamente común de símbolos, que representa los aspectos importantes de la vida social de un grupo.

En general, existe consenso en la definición de la Cultura en términos de orientaciones compartidas por los miembros de una Organización, mientras se está en desacuerdo en qué es lo que se comparte (Woelfel y Fink, 1980; Dávila y Martínez, 1999). Freitas (1991) señala que es común encontrar a la Cultura definida a partir de sus elementos constituyentes. Los más frecuentemente citados por la literatura son: valores, creencias y supuestos; ritos, rituales y ceremonias; historias y mitos; tabúes; héroes; normas y proceso de comunicación.

Dávila y Martínez (1999), plantean que las dificultades en la definición de Cultura pueden ser superadas en la medida que se adopte un enfoque centrado en los procesos Culturales, más que en los elementos que la componen. Siguiendo este planteamiento, el Modelo Galileo dirige la atención al estudio de los cambios en los sistemas colectivos, para dar cuenta del fenómeno Cultural con toda su complejidad y variación, privilegiando la observación del movimiento más que de los factores estáticos y preestablecidos.

Para el Sistema Galileo, los procesos cognitivos individuales y Culturales pueden ser identificados por medio de las actitudes y las creencias. Las definiciones de estos términos están enmarcadas en la utilidad que aportan para el trabajo práctico con esta metodología, ya que en la literatura es posible encontrar un sinfín de conceptualizaciones diferentes (Bergmann, 1998; Demicheli, 2002).

Las creencias están definidas como la percepción que tiene una persona acerca de la relación entre dos objetos (conceptos, ideas o atributos). Las actitudes, son las creencias de una persona acerca de la relación entre dos objetos, donde uno de ellos corresponde al “self”, es decir, al sí mismo (Woelfel, 1980; Woelfel y Fink, 1980; Woelfel et al., 1986; Bergmann, 1998; Demicheli, 2002).

Los patrones de creencias “compartidos” son los que forman la Cultura, aunque los individuos no manifiesten exactamente la misma visión de ciertos temas, ni mantengan un consenso a través de todos los tópicos. No obstante, se observa una tendencia central de opinión acerca de las creencias individuales, que pueden ser vistas como agrupamientos en sí mismos (cluster), más o menos cohesionados (Woelfel, 1974a).

Woelfel y Barnett (Barnett, Wigand, Harrison, Woelfel y Cohen, 1981) definen a la Cultura como “la suma de las configuraciones psicológicas, hacia donde las creencias individuales parecen tender, que puede ser representada precisamente como el promedio de una matriz  $S$ , donde cualquier entrada  $s_{ij}$  es la media aritmética de la diferencia entre los objetos  $i$  y  $j$ , tal como es vista por los miembros de un sistema Cultural”.

Desde esta arista, la Cultura es la suma de las tendencias que presentan las creencias individuales de los miembros de un grupo, acerca de un conjunto de objetos, conceptos o atributos de un sistema social, donde la importancia recae en la relación percibida entre dichos elementos (Woelfel et al., 1986).

Estos objetos pueden ser parte de creencias, actitudes, ritos y actividades modeladas, incluyendo aspectos, tales como el lenguaje y la religión. Típicamente, son definidos en relación al "self" de los miembros del grupo social (Barnett et al., 1981).

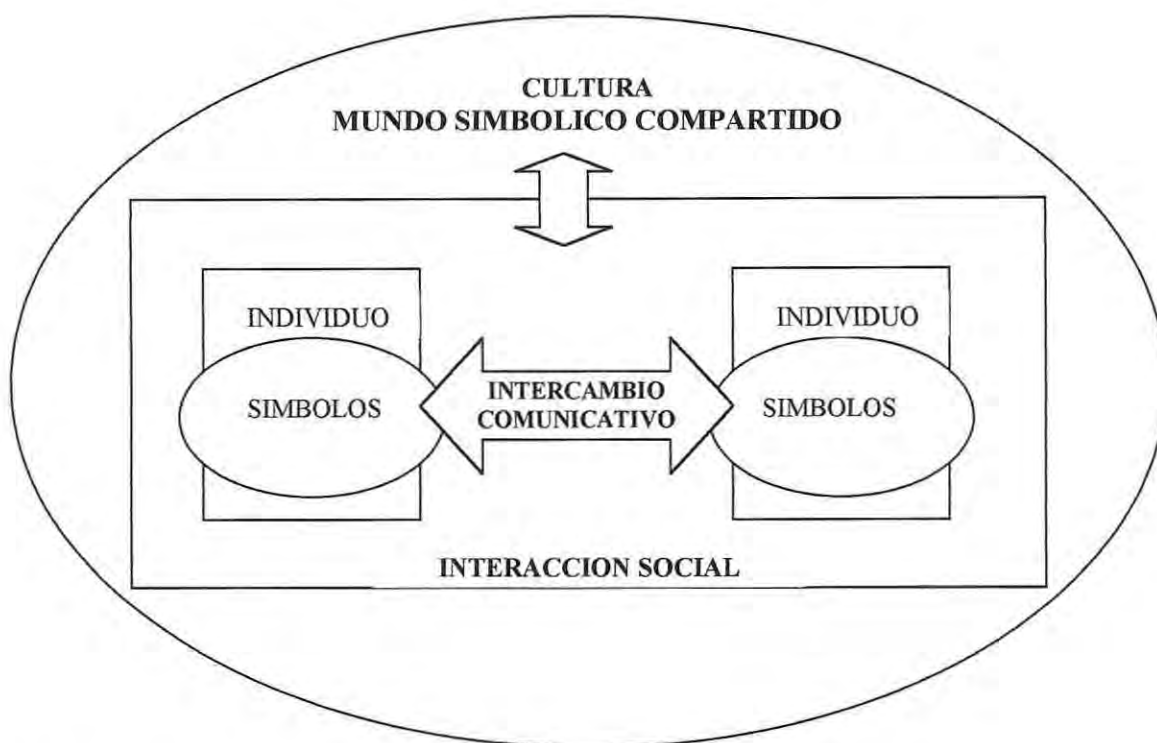
### **Comunicación y Cultura Organizacional**

Los estudios referentes a la Teoría Organizacional sugieren que para comprender el fenómeno Cultural en la Organización es necesario analizar las prácticas de comunicación. Los diferentes procesos que conforman y dan sentido a la Cultura se construyen fundamentalmente mediante los actos comunicativos en que diariamente participan los miembros de un grupo (Reilly y Di Angelo, 1990; Córdova et al., 1998; Demicheli, 2000a; Maturana, 2003).

La comunicación, entendida como intercambio de información y transmisión de significados, es la esencia misma de un sistema social (Woelfel 1974; Katz y Kahn, 1989; Freitas, 1991; Rodríguez, 1995; Porto, 2000; Demicheli, 2000a; Rodríguez, 2004). Durante la interacción social, los individuos traspasan símbolos, reproducen el mundo simbólico compartido y acontecen los procesos Culturales (Denison, 1991, 1996; Rodríguez, 2004). Por lo tanto, la Cultura organizacional es una realidad socialmente construida, una representación compartida, más allá de la percepción individual de cada uno de los miembros.

Como señala Maturana (2003), los intercambios comunicativos ocurren en cada instante, como parte de una conversación en progreso y que con el fluir del lenguaje, se da la modificación del significado de las palabras. Las personas co-construyen el sentido y significado de sus conversaciones durante la misma interacción (Pearce y Cronen, 1980;

en Demicheli, 2000a). En esta constante e imperceptible revisión, se establece la realidad social que las personas desarrollan y comparten (Demicheli, 2000a).



**Figura N° 1:** Esquema de la relación entre Cultura, comunicación e interacción social. Elaboración propia en base a las siguientes fuentes: Woelfel 1974; Katz y Kahn, 1989; Reilly y Di Angelo, 1990; Freitas, 1991; Denison, 1991, 1996; Rodríguez, 1995; Córdova et al., 1998; Demicheli, 2000a; Porto, 2000; Maturana, 2003; Rodríguez, 2004.

Los actos comunicacionales, generan una red de significaciones comunes y construidas socialmente, que inspiran, guían y fundamentan los comportamientos de las personas dentro de ese contexto.

La comunicación entre los miembros de una Organización, constituye un proceso fundamental, que no sólo hace posible que coordinen sus acciones, sino a través del cual construyen, transmiten y modifican aspectos medulares de la Cultura en que están inmersos (Rodríguez, 2004).

Una parte significativa del comportamiento de los individuos esta guiado por, y resulta explicable desde, el contexto que provee la Cultura Organizacional y los procesos de comunicación que ocurren diariamente en ella. Desde esta perspectiva, la bibliografía señala, en forma recurrente, que las ideas, valorizaciones y creencias compartidas por los miembros de una Organización, condiciona y determina su comportamiento como integrantes de la misma.

La Cultura Organizacional implica que los comportamientos se hallan construidos en conformidad con un modelo más o menos flexible, pero reconocido como normativo y eficaz en la orientación de las conductas (Fischer, 1992). El carácter implícito y su consecuente invisibilidad en la vida diaria de las organizaciones, constituyen reguladores poderosos de la forma en que las personas se conducen en ellas. Los integrantes de cada Organización asumen y comparten esa representación colectiva acerca de lo que ésta es, enmarcando su comportamiento dentro de los límites y posibilidades que otorga (Demicheli, 2000a).

De este modo, la Cultura Organizacional puede ser entendida como una red más bien idiosincrática de significados construidos y mantenidos socialmente, que provee de sentido a los miembros respecto de los eventos organizacionales cotidianos. Ella modela de manera significativa patrones importantes del comportamiento organizacional y representa valorizaciones, creencias y actitudes que ajustan el comportamiento individual a las normas de la Organización (Demicheli, 1999; en Ghio y Olave, 2001).

## **2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL Y SISTEMA GALILEO**

### **Métodos de Estudio de la Cultura Organizacional**

Como se menciona con anterioridad, el concepto de Cultura ha sido adoptado del campo de la Antropología Cultural, donde existen diversas corrientes teóricas que privilegian distintos aspectos del mismo fenómeno (Freitas, 1991; Abravanel, 1992; Córdova et al., 1998). Paralelamente, las diferentes disciplinas de las Ciencias Sociales como la Sociología, Psicología Social y Comportamiento Organizacional, aportan sus particulares perspectivas teóricas acerca del término (Schein, 1990).

Este contexto conlleva a una diversidad de marcos teóricos para definir a la Cultura Organizacional, que ha propiciado el desarrollo de diferentes metodologías, puesto que la investigación del fenómeno mismo está directamente relacionado con el entendimiento y la definición del concepto (Freitas, 1991; De Souza, 1998; Rodríguez, 1998; Dávila y Martínez, 1999).

Por lo general, la literatura sobre Cultura asume la forma de crítica hacia las metodologías cuantitativas, basadas en encuestas y que frecuentemente son usadas en investigación organizacional (Geertz, 1973; Petigrew, 1979; Argyris, 1980; Knorr-Cetina y Cicourel, 1981; Louis, 1981; Martín, 1981, 1982a, 1982b; en Denison, 1991), mientras defiende los métodos cualitativos como el ideográfico, etnográfico, clínico o antropológico (White, 1949; Garfinkel, 1967; Jones, 1988; en Denison, 1991).

Los estudios de Cultura Organizacional aparecen, en alguna medida, como una reacción al enfoque y al método positivista que los investigadores de Clima emplean en forma casi exclusiva para estudiar las variables organizacionales en su conjunto

(Alvesson, 1985; Frost, 1985; Schein, 1985, 1990; Kunda, 1992; en Demicheli, 2000a; Rodríguez, 2004).

Sin embargo, actualmente es posible reconocer una relación incluyente entre Clima y Cultura, ya que observados desde un enfoque más amplio, ambos conceptos aluden a un mismo fenómeno: la creación e influencia de los contextos sociales en las organizaciones (Stolp y Smith, 1995; Denison, 1996; en Leiva, 1997).

Durante los últimos 20 años, se ha puesto de manifiesto una tendencia a desbordar los moldes epistemológicos y metodológicos imperantes a fines de los años 80. En concordancia con esto, existe un número creciente de estudios que han combinado aproximaciones metodológicas cualitativas y cuantitativas, para investigar el fenómeno de la Cultura Organizacional y sus procesos asociados (Siehl y Martin, 1988; Williams, Dobson y Walters, 1989; Hofstede et al., 1990; Denison, 1996; Cook y Reichardt, 2000; Coller, 2000; en Rodríguez, 2004).

Se plantea, que lo relevantes recae en distinguir aquellas situaciones en que es más apropiado emplear una metodología que la otra o, aprovechar las diferencias, para utilizar diseños híbridos. Con frecuencia, existe bastante compatibilidad en la aplicación de diseños mixtos para el estudio de un solo tema, pues las distintas perspectivas resultan apropiadas en las diferentes etapas del proceso de investigación (Denison, 1991, 1996).

Esta tendencia, ha dado paso al uso de diseños metodológicos tales como el Sistema Galileo (Woelfel y Fink, 1980), que incluye técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad) y técnicas cuantitativas (aplicación de cuestionarios) en las distintas fases del estudio.

El Sistema Galileo tiene sus orígenes mucho antes que el concepto de Cultura Organizacional, en la década de los 60, a partir de los estudios realizados por la

Universidad de Wisconsin acerca de “los otros significativos”. Mediante la aplicación del instrumento llamado “The Wisconsin significant other battery”, se obtiene la representación gráfica y multidimensional de las expectativas ocupacionales de estudiantes de enseñanza secundaria y de sus principales referentes (Haller y Woelfel, 1972).

La investigación minuciosa y extensa sobre los aspectos metodológicos del modelo de Wisconsin, conlleva a la formulación de los principios fundamentales de la teoría y método del Sistema Galileo. A partir de la investigación realizada por John Saltiel, a comienzos de los años 70, en la Universidad de Illinois, se comprueba el gran valor predictivo de este Sistema, alcanzando correlaciones sobre el 0.9 (Woelfel, 1980; Demicheli, 2000).

La aplicación de esta metodología demuestra su gran utilidad como una precisa herramienta de investigación, empleada para estudiar a una multitud de fenómenos sociales y, particularmente, en el análisis de procesos Culturales (Gillham y Woelfel, 1977; Woelfel, 1977, 1980; Woelfel, et al., 1986). Su uso se extiende a diversas áreas de las Ciencias Sociales tales como procesos políticos y efectos de los medios de comunicación (Barnett, Serota y Taylor, 1977), definiciones Culturales del rol sexual (Saltiel, 1988), etc.

A continuación, se desarrollan los aspectos más relevantes de la epistemología, teoría y metodología del Sistema Galileo, basados fundamentalmente, en los planteamientos del Dr. Joseph Woelfel, reconocido investigador social en el campo de la comunicación y autor principal de numerosas publicaciones, que representan su extensa trayectoria en la investigación del Modelo Galileo (Demicheli, 2002).

## Fundamentos del Sistema Galileo

La ciencia es una actividad básicamente social, que comprende el trabajo colectivo de generaciones de científicos. La comunicación ocupa un lugar central en este proceso, ya que la invariabilidad entre las observaciones de diferentes personas y, en distintos tiempos, sólo puede ser establecida mediante actos comunicativos (Woelfel, 1977).

Como plantea Einstein (1956; en Woelfel y Fink, 1980), mediante el lenguaje los individuos pueden comparar sus experiencias y considerar como “real” aquellas percepciones que son comunes. De este modo, se construye el continuo de la “realidad social”.

Por tanto, los sistemas lingüísticos juegan un rol fundamental en la percepción y en el procesamiento cognitivo de la información. El desarrollo del lenguaje, desde este punto de vista, provee un marco de referencia común para unir las afirmaciones consensuales a tales percepciones (Woelfel, 1974). Como plantea Maturana (2003), “...(las) actividades humanas, son diferentes clases de conversaciones, y consisten como tales en distintas redes de coordinaciones de coordinaciones consensuales de acciones y emociones” (p. 31).

La diferencia entre la ciencia y la comunicación cotidiana, es que esta última se mueve con reglas asistemáticas y ambiguas en la construcción del lenguaje, por lo cual requiere reajustarse en cada encuentro mediante el desarrollo y reiteración de estándares arbitrarios de comparación, para obtener una comprensión precisa del mensaje (Woelfel, 1977; Woelfel y Fink, 1980).

En cambio, la ciencia crea su propio sistema lingüístico y establece explícitamente las reglas de éste, siendo la comunicación más rápida y exacta. Dentro de los símbolos primarios, se encuentran los matemáticos y, particularmente, el subgrupo de los números

reales. Ellos, se caracterizan por ser precisos, consensuados y por permitir el encadenamiento entre la observación y el signo (Woelfel, 1977, 1980).

Las variables fundamentales, usualmente consideradas por la física, son: distancia, tiempo, fuerza o masa y temperatura (King 1962; en Woelfel, 1974). Dos de ellas, distancia y tiempo, se utilizan para ser definidas en sí mismas, es decir, ellas no pueden ser reducidas a un nivel más fundamental (Woelfel y Fink, 1980).

Desde esta postura, se sugiere que las variables requeridas para la investigación social son distancia y tiempo, en términos de separación entre dos o más estímulos. “Distancia” puede ser vista como separación en términos de localización física y “tiempo” como separación en términos del orden de duración (Woelfel, 1974).

De acuerdo a lo anterior, la mínima comparación entre dos observaciones puede ser reportada como discriminación dicotómica de “diferencia v/s no diferencia”, ya que en la base de toda percepción humana descansa esta noción fundamental (Woelfel y Barnett, 1974; Woelfel, 1977; Woelfel y Danes, 1980), que puede ser medida a través de la especificación de reglas y procedimientos que estimen la magnitud de la separación, en los mismos términos de la ciencia física (Woelfel, 1974).

Estas observaciones son procesadas cognitivamente como distancia entre conceptos, que son simbolizadas en algún signo y almacenadas en categorías lingüísticas, de tal modo que la mención del signo sirve para recordar la observación inicial. Cuando un individuo se comunica con otros, hace un esfuerzo por presentar las medidas de la separación entre sus conceptos y aprender acerca de la relación planteada por los demás. Este es siempre y sólo un proceso comparativo por donde se intenta ir desde un menor conocimiento de la distancia a uno mayor (Woelfel, 1977; Woelfel y Fink, 1980).

Las observaciones científicas son codificadas de tal modo, que la percepción del fenómeno es más sistemática y precisa. Estandarizando las operaciones de observación a través de los distintos observadores, se puede crear un consenso o una mirada “real”, que aunque más completa y más consistente, no es más correcta, en un sentido metafísico (Woelfel, 1974). Del mismo modo, los procedimientos utilizados en la medición de las separaciones entre conceptos, son actos consensuados en los que se especifican y establecen estándares arbitrarios, al igual que en la actividad científica (Woelfel y Fink, 1980).

### **Procesos Cognitivos**

La teoría que subyace al Sistema Galileo asume que la actividad cognitiva básica es la acción de relacionar un objeto (conceptos, ideas o atributos) con otros, observando las separaciones percibidas entre ellos, que fundamentalmente consiste, en distinguir las similitudes y las diferencias entre un conjunto de elementos. Este fenómeno de identificación y diferenciación se denomina “categorización” (Woelfel, 1974a; Woelfel y Barnett, 1974).

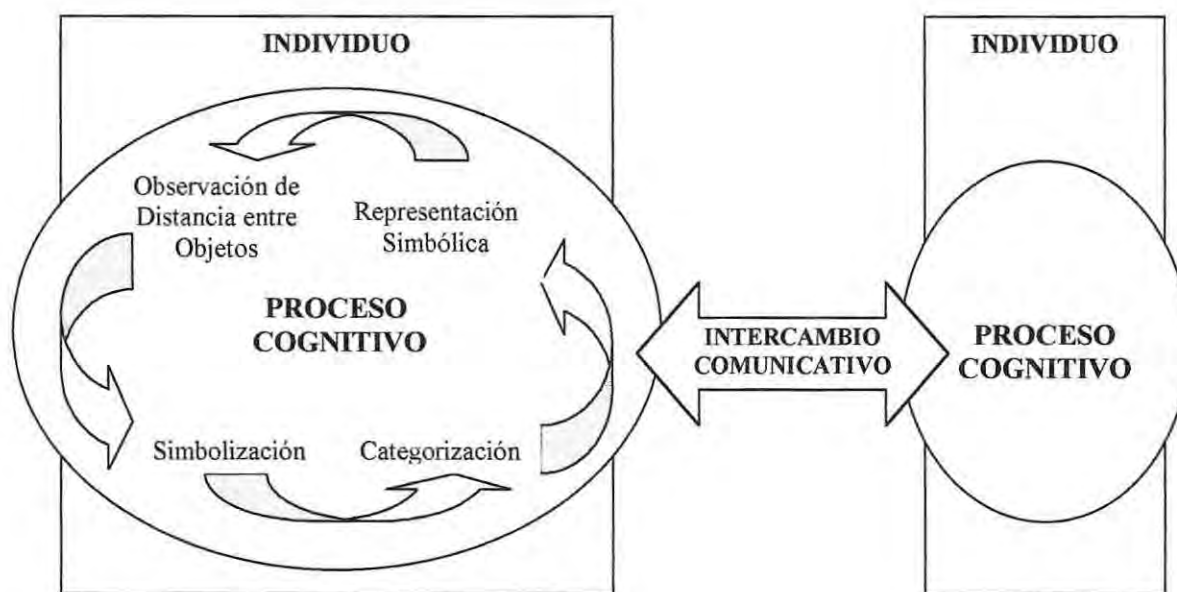
Esto significa que los miembros de una clase son agrupados, en la base que comparten algunas características. La creación de categorías orienta al individuo en la tarea de organizar la vida social, dado que la más simple interacción implica un extenso conocimiento previo de la estructura básica de la transacción, la naturaleza del objeto confrontado y sus interrelaciones (Woelfel, 1974a).

La acción de identificar dos elementos dentro de una categoría, no implica que se perciban a ambos iguales, sino que se consideran lo suficientemente similares para garantizar la descripción de significados en una misma clase lingüística. Las categorías de

palabras se refieren a un pequeño dominio o sector en el continuo de experiencias. Los nombres similares designan un sector que está cerca del otro dentro del continuo; asimismo, los sinónimos son una alternativa para nombrar la misma región (Woelfel y Fink, 1980).

Cualquier concepto en el lenguaje tiene un significado que está dado por los patrones de similitud o diferencia con los otros objetos. Los cambios en estas separaciones representan modificaciones en el significado o en las definiciones de los conceptos. Estos cambios son llamados “procesos cognitivos” (Woelfel, 1977, 1980; Woelfel y Fink, 1980).

Los procesos Culturales son el resultado de la actividad coordinada y colectiva de un sistema de procesos cognitivos individuales, como los que ocurren en la ciencia, en un conjunto musical o en las elecciones oficiales de gobierno (Woelfel, 1977, 1980).



**Figura N° 2:** Esquema de los Procesos Cognitivos y su interrelación con la comunicación. Elaboración propia en base a las siguientes fuentes: Woelfel y Barnett, 1974; Woelfel, 1974a, 1977, 1980; Woelfel y Fink, 1980.

Las vivencias individuales y sociales constituyen el continuo de experiencias, donde ciertos componentes son retenidos como una representación parcial, pero suficientemente útil para adecuar las conductas a la vida diaria. El continuo colectivo reproduce el mapa del mundo de las percepciones, que son almacenadas en categorías lingüísticas y que pueden ser comparadas con otras personas a través del tiempo (Woelfel y Fink, 1980).

Estos mapas mentales, tanto individuales como colectivos, pueden ser simbolizados como un continuo témporo-espacial y multidimensional, llamado espacio Galileo, en el cual los objetos son ordenados de tal manera, que las diferencias en significado de dos objetos, están dadas por la distancia entre ellos. Las creencias son definidas como las relaciones entre cualquier par de objetos del continuo; mientras que en las actitudes, uno de los objetos corresponde al "self". La representación de los cambios en las creencias y actitudes compartidas, indica el proceso Cultural (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel y Danes, 1980; Woelfel y Barnett, 1992).

A diferencia de los tradicionales modelos de actitudes, esta perspectiva es mucho más cognitiva que emocional, pues hace referencia a la cercanía o distancia que percibe una persona hacia un objeto (distancia entre el "self" y el objeto) y no acerca de la preferencia hacia él, lo cual permite que sea un excelente predictor de conductas (Woelfel, 1980; Demicheli, 2002).

## Procesos Cognitivos y Redes de Comunicación

La teoría referente a las redes de comunicación entrega un substrato de los procesos cognitivos tanto individuales como sociales (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel, 1990; Monge y Contractor, 1998; Pan y Fesenmaier, 2002). Básicamente, las redes de comunicación consisten en un conjunto de nodos interrelacionados, cuyo estado es, por lo menos parcialmente, una función de la condición de los otros nodos del grupo (Woelfel, 1990).

La región en que dos o más flujos de energía se cruzan es definida como “nodo”. Cada uno de ellos, recibe información -en forma de signos- de su ambiente más cercano y la transfiere a los demás por medio de los “links” o “canales”. Este traspaso de energía es llamado “Comunicación” (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel, 1990).

El total de los campos de energía intersectados corresponde a la “red” y el conjunto de nodos que participan de ciertas interacciones es el “patrón”, que la red representa en ese momento. Estos patrones son el resultado de la particular activación de los nodos, que en ocasiones puede ser aleatorio, pero también puede representar determinadas estructuras de información.

Los procesos cognitivos, tanto individuales como Culturales, son definidos como cambios en los patrones de activación de los nodos de la red. La estructura cognitiva está conformada por el estado colectivo de la red subyacente, de tal modo que los procesos sociales pueden ser considerados como una función del cambio de las redes de comunicación de una organización o sociedad. Por tanto, el fenómeno Cultural es generado continuamente por los procesos de comunicación en las redes sociales.

Cuando un largo número de nodos está disponible, es posible que se produzca el fenómeno llamado “codificación distribuida esparcida” (Kanarva, 1988; Keeler, 1988; en Woelfel, 1990). En la codificación local y en la distribuida, cada elemento de un patrón es

representado sólo por un nodo, pero en la codificación distribuida esparcida, cada elemento es codificado por un grupo de ellos dentro de una región específica (llamada en inglés “neighborhood”) y con un valor determinado. Esto es posible para patrones que tienen elementos que se superponen, de modo que se activa un nodo para dos patrones.

Este suceso es relevante para el proceso Cultural, donde la información es codificada por los miembros de un grupo. Esencialmente, la información idéntica o paralela es almacenada por muchos individuos, cercanos unos de otros (en el mismo “neighborhood”), de modo que se comunican entre sí esparciendo la activación o se encuentran en una estructura de equivalente ubicación (Burt, 1987; en Woelfel, 1990).

Las redes, se caracterizan por ser capaces de registrar complicados patrones de información y luego recordarlos muy rápidamente, debido a que la codificación de los datos es una propiedad de la red como un todo, que puede recuperar patrones almacenados mediante la activación de un subgrupo de nodos de la red (Woelfel y Fink, 1980).

De acuerdo a lo anterior, la Cultura puede retener complejos patrones de información tales como actitudes, creencias y valores, incluso cuando muchos o todos los nodos individuales del sistema han sido perdidos.

La memoria del sistema está en función de la potencia de la conexión entre los nodos. Esta constituye la estructura básica del sistema, y puede reorganizarse mediante dos vías. En la primera, el sistema construye sus patrones como representaciones internas del ambiente al cual está expuesto, cambiando según las exigencias impuestas por el entorno. En la segunda, los “inputs” son comparados con un modelo y las conexiones son modificadas para minimizar las discrepancias entre la entrada actual y el patrón ideal. Cada uno de estos procesos representa un cambio estructural del sistema (Woelfel, 1990).

Los cambios requieren un sustancial ingreso de energía para los puntos más centrales, mientras que las modificaciones en los objetos más periféricos son conseguidas con menos esfuerzo, aunque pueden resultar sólo en variaciones menores. Estas propiedades implican un sistema organizado jerárquicamente, que impone su estructura a la nueva información en términos de las relaciones establecidas. Sin embargo, la estructura está en permanente movimiento, en un constante flujo, que en sí mismo es sistemático, con algunos componentes altamente estables y otros volátiles (Woelfel, 1974a; Woelfel y Fink, 1980).

Esto permite comprender a las Culturas como sistemas establemente fluctuantes, que procesan cambios de manera gradual y al mismo tiempo mantienen las características básicas que lo identifican.

### **Medición de los Procesos Cognitivos**

La teoría y metodología que sustentan al Sistema Galileo, presentan como concepto central la noción de “diferencia”, reduciendo el problema de la medición de las variables al cálculo de distancias en términos físicos. La separación conceptual es isomórfica a la física y puede ser representada en su formato geométrico, de manera análoga a las redes de comunicación (Woelfel, 1974a, 1977).

Actualmente, los procedimientos matemáticos para medir y concebir las distancias entre objetos se encuentran satisfactoriamente articulados y ampliamente compartidos, por lo cual representan un útil conjunto de símbolos o “marco de referencia psicológico” para interpretar las discrepancias (Woelfel, 1974, 1977, 1980).

Las matemáticas proveen un lenguaje capaz de detallar ampliamente pequeñas diferencias, siendo mucho más preciso y sutil para describir fenómenos humanos y sociales (Woelfel, 1974a). A pesar que, el propio individuo no comprende cómo ocurre

este proceso, con frecuencia, la gente estima separaciones o diferencias entre conceptos con bastante confianza y considerable exactitud (Woelfel y Fink, 1980).

La medición de las discrepancias entre objetos cognitivos es realizada por medio de la designación arbitraria de alguna unidad estándar, determinada por el experimentador. Esto puede ser conseguido por medio de una afirmación condicional como la siguiente: “si  $\underline{x}$  y  $\underline{z}$  están a  $\underline{n}$  unidades de distancia, ¿a qué distancia están  $\underline{a}$  y  $\underline{b}$ ?”. Así, el ítem requiere un juicio de la diferencia realizada por el sujeto (¿a qué distancia están  $\underline{a}$  y  $\underline{b}$ ?), en base a un estándar de distancia dado por el investigador (“si  $\underline{x}$  y  $\underline{z}$  están a  $\underline{n}$  unidades de distancia”) (Woelfel, 1974a, 1977).

Las separaciones entre los objetos son representadas por un sistema numérico, donde aquellos considerados iguales o idénticos son señalados con puntaje de distancia cero y aquellos que incrementan su discrepancia son indicados por números de mayor valor. Estos datos son generalmente recogidos por series de pares comparados. De este modo, cualquier conjunto de elementos puede ser representado en términos de una matriz  $N \times N$  de diferencias (distancias), la cual describe todas las posibles interrelaciones entre cualquier grupo de objetos (Woelfel, 1974a ; Woelfel y Barnett, 1974).

Esta matriz de distancias entrega una imagen estática de las interrelaciones entre los conceptos que posee un individuo. La suma de las configuraciones psicológicas, que constituyen la Cultura, puede ser representada por el promedio de las distancias entregadas por una muestra representativa de la población (Barnett et al., 1981).

Matemáticamente hablando, el promedio corresponde al “centro”, al punto de balance y de mínimo estrés en las configuraciones psicológicas (Demicheli, 2000). El promedio de las distancias da con extrema precisión y confiabilidad las estimaciones de la discrepancia

percibida por un grupo de personas (Barnet, 1972; Woelfel, 1974a). Es precisamente la simplicidad de este procedimiento lo que constituye su mayor ventaja (Woelfel, 1974a).

Esta metodología está diseñada para que el tratamiento matemático de los datos sea simplificado al máximo, preservando las distancias de la matriz original y garantizando que la información no sea perdida ni distorsionada (Woelfel, 1974a, 1977, 1980).

A partir de la matriz de diferencias, los modelos matemáticos entregan una interpretación de las separaciones psicológicas en términos de geometría multidimensional Euclidiana, de modo que los conceptos son tratados como puntos en un amplio espacio. El proceso es matemáticamente idéntico a convertir una matriz de distancias de ciudades, expresadas en kilómetros, en la representación gráfica de un mapa (Woelfel y Danes, 1980; Barnett et al., 1981).

El procedimiento de mapear la estructura de las discrepancias, mediante distancias de escalas multidimensionales, ha sido ampliamente descrito por Torgerson (1958) y utilizado por el Sistema Galileo.

Este método permite procesar la información interactivamente, mediante el ingreso de sucesivos datos a lo largo del tiempo, que entregan una permanente representación de los procesos cognitivos. Así, se puede calcular los cambios entre las matrices, visualizándolas como en permanente movimiento (Barnett et al., 1981; Demicheli, 2000).

Las fluctuaciones de los datos siguen una pauta relativamente regular, con patrones que muestran cierta estabilidad y continuidad de forma en el tiempo. Estos patrones pueden entregar una base para predecir los futuros estados de la configuración o las observaciones de un individuo de las realizadas por otros (Woelfel, 1974; Demicheli, 2002).

Además, la precisión con que el estado del sistema puede ser medido a lo largo del tiempo, aumenta considerablemente la probabilidad de identificar las fuentes de perturbación en los patrones. Esta posibilidad, constituye una real ventaja para las disciplinas sociales, al disponer de un elaborado mecanismo simbólico para la descripción de procesos Culturales y de comunicación (Woelfel, 1974).

La mayor exactitud con que las organizaciones pueden medir y comunicar sus procesos Culturales, en espacio y tiempo, permite comparar sus patrones previos con los actuales, y consecuentemente especificar y comunicar acerca de las estrategias correctivas (Woelfel y Fink, 1980) necesarias de implementar.

### **Descripción del Sistema Galileo**

El Sistema Galileo (Woelfel y Fink, 1980) consiste en un grupo de programas computacionales diseñados para la medición de creencias, actitudes y patrones cognitivos. Incluye un conjunto de herramientas para análisis de contenido, elaboración de cuestionarios, análisis matemático y representación gráfica de los datos.

Este sistema se caracteriza básicamente en 4 aspectos: primero, los conceptos que definen el fenómeno son obtenidos directamente de la población en estudio y no están previamente establecidos por el investigador. Segundo, la investigación está diseñada en forma específica para el análisis de grupo, más que de individuos. Tercero, el cuestionario realiza las mediciones mediante el método de pares comparados, original de Thurstone (1927) y retomados por Woelfel y Fink (1980), que ha sido correlacionado con escalas de nivel racional de probada exactitud y precisión.

Por último, la precisión de las mediciones, hace posible el uso de algoritmos métricos de escalamiento multidimensional, que entregan como producto, una representación

gráfica o mapa Galileo (Gillham y Woelfel, 1977; Demicheli, 2000a). Estos mapas corresponden a una proyección en dos dimensiones de un espacio multidimensional, por lo tanto, aunque los números son exactos, la representación gráfica es sólo una aproximación (Woelfel, 2001).

El Sistema Galileo traza un mapa mental de la población estudiada, para lo cual, sigue los siguientes procedimientos (Gillham y Woelfel, 1977; Canan y Hennessy, 1989):

En primer lugar, se escoge una muestra de un grupo de personas y se crea la instancia para que sus integrantes puedan hablar con alguna extensión y profundidad acerca del tema en estudio. Los conceptos utilizados con mayor frecuencia, son considerados como aquellos que los individuos usan para definir y comprender el fenómeno. Para ello, se utiliza la técnica de entrevistas en profundidad, que se desarrolla en torno a una pregunta central, planteada en los siguientes términos: “¿Cuáles son, en su opinión, las principales características de la Organización en la que usted labora?”.

En base a la información obtenida en la etapa anterior, se elabora un cuestionario compuesto por pares de conceptos, que son comparados entre sí. Se solicita a los respondientes que realicen estimaciones directas acerca de la diferencia entre dos conceptos. El formato de la pregunta corresponde al anteriormente señalado: “si  $x$  y  $z$  están a  $n$  unidades de distancia ¿a qué unidades de distancia están los conceptos  $a$  y  $b$ ?”.

Finalmente, el Sistema Galileo aplica un conjunto de algoritmos sobre la información recogida en los cuestionarios. Como resultado, se obtiene una representación gráfica en un espacio geométrico, en que las distancias entre los sujetos y los conceptos, representan las “actitudes”, y las distancias entre los distintos conceptos, representan las “creencias”.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACION**

Esta investigación es básicamente descriptiva, pues tiene por finalidad especificar las principales propiedades del fenómeno de estudio -la Cultura organizacional- y medir sus componentes de un modo independiente (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño utilizado en el estudio es no experimental, pues no hay manipulación voluntaria de variables, sino que se “observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Específicamente, es un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo, es decir, describe a un grupo de variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

#### **3.3 POBLACION**

La población está conformada por todas las Enfermeras universitarias contratadas por el Hospital Regional Rancagua, que realicen funciones clínicas o clínicas y administrativas conjuntamente, durante el período comprendido entre Mayo y Octubre de 2003, lo que corresponde a un total de 87 personas (N= 87). La distribución por sexo es de 79 mujeres (N= 79) y 8 hombres (N= 8), equivalente a un 90.8 % y un 9.2 %, respectivamente.

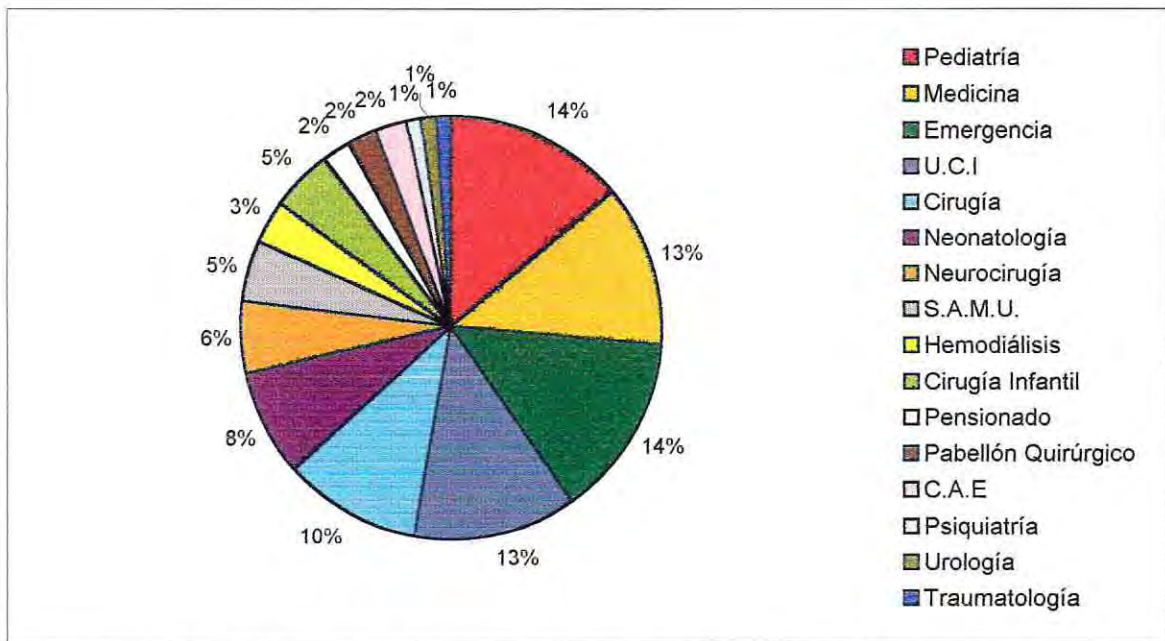
La distribución por Servicios es la siguiente:

<b>SERVICIO CLÍNICO</b>	<b>N</b>
Pediatría	12
Emergencia	12
Medicina	11
U.C.I.	11
Cirugía	9
Neonatología	7
Neurocirugía	5
Cirugía Infantil	4
Hemodiálisis	3
S.A.M.U.	4
C.A.E.	2
Pabellón Quirúrgico	2
Pensionado	2
Psiquiatría	1
Traumatología	1
Urología	1
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>

**Tabla N° 1:** Distribución de la población de Enfermeras por Servicio Clínico.

Los Servicios de Esterilización, I.I.H., S.A.P.U. y S.O.M.E. no son considerados como parte de la población en estudio, debido a que cuentan con la presencia de una sola Enfermera en cada sector, designadas exclusivamente para funciones administrativas.

La distribución porcentual de la población por Servicio Clínico, se grafica de la siguiente manera:



**Figura N° 3:** Distribución porcentual de población de Enfermeras por Servicio Clínico.

### 3.4 MUESTRA

#### Tipo de Muestra

Esta investigación utiliza una muestra no probabilística de sujetos-tipo, es decir, la muestra se compone de individuos que poseen ciertas condiciones que han sido previamente especificadas por el investigador, en forma dirigida y no aleatoria, de acuerdo a los objetivos del estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

#### Tamaño de la Muestra

Está conformada por el 23% de la población, equivalente a 20 Enfermeras Clínicas.

## **Procedimiento de Selección**

La elección de los participantes se realiza de acuerdo a un grupo de características predeterminadas, éstas son: Servicio Clínico, turno, cargo, tiempo en la Institución y años de profesión. Estas variables pueden influir en la percepción que se tiene de la situación laboral, por lo que es necesario tenerlas en cuenta al momento de las entrevistas en profundidad. Se pretende asegurar la diversidad de la muestra, mediante la selección de dichos factores en proporciones similares a las que presenta la población.

### **3.5 AMBIENTE**

El estudio se lleva a cabo en el Hospital Regional Rancagua, que depende de la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins. La población asignada para esta Institución abarca la totalidad de la VI región, lo que corresponde a 780.627 habitantes (INE, 2002), teniendo a su cargo la ejecución de las acciones integradas para el fomento, protección y recuperación de la salud, además de la rehabilitación de enfermos.

El Hospital cuenta con 1.140 funcionarios, de los cuales 110 son oficiales administrativos, 160 auxiliares de servicio, 370 profesionales de la salud y 500 Técnicos Paramédicos. Dentro de los profesionales de la salud, 100 pertenecen al estamento de Enfermería, que está compuesto por áreas clínicas y administrativas.

El Hospital Regional Rancagua cuenta con un total de 48 Unidades, de las cuales 20 corresponden a Servicios Clínicos especializados. Estos son: Neonatología, Emergencia, Hemodiálisis, Pediatría, Neurocirugía, U.C.I., Medicina, Pensionado, Esterilización, I.I.H., Cirugía Infantil, C.A.E., Pabellón Quirúrgico, S.A.P.U., Cirugía, S.A.M.U., S.O.M.E., Psiquiatría, Traumatología y Urología.

### **3.6 DEFINICION DE VARIABLES**

#### **Variable en Estudio**

El presente estudio describe y analiza la variable de investigación “Cultura Organizacional.”

#### **Definición Conceptual**

Representación colectiva que sustentan los miembros de una Organización acerca de ciertos atributos presentes en ella (Ghio y Olave, 2001).

#### **Definición Operacional**

Conjunto de actitudes y creencias que manifiestan las Enfermeras Clínicas, en términos de la distancia existente entre los atributos o características del Hospital Regional Rancagua.

#### **Sub-variables en Estudio**

##### **Actitudes**

- **Definición Conceptual**

Percepción que tiene una persona acerca de la relación entre dos objetos, donde uno de éstos corresponde a ella misma (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel, 1980; Woelfel et al., 1986; Bergmann, 1998; Demicheli, 2002).

- **Definición Operacional**

Distancia existente entre el concepto “yo/mi” y cada uno de los distintos atributos o características organizacionales.

## **Creencias**

- **Definición Conceptual**

Percepción que tiene una persona acerca de la relación entre dos objetos, conceptos, ideas o atributos (Woelfel y Fink, 1980; Woelfel, 1980; Woelfel et al., 1986; Demicheli, 2002).

- **Definición Operacional**

Distancia existente entre los distintos pares de atributos o características organizacionales.

### **3.7 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION**

El estudio comprende básicamente 4 etapas. Se describen a continuación.

#### **Primera Etapa: Entrevistas en Profundidad**

Previo a las entrevistas, se realizan dos presentaciones para dar a conocer a las supervisoras y Enfermeras de los distintos Servicios Clínicos, los aspectos generales del estudio relacionados con los objetivos, metodología y resultados. Mediante estas reuniones se intenta motivar sobre los beneficios asociados a la ejecución de la investigación, recibiendo comentarios y aclarando las inquietudes que surgen por parte de las profesionales. Se acuerda con las supervisoras, la entrega de información pertinente en sus Servicios acerca de la realización de las entrevistas.

Las entrevistas en profundidad se llevan a cabo en las dependencias del Hospital Regional Rancagua, durante las dos primeras semanas del mes de Junio de 2003. Cada entrevista tiene una duración aproximada de 20 minutos y es registrada en cinta cassette.

En general, se realizan de manera satisfactoria en cuanto a tiempo estimado, puntualidad y asistencia de los participantes. El lugar físico es propicio, entregando tranquilidad, silencio y privacidad para el desarrollo de la actividad.

Como se menciona con anterioridad, las entrevistas son efectuadas mediante una pregunta abierta: “¿Cuáles son, en su opinión, las principales características del Hospital Regional Rancagua?”, permitiendo que el entrevistado se exprese libremente acerca del tema en cuestión.

En esta etapa del estudio, participa el 23% de la población que corresponde a 20 Enfermeras Clínicas. A continuación, se presenta la distribución de la muestra:

<b>SERVICIO CLINICO</b>	<b>ENTREVISTADOS</b>
Pediatría	2
Medicina	2
Cirugía	2
Emergencia	2
Neonatología	1
U.C.I.	1
Cirugía infantil	1
Neurocirugía	1
S.A.M.U.	1
C.A.E.	1
Hemodiálisis	1
Pabellón Quirúrgico	1
Psiquiatría	1
Traumatología	1
Urología	1
Pensionado	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

**Tabla Nº 2:** Distribución de la muestra de entrevistados por Servicio Clínico.

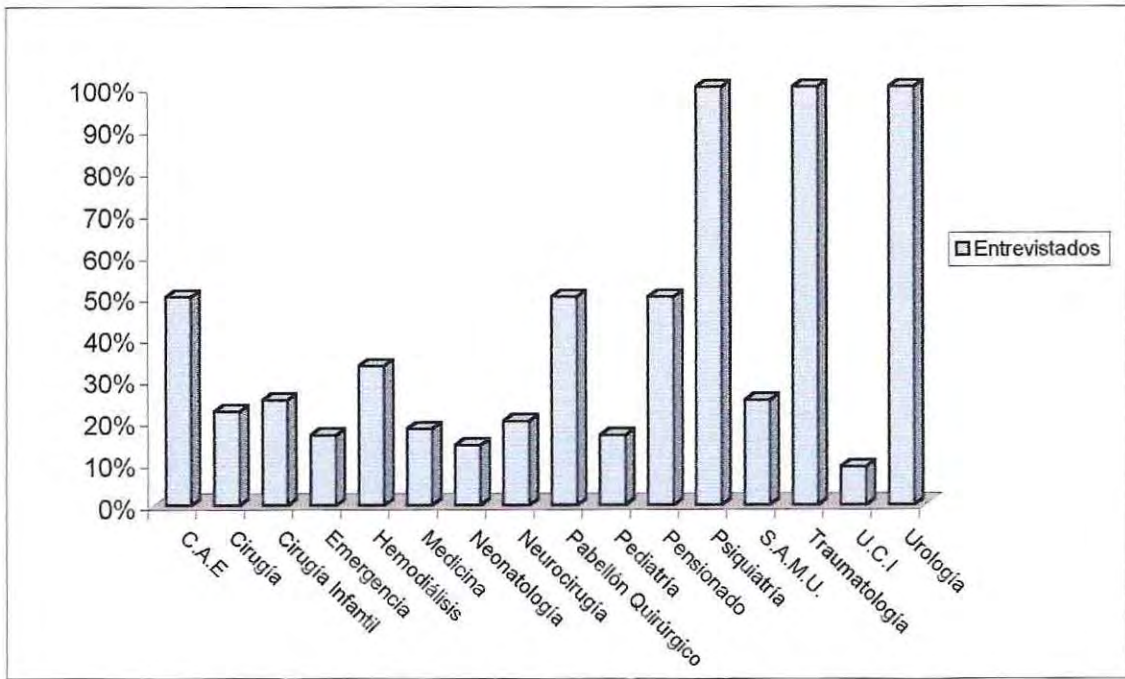


Figura N° 4: Distribución porcentual de la muestra entrevistada por Servicio Clínico.

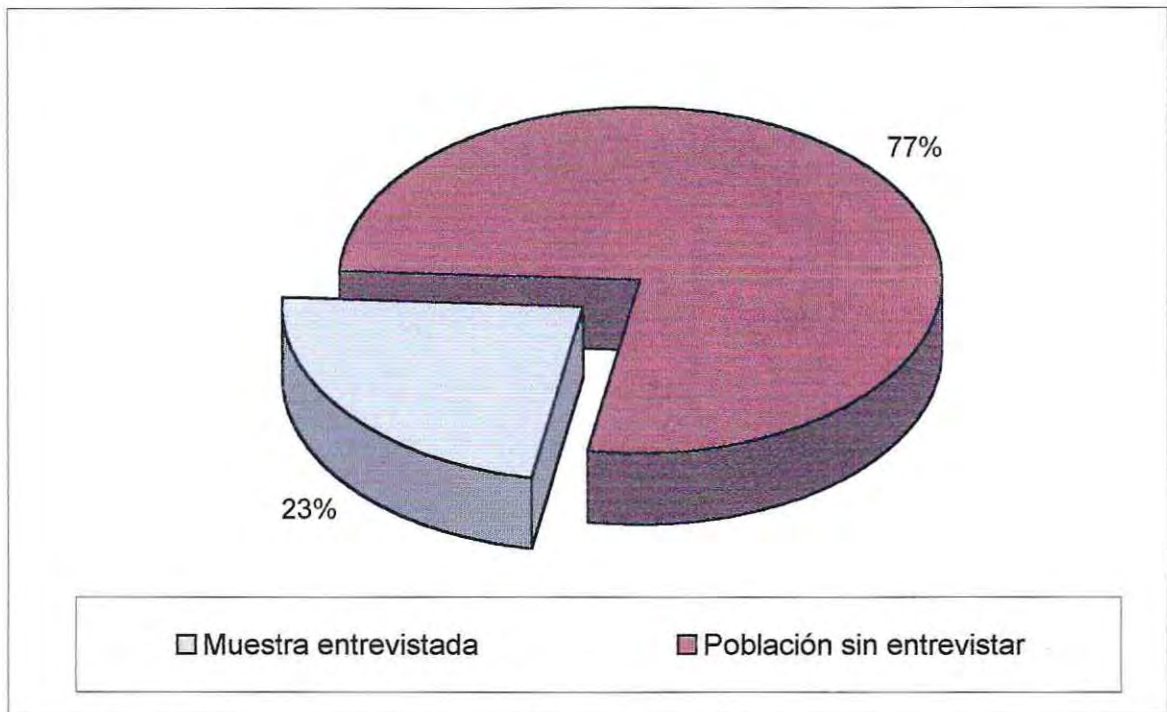


Figura N° 5: Distribución porcentual de la muestra entrevistada en relación a la población.

## Segunda Etapa: Elaboración del Cuestionario

### Transcripción de las Entrevistas en Profundidad

Luego de realizar las entrevistas, éstas son transcritas en su totalidad, con el fin de ingresar la información a los programas computacionales que ejecutan el análisis de los datos.

### Análisis de Contenido

Se aplican los programas computacionales CAT-PAC a todas las transcripciones, para determinar los conceptos que se presentan con mayor frecuencia durante las entrevistas. Luego se utiliza el programa CONCORDANCE para completar la información entregada por CAT- PAC y para analizar el contexto en que aparecen estos conceptos. El material obtenido, se expone en los apéndices A y B.

### Selección de Etiquetas

A partir del procesamiento de la información en los sistemas mencionados, se determinan las etiquetas en base a los siguientes criterios (Ghio y Olave, 2001):

- **Frecuencia:** Se consideran las palabras con mayor frecuencia de presentación.
- **Diferenciación:** Se determina con exactitud el uso que se les está dando a esas palabras, extrayendo aquellas que se relacionan directamente con el tema en estudio.
- **Inclusión:** Se incorporan ciertas etiquetas por requerimientos metodológicos, como la etiqueta “yo/mi”, necesaria para establecer la variable actitud y, también, se incluyen otras por interés de la investigación, como las etiquetas “personal nuevo” y “personal antiguo”, que aparecen como un tema relevante y presente en gran parte de las entrevistas.

Mediante estos criterios, se determinan los conceptos más adecuados para representar las características que señalan las Enfermeras acerca del Hospital en que laboran. Las etiquetas que se establecen son las siguientes:

1. **Yo/mi:** yo colectivo de las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua.
2. **Hospital Actual:** Hospital Regional Rancagua, tal como es percibido actualmente por las Enfermeras que pertenecen a esta Institución.
3. **Mi servicio:** Servicio Clínico en que trabaja la Enfermera.
4. **Las enfermeras:** estamento de Enfermería del Hospital Regional Rancagua que realiza funciones clínicas o clínicas y administrativas.
5. **Los Auxiliares paramédicos:** estamento de Auxiliares Técnicos Paramédicos del Hospital Regional Rancagua.
6. **Los médicos:** estamento de Médicos del Hospital Regional Rancagua.
7. **Personal nuevo:** Enfermeras con menos de 11 años de servicio en esta Institución.
8. **Personal antiguo:** Enfermeras con 11 ó más años de servicio en este Hospital.
9. **Los usuarios:** pacientes y familiares del paciente que demandan y reciben atención por parte del Hospital.
10. **Buena calidad de atención:** prestación de un servicio de salud a los usuarios, considerado satisfactorio por las Enfermeras del Hospital.
11. **Bienestar físico-psicológico:** salud mental y física del personal de este Hospital.
12. **Buenas relaciones interpersonales:** relaciones interpersonales entre el personal del Hospital, consideradas satisfactorias por ellos mismos.
13. **Sobrecarga de trabajo:** exceso de trabajo y alta cantidad de responsabilidades.
14. **Déficit de insumos:** escasez de recursos económicos asociado a la dificultad para conseguirlos.

## **Construcción del Cuestionario**

Una vez determinadas las etiquetas, se confecciona el cuestionario de pares comparados, emparejando todas las etiquetas entre sí y explicando la relación establecida entre ellas (Apéndice C). El formato en que se basa este instrumento es especificado con anterioridad, en la descripción del sistema Galileo.

### **Tercera Etapa: Cuestionario de Pares Comparados**

#### **Aplicación del Cuestionario**

Previo a suministrar el instrumento, se refuerza la difusión de información acerca del estudio y de la actividad a realizar. Con este fin, se entrega a las supervisoras un material informativo para ser comentado con las Enfermeras en los Servicios (Apéndice D).

La aplicación de los cuestionarios se lleva a cabo al interior del Hospital Regional Rancagua, durante los meses de Septiembre y Octubre de 2003. En el transcurso de las dos primeras semanas se efectúa de manera colectiva, reuniendo diariamente alrededor de 6 Enfermeras de los diferentes Servicios. A contar de la tercera semana, la administración es de manera individualizada, ubicando a las participantes en su lugar de trabajo. Este sistema es adoptado dada las condiciones de operación habitual de los Servicios Clínicos.

En los primeros días, se entrega una breve explicación a las participantes acerca del estudio y del formato del cuestionario. En general, no se observa dificultad para responder ni para comprender la relación entre los pares de conceptos, guiándose básicamente por las instrucciones señaladas bajo cada ítem. El promedio de respuesta de cada cuestionario es de aproximadamente 20 minutos, aunque en algunos casos se extiende al doble de tiempo, en especial, cuando el cuestionario no es comprendido con facilidad desde el comienzo.

En esta etapa del estudio, participan 75 Enfermeras que corresponden al 86% de la población total. El 14% restante, equivalente a 12 personas, no está presente esta etapa de medición; 7 de ellas se encuentran con licencias médicas y a las otras 5, no se tiene acceso durante el período de la administración.

La distribución por Servicio es la siguiente:

<b>SERVICIO CLÍNICO</b>	<b>N</b>	<b>ENCUESTADOS</b>
Pediatría	12	11
Emergencia	12	11
Medicina	11	9
U.C.I.	11	9
Cirugía	9	9
Neonatología	7	7
Neurocirugía	5	4
Cirugía Infantil	4	3
Hemodiálisis	3	3
S.A.M.U.	4	2
C.A.E.	2	2
Pabellón Quirúrgico	2	2
Pensionado	2	2
Psiquiatría	1	0
Traumatología	1	0
Urología	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>75</b>

**Tabla N° 3:** Distribución de la población de Enfermeras encuestadas por Servicio Clínico.

A continuación, se indica la distribución porcentual de los encuestados por Servicio Clínico y en relación a la población total:

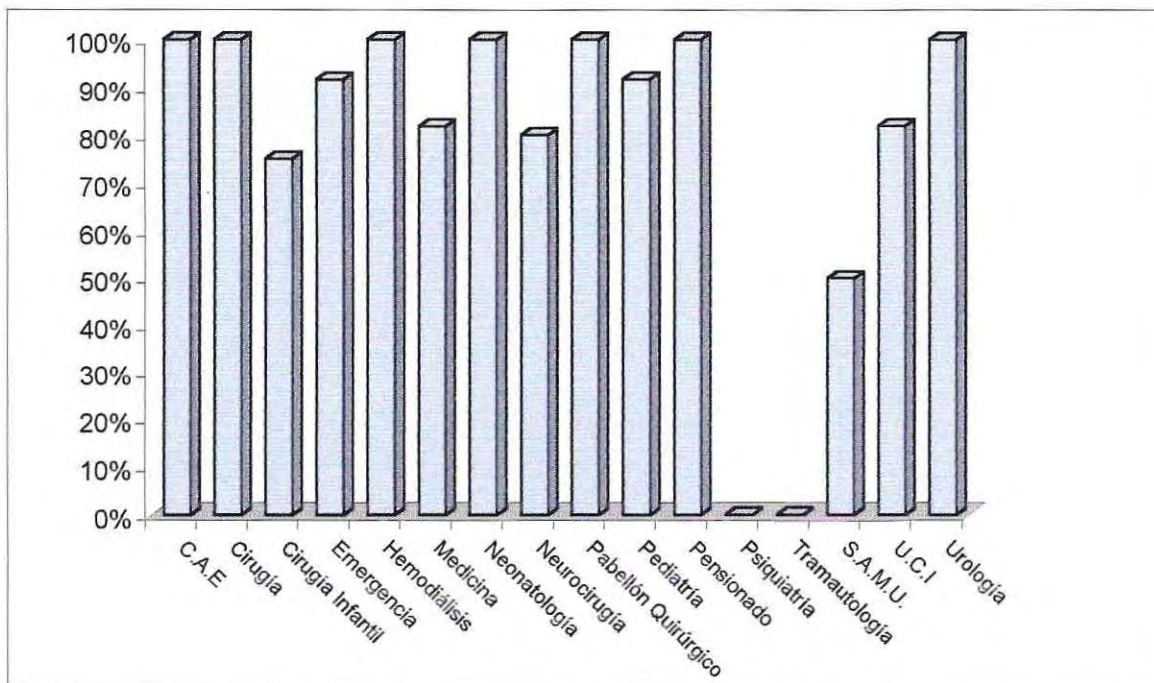


Figura N° 6: Porcentaje de encuestados por Servicio Clínico.

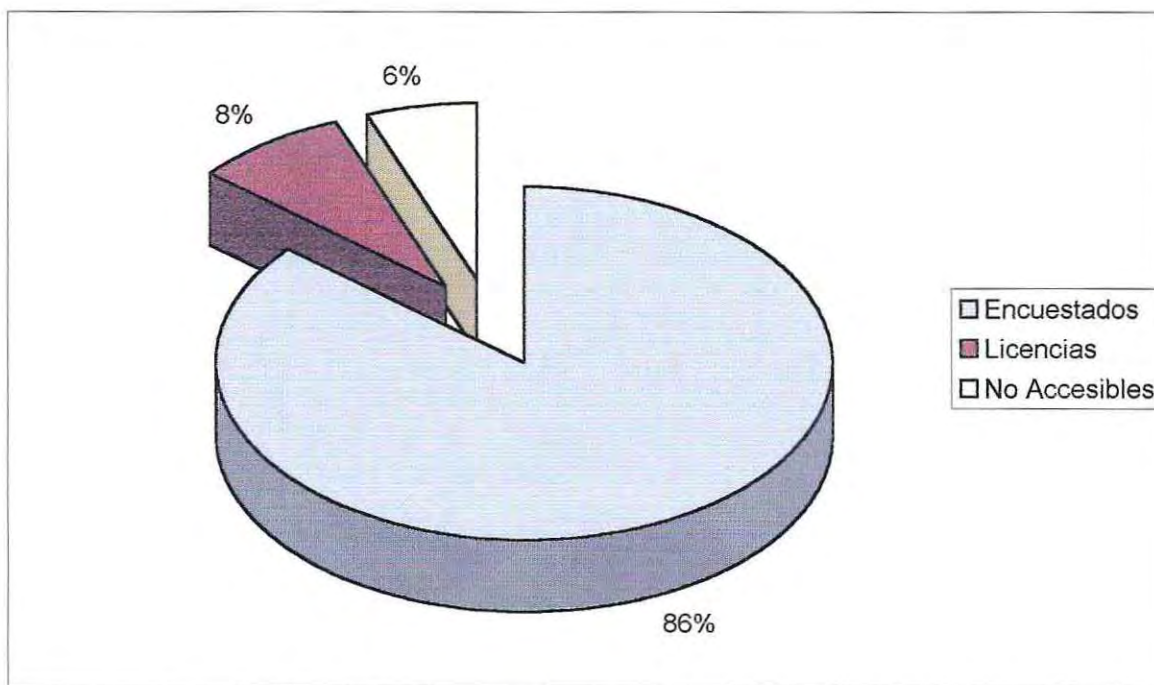


Figura N° 7: Distribución porcentual de encuestados en relación a la población.

#### Cuarta Etapa: Tabulación y Procesamiento de los Datos

La información obtenida en la aplicación de los cuestionarios es ingresada al Sistema Galileo. En este caso, los datos son tabulados en dos grupos, conformados por las Enfermeras nuevas y las antiguas. Esto, se debe a que en los cuestionarios se solicita a las Enfermeras entregar su apreciación acerca de ambos grupos por separado, por lo que es necesario identificar las respuestas de cada participante dentro de alguna de estas dos categorías, para luego realizar un análisis comparativo.

Se considera como Enfermeras nuevas a aquellas con menos de 11 años de servicio en el Hospital y como Enfermeras antiguas a las que tienen 11 ó más años de permanencia. Este criterio, se basa en la información obtenida mediante las entrevistas en profundidad.

De las 75 Enfermeras encuestadas, 27 corresponden al grupo de las antiguas y 48 al de las nuevas. A continuación se presenta la distribución porcentual de ambos grupos:

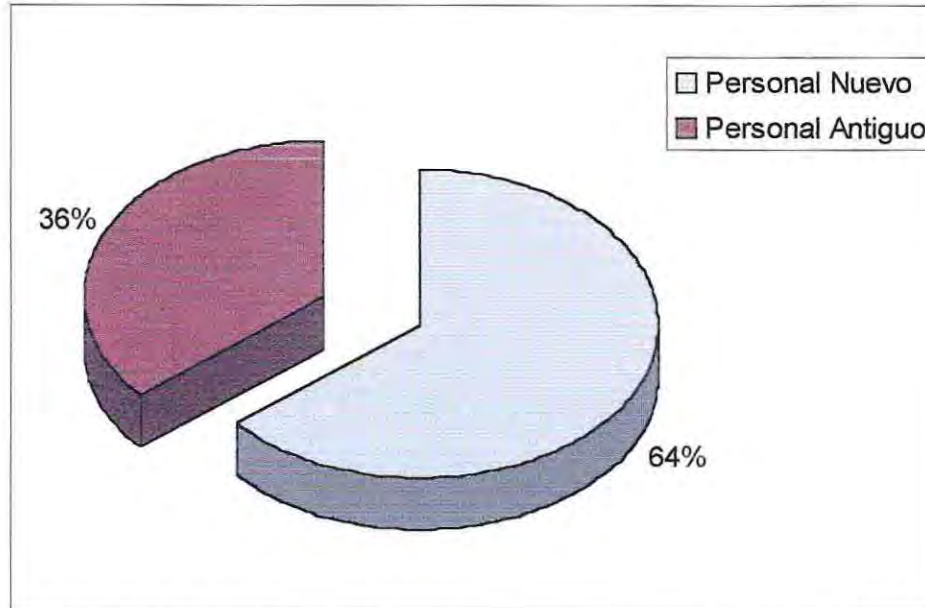


Figura N° 8: Distribución porcentual de la muestra encuestada por antigüedad.

El procesamiento de los datos arroja información diferenciada sobre las Enfermeras nuevas y las antiguas, acerca de las coordenadas en que se ubica cada uno de los conceptos, la desviación estándar de cada etiqueta y las distancias existentes entre ellas.

El producto final de la investigación son los mapas que representan los conceptos como puntos en el espacio Galileo, graficando la distancia entre ellos. Además, el Sistema permite observar el espacio en tres dimensiones, visualizándolo desde distintas perspectivas.

#### 4. RESULTADOS

En el cuestionario de pares comparados se determinan las etiquetas *Personal nuevo* y *Personal antiguo* con el fin de diferenciar a las Enfermeras según su tiempo de permanencia en la Institución. Esto, implica que el análisis de la información se realiza separadamente para identificar las apreciaciones que tiene cada grupo respecto de sí mismo y de los demás. Al hacer mención del personal nuevo, se incluye a todas las Enfermeras del Hospital Regional Rancagua con menos de 11 años de servicio en la Institución, mientras que el personal antiguo está compuesto por todas aquellas que llevan 11 ó más años.

La información se estructura bajo los conceptos de “actitudes” y “creencias”, que como se ha mencionado anteriormente, corresponden a las sub-variables en estudio. En cuanto a las creencias, el puntaje está determinado por la distancia establecida entre los distintos elementos que caracterizan al Hospital y, en el caso de las actitudes, por la brecha entre la etiqueta *Yo/ mi* y cada atributo.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios se presentan mediante tablas y mapas Galileo. Las tablas indican los puntajes, expresados en términos de “unidades de distancia”, que corresponden al promedio de las separaciones de cada par de conceptos. Así, los mapas Galileo, representan en un orden físico y espacial la ubicación de cada etiqueta, en términos de distancia a la que se encuentra cada una de las otras trece, manteniendo su posición individual original y en las relaciones que se establecen entre todas ellas.

Además, se utiliza el promedio total de los puntajes de cada grupo para determinar lo que constituye “cercanía” o “lejanía” de los valores señalados para cada atributo. Este juicio, se basa en la misma lógica de la metodología utilizada, que determina las distancias entre los conceptos a través de la media aritmética.

Dada la complejidad que implica hacer un análisis considerando todas las posibles interrelaciones entre las etiquetas, se establecen ciertos criterios para la lectura e interpretación de los resultados. En el caso de esta investigación, las etiquetas se ordenan en tres categorías, que han sido inicialmente propuestas por Ghio y Olave (2001), estas son:

**1) Actores:** considera a *Yo/ mi, Personal nuevo, Personal antiguo, Enfermeras, Técnicos Paramédicos y Médicos*. Los *Usuarios* también pertenecen a esta categoría, aunque en ciertas ocasiones son tratados por separado dada su condición de cliente externo.

**2) Características y/ o condiciones:** se dividen en positivas y negativas. Las positivas son *Buena calidad de atención, Buenas relaciones interpersonales y Bienestar físico-psicológico*. Las características negativas son *Déficit de insumos y Sobrecarga de trabajo*.

**3) Escenarios:** corresponde a *Mi servicio* y a *Hospital actual*.

## 4.1 ACTITUDES

### Las Enfermeras Nuevas

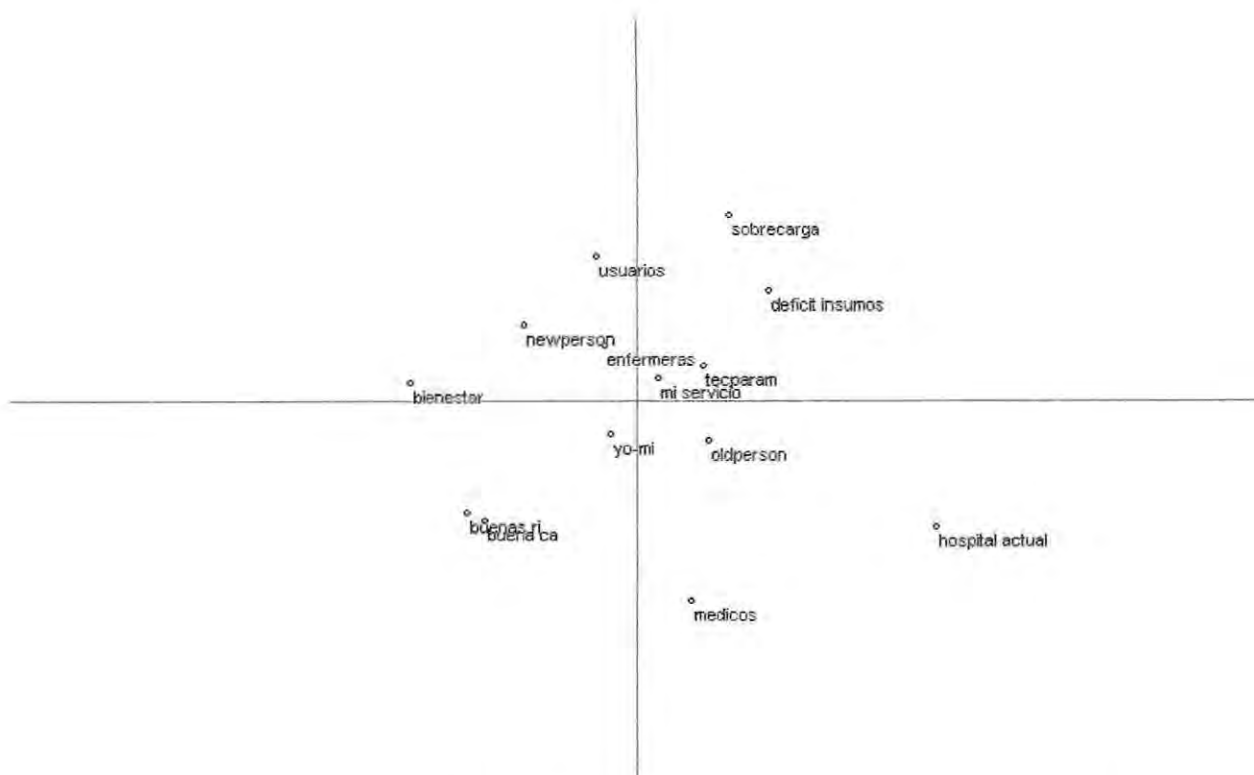
La tabla N° 4 señala las distancias medias de las actitudes que poseen las Enfermeras nuevas acerca de las características del Hospital en que laboran, obtenidas a partir de la distancia entre *Yo/ mi* y cada uno de los otros conceptos. Además, se presenta el promedio total de las distancias actitudinales.

La etiqueta *Yo/ mi* representa la media de las respuestas de cada encuestado, por lo que matemáticamente corresponde al “Yo colectivo”.

<b>Etiqueta</b>	<b>Yo/ mi</b>
Hospital actual	33,06
Mi servicio	15,81
Buena calidad de atención	11,69
Bienestar físico-psicológico	30,15
Buenas relaciones interpersonales	8,81
Sobrecarga de trabajo	28,88
Déficit de insumos	28,85
Enfermeras	30,54
Técnicos paramédicos	39,94
Médicos	45,85
Personal nuevo	25,67
Personal antiguo	34,21
Usuarios	27,67
<b>Promedio</b>	<b>27.77</b>

**Tabla N° 4:** Distancias medias entre *Yo/ mi* y todas las otras etiquetas, asignadas por las Enfermeras nuevas.

La representación gráfica de las distancias actitudinales, se muestra en el siguiente mapa Galileo:



**Figura N° 9:** Vista 2 dimensiones del mapa Galileo. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.

Algunas etiquetas han sido abreviadas en el mapa Galileo. Estas son:

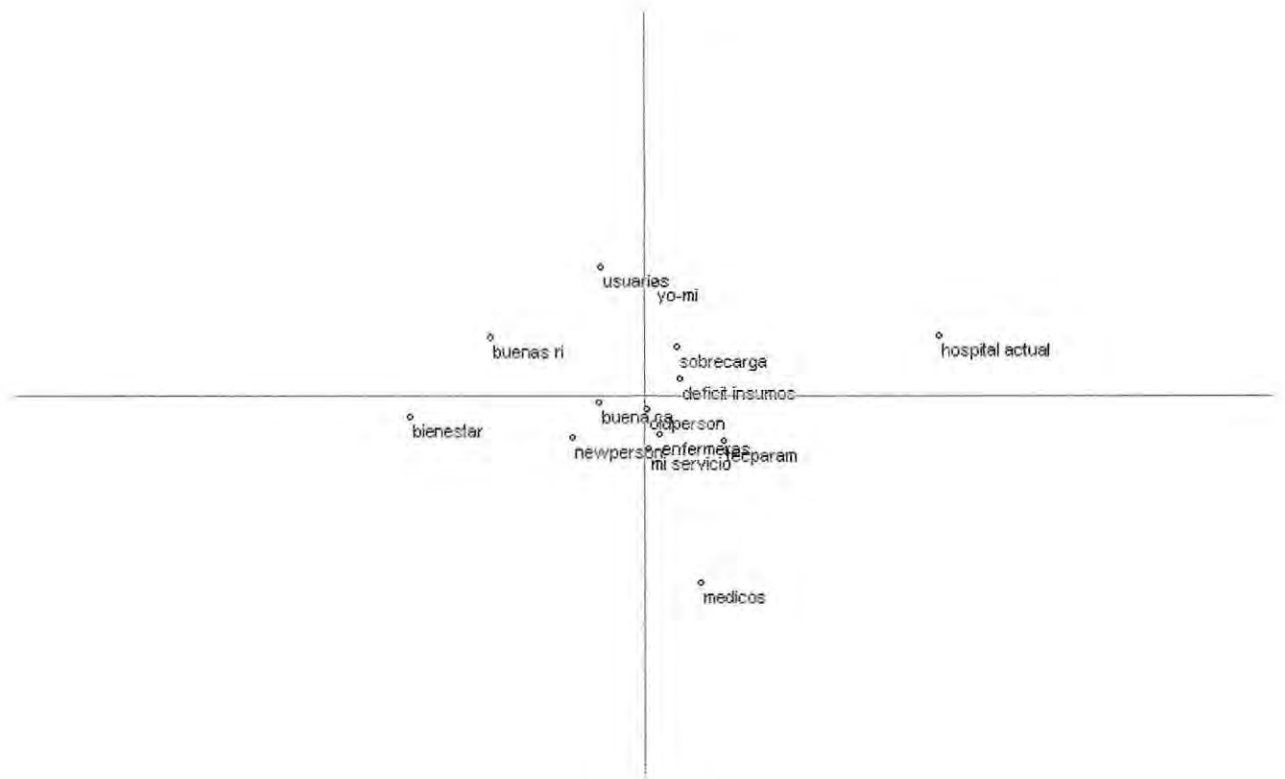
- Buenas relaciones interpersonales (buenas ri)
- Buena calidad de atención (buena ca)
- Técnicos paramédicos (tecparam)
- Bienestar físico-psicológico (bienestar)
- Sobrecarga de trabajo (sobrecarga)
- Personal nuevo (newperson)
- Personal antiguo (oldperson).

## Las Enfermeras Antiguas

La tabla N° 5 señala las distancias medias de las actitudes que poseen las Enfermeras antiguas acerca de las características del Hospital en que laboran. Además, se presenta el promedio total de las distancias actitudinales. La representación gráfica de las distancias, se muestra en el mapa Galileo, figura n° 10.

<b>Etiqueta</b>	<b>Yo/ mi</b>
Hospital actual	26,96
Mi servicio	18,23
Buena calidad de atención	11,77
Bienestar fisico-psicológico	31,38
Buenas relaciones interpersonales	10,19
Sobrecarga de trabajo	16,58
Déficit de insumos	30,65
Enfermeras	37,35
Técnicos paramédicos	35,54
Médicos	45,62
Personal nuevo	36,19
Personal antiguo	27,50
Usuarios	15,35
<b>Promedio</b>	<b>26.40</b>

**Tabla N° 5:** Distancias medias entre *Yo/ mi* y todas las otras etiquetas, asignadas por las Enfermeras Antiguas.



**Figura N° 10:** Vista 2 dimensiones del mapa Galileo.  
Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.

## 4.2. CREENCIAS

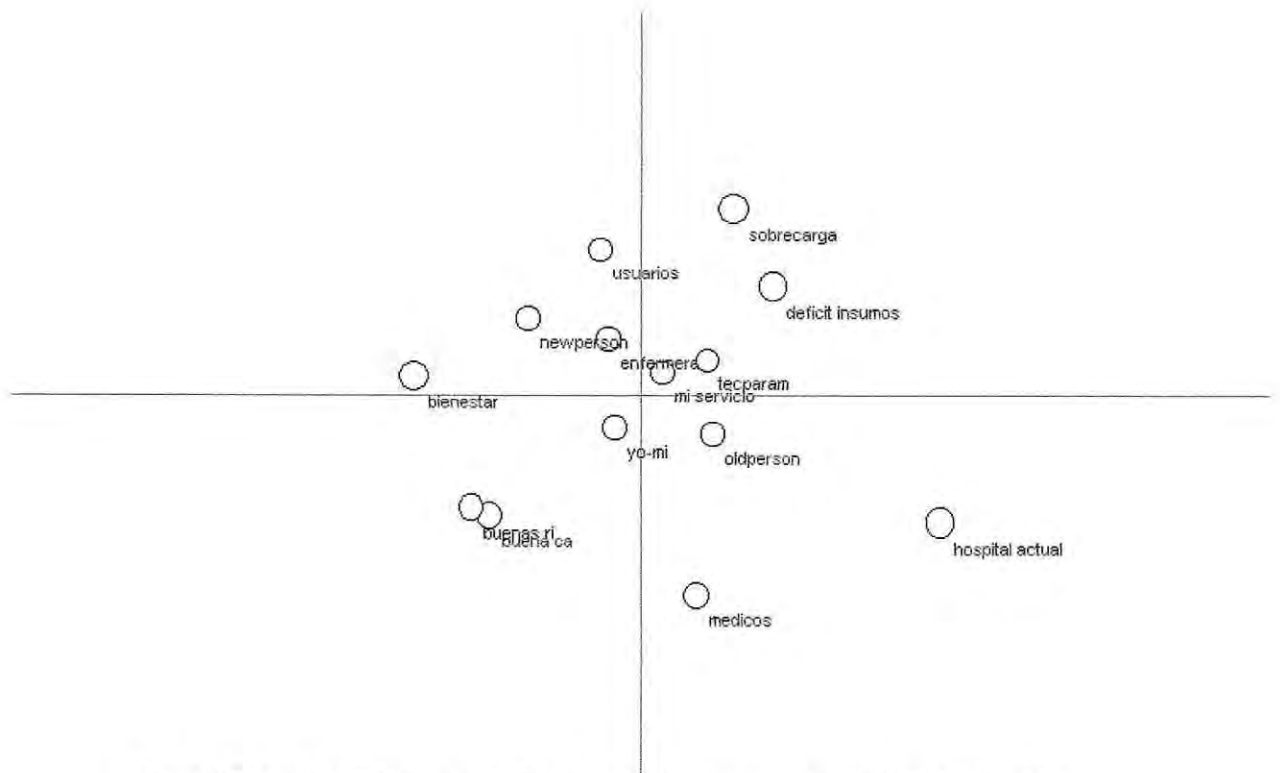
### Las Enfermeras Nuevas

La tabla N° 6 señala las distancias medias de las creencias que poseen las Enfermeras nuevas acerca de las características del Hospital en que laboran, que se obtienen a partir de la distancia de todos los pares de etiquetas. Se señala en color azul las cuatro distancias menores y, en rojo las cuatro mayores. El promedio total de los puntajes de la matriz es de 38.75 unidades de distancia.

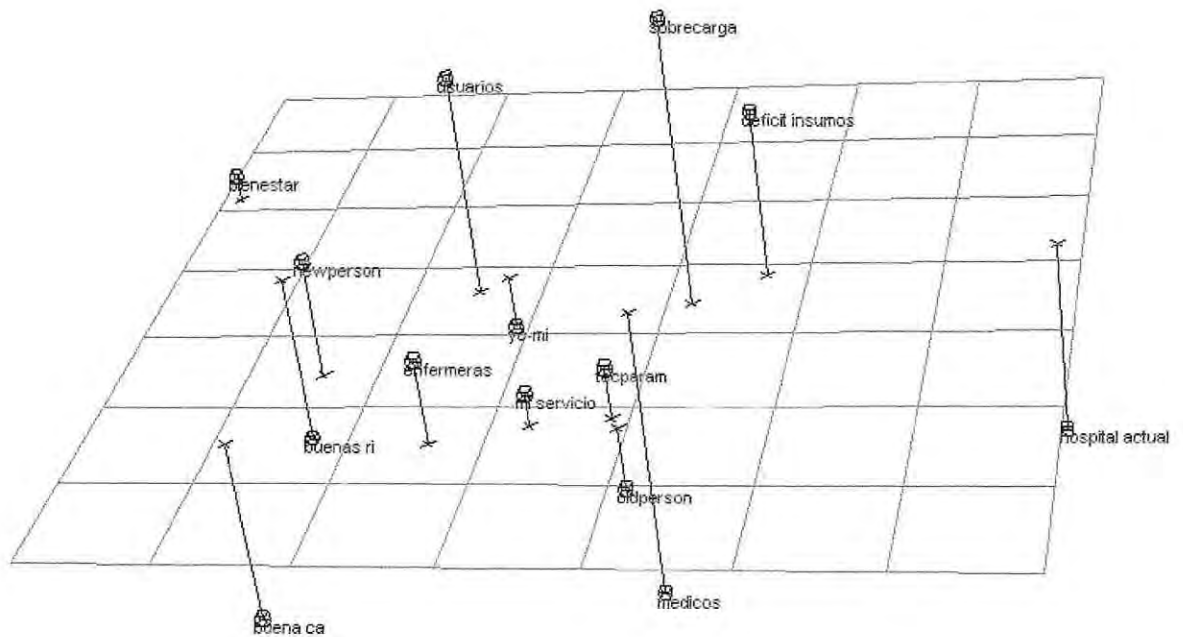
La representación gráfica de esas distancias, se muestra en las figuras n° 9, 11 y 12. La figura n° 9 se encuentra en el apartado de actitudes, la n° 11 corresponde a un mapa de dos dimensiones, que señala el error estándar de estimación mediante el diámetro de la circunferencia de cada concepto. La figura n° 12 es un mapa en tres dimensiones que indica, mediante una línea, el error estándar de estimación para cada etiqueta.

Etiquetas	Buena calidad de atención	Hospital actual	Bienestar físico-psicológico	Buenas relaciones Inter-personales	Sobrecarga de trabajo	Déficit de insumos	Mi servicio	Enfermeras	Técnicos paramédicos	Médicos	Personal nuevo	Personal antiguo
Hospital actual	59,38											
Bienestar físico-psic.	40,42	<b>74,21</b>										
Buenas relac. interp.	27,21	<b>19,56</b>	<b>19,56</b>									
Sobrecarga de trabajo	<b>61,00</b>	43,88	45,02	47,88								
Déficit de insumos	56,27	39,58	46,60	56,81	28,58							
Mi servicio	29,06	54,71	51,56	41,29	<b>21,23</b>	32,77						
Enfermeras	24,77	<b>61,08</b>	47,73	39,00	<b>21,17</b>	32,58	27,40					
Técnicos paramédicos	41,04	53,31	53,54	43,50	29,10	35,58	30,63	34,21				
Médicos	51,31	39,90	43,33	34,50	55,17	45,13	31,50	35,58	44,29			
Personal nuevo	26,38	<b>64,98</b>	37,63	30,77	28,35	36,21	32,35	28,15	39,79	46,67		
Personal antiguo	35,04	41,96	54,21	39,23	34,13	37,23	25,48	24,79	29,77	30,85	32,83	
Usuarios	44,69	52,50	27,83	34,31	22,35	30,67	27,08	24,13	37,31	56,88	24,79	30,88

Tabla N° 6: Distancias entre las etiquetas, asignadas por las Enfermeras nuevas.



**Figura N° 11:** Vista 2 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.



**Figura N° 12:** Vista 3 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras nuevas.

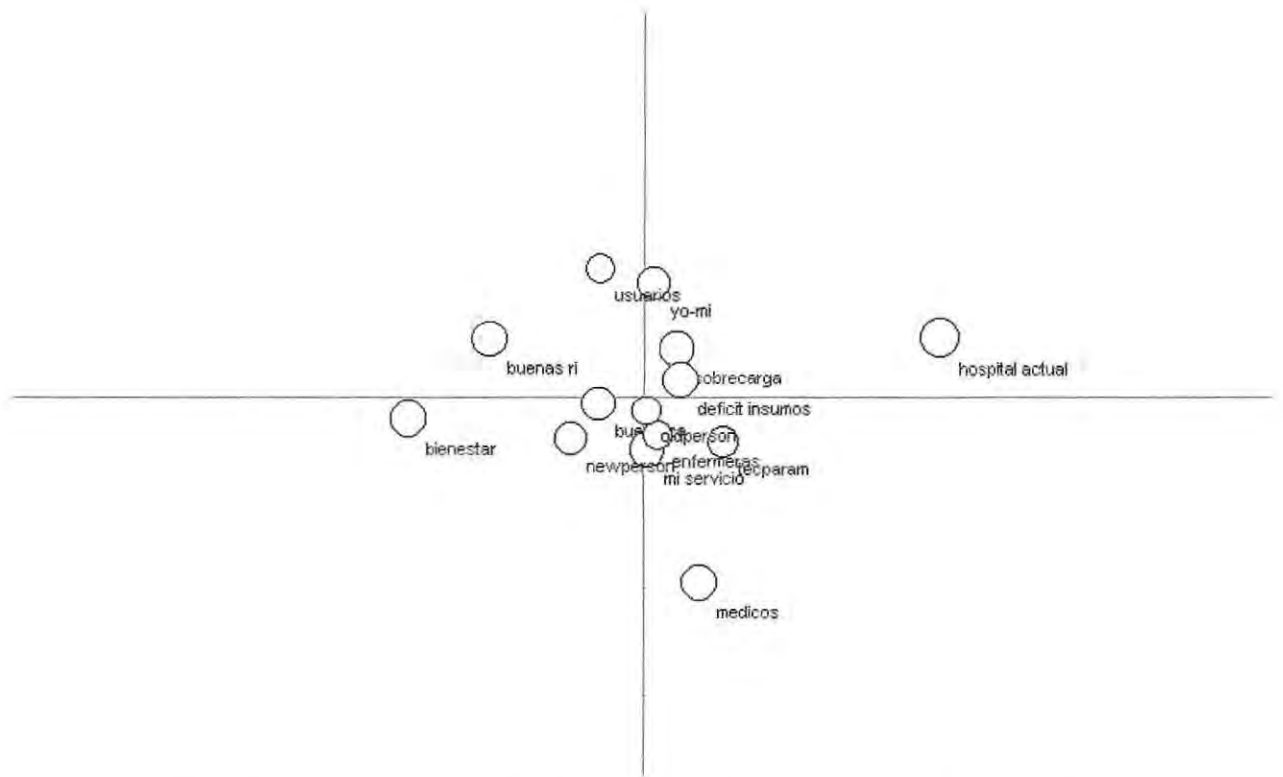
## **Las Enfermeras Antiguas**

La tabla N° 7 señala las distancias medias de las creencias que poseen las Enfermeras antiguas acerca de las características del Hospital en que laboran, obteniéndose a partir de la distancia de todos los pares de etiquetas posibles. Se señalan en color azul las cuatro distancias menores y, en rojo las cuatro mayores. El promedio total de los puntajes es de 35.66 unidades de distancia.

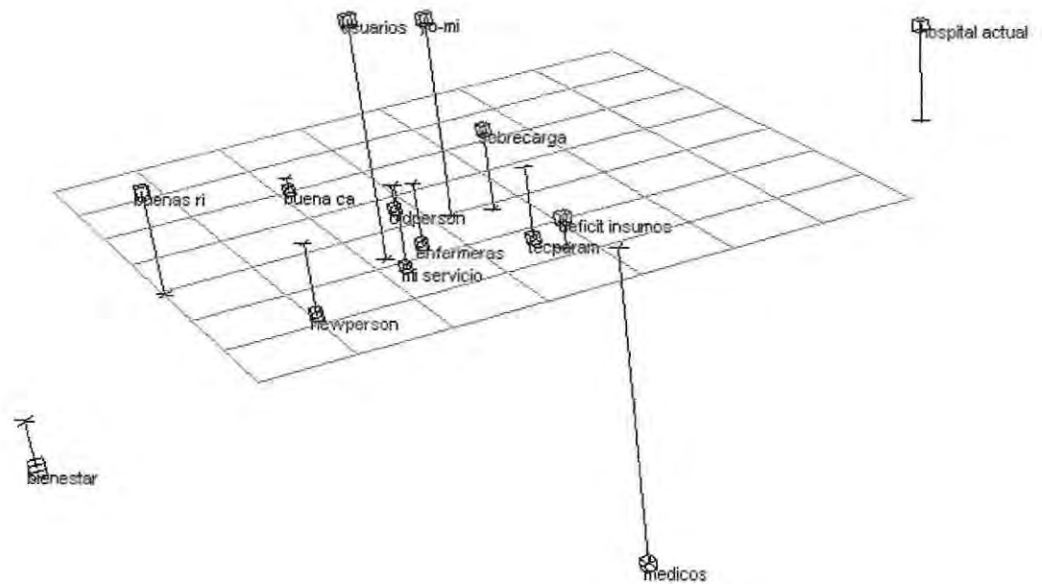
La representación gráfica de esas distancias, se muestra en las figuras n° 10, 13 y 14. La figura n° 10 se encuentra en el apartado de actitudes, la n° 13 corresponde a un mapa de dos dimensiones, que señala el error estándar de estimación mediante el diámetro de la circunferencia de cada concepto. La figura n° 14 es un mapa en tres dimensiones que indica, mediante una línea, el error estándar de estimación para cada etiqueta.

Etiquetas	Buena calidad de atención	Hospital actual	Bienestar físico-psicológico	Buenas relaciones Inter-personales	Sobrecarga de trabajo	Déficit de insumos	Mi servicio	Enfermeras	Técnicos paramédicos	Médicos	Personal nuevo	Personal antiguo
Hospital actual	52,00											
Bienestar físico-psico.	36,31	<b>83,27</b>										
Buenas relac. interp.	28,46	<b>68,81</b>	24,58									
Sobrecarga de trabajo	49,50	43,12	42,46	36,27								
Déficit de insumos	44,12	37,38	36,27	36,85	27,96							
Mi servicio	23,42	<b>58,54</b>	51,77	36,58	<b>13,92</b>	32,04						
Enfermeras	<b>15,15</b>	52,65	50,62	39,96	<b>10,65</b>	24,77	32,23					
Técnicos paramédicos	34,00	44,85	54,46	47,62	24,50	31,85	25,96	30,50				
Médicos	51,38	38,85	36,81	45,00	44,38	38,19	28,54	33,96	35,08			
Personal nuevo	29,27	<b>58,65</b>	32,54	28,19	27,92	35,27	33,38	21,31	36,19	38,46		
Personal antiguo	19,85	52,15	46,96	28,58	15,19	30,38	26,50	21,92	26,96	36,73	30,54	
Usuarios	44,38	47,31	26,04	<b>14,23</b>	15,38	24,73	33,54	20,96	30,65	54,27	28,20	29,44

Tabla N° 7: Distancias entre las etiquetas, asignadas por las Enfermeras antiguas.



**Figura N° 13:** Vista 2 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.



**Figura N° 14:** Vista 3 dimensiones del mapa Galileo, con error estándar de estimación. Representación de las creencias y actitudes de las Enfermeras antiguas.

## 5. ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS

### 5.1 ACTITUDES

#### Las Enfermeras Nuevas

##### Los Escenarios

El menor puntaje del Yo Colectivo de las Enfermeras nuevas se presenta en referencia a la etiqueta *Mi servicio* (15.81), lo cual señala que este grupo se considera muy vinculado a la Unidad en que trabaja. Esta distancia se hace mayor respecto de la etiqueta *Hospital actual* (33.06), de modo que se percibe notoriamente más distante la relación que se establece entre las Enfermeras nuevas y la Institución, que con el Servicio.

##### Los Actores

La menor distancia entre el Yo colectivo y los otros actores, corresponde a la etiqueta *Personal Nuevo* (25.67). Esto indica que las Enfermeras nuevas se sienten más cercanas y vinculadas, principalmente, con su grupo de pertenencia.

El puntaje más alto entre el Yo colectivo y los actores, corresponde a la etiqueta *Médicos* (45.85), que alcanza la mayor distancia actitudinal de este grupo. Esto señala que las Enfermeras nuevas se sienten más bien alejadas del estamento médico y estableciendo un menor contacto que con los otros estamentos del Hospital.

La vinculación que manifiestan las Enfermeras nuevas en relación a la mayor parte de los actores, se encuentra por sobre el promedio de distancias (27.77). De modo que, este grupo se ve relativamente separado de sus colegas y más aún de los Auxiliares Paramédicos y de los Médicos.

## **Los Usuarios**

La distancia percibida entre el Yo colectivo y la etiqueta *Usuarios* (27.67), es una de las menores y bastante similar a la establecida con su propio grupo, *Personal Nuevo* (25.67). A partir de esto, se puede plantear que desde la perspectiva de las Enfermeras nuevas, los usuarios ocupan una posición privilegiada entre los actores, ubicándolos particularmente cercanos a ellas mismas.

## **Las Características y/o Condiciones**

La menor distancia del Yo colectivo, se aprecia en referencia a *Buenas relaciones interpersonales* (8.81), que alcanza el puntaje más bajo de **todo** el estudio. Con una distancia levemente mayor, sigue *Buena calidad de atención* (11.69); ello señala que, las Enfermeras nuevas mantienen relaciones sociales con el personal Hospitalario consideradas altamente satisfactorias por ellas mismas, y además, que perciben la entrega de un buen servicio a los pacientes como algo propio y característico de su grupo. Esto se relaciona directamente con la apreciación de cercanía hacia los usuarios.

Las etiquetas *Sobrecarga de trabajo* (28.88) y *Déficit de insumos* (28.85), presentan puntajes por sobre el promedio actitudinal (27.77), lo cual expone que las Enfermeras nuevas distinguen más presentes las características positivas versus las negativas, que se aprecian a mayor distancia.

Sin embargo, se da el caso contrario con el *Bienestar físico-psicológico* (30.15), pues su puntaje lo sitúa como el atributo más distante de esta categoría, lo que evidencia una clara percepción de carencia respecto de esta característica positiva; es decir, las Enfermeras nuevas se perciben lejanas de poseer un estado físico y mental saludable, lo que constituye uno de los especto más débiles identificados por este grupo.

## **Las Enfermeras Antiguas**

### **Los Escenarios**

El menor puntaje del Yo colectivo de las Enfermeras antiguas se exhibe respecto de la etiqueta *Mi servicio* (18.23), lo que indica que este grupo se percibe bastante cercano al Servicio en que trabaja. Esta distancia se hace mayor en la etiqueta *Hospital actual* (26.96), de modo que se considera más lejana la relación que se establece entre las Enfermeras antiguas y la Institución.

### **Los Actores**

La menor distancia entre el Yo colectivo de las Enfermeras antiguas y los otros actores del Hospital, corresponde a la etiqueta *Personal antiguo* (27.50). Esto indica que las Enfermeras antiguas se sienten más cercanas, principalmente, a su grupo de pertenencia.

La mayor separación se encuentra en relación a la etiqueta *Médicos* (45.62), que alcanza la mayor distancia actitudinal de este grupo; ello indica que las Enfermeras antiguas se sienten más bien alejadas del estamento médico y estableciendo un menor contacto que con los otros actores del Hospital.

Sin embargo, las etiqueta *Personal antiguo* (27.50), que corresponde a la menor brecha entre el Yo colectivo y los otros actores Hospitalarios, se encuentra por sobre el promedio de distancias actitudinales (26.40), por lo que puede deducirse que las Enfermeras antiguas se perciben relativamente distantes del personal del Hospital e incluso de sus colegas pares en antigüedad.

### **Los Usuarios**

La distancia entre el Yo colectivo de las Enfermeras antiguas y la etiqueta *Usuarios* (15.35), constituye uno de los menores puntajes actitudinales de este grupo. Esto plantea

que los pacientes y familiares son considerados más cercanos que todos los actores, incluso a *Personal antiguo*. La percepción de un estrecho vínculo con los usuarios, se relaciona con otros factores como la entrega de una buena calidad de atención.

### **Las Características y/o Condiciones**

La menor distancia del Yo Colectivo de las Enfermeras antiguas, se observa en relación a *Buenas relaciones interpersonales* (10.19) y, con un puntaje levemente mayor, sigue *Buena calidad de atención* (11.77); ello indica que, la satisfactoria relación con el personal Hospitalario y la prestación de un servicio de calidad a los usuarios se reconocen como atributos altamente presentes en el grupo y propios de las Enfermeras antiguas.

El *Déficit de insumos* (30.65) aparece por sobre el promedio de las distancias (26.40), como un atributo más bien lejano, señalando que la falta de recursos no se constituye como un principal foco de atención en el quehacer diario de este grupo.

En cambio, la etiqueta *Bienestar físico- psicológico* (31.38) se ubica por sobre el promedio de distancias y bastante lejana a las demás características positivas, lo que manifiesta una clara percepción de carencia respecto de este atributo, de modo que, las Enfermeras antiguas se aprecian lejos de contar con un óptimo estado físico y mental.

Además, la *Sobrecarga de trabajo* (16.58), presenta uno de los menores puntajes actitudinales, de modo que esta condición se percibe bastante cercana al Yo colectivo, como una situación que se vive a diario y en forma más evidente que otras características del Hospital. Estas dos etiquetas, constituyen los aspectos identificados como más débiles.

## **Análisis Comparativo acerca de las Actitudes de Ambos Grupos**

En general, existe bastante consenso en la percepción que mantienen las Enfermeras nuevas y las Enfermeras antiguas, tanto en el orden en que se ubican los atributos, en términos de menor a mayor distancia, como en los valores que se establecen para cada uno. Esto hace pensar que la Cultura Organizacional de las Enfermeras nuevas y antiguas es una sola, y que los elementos de ella, como las actitudes, se comparten ampliamente. A continuación, se exponen los aspectos en que se manifiesta mayor acuerdo y divergencia entre ambos grupos, señalando los puntajes más cercanos y distantes. Es importante aclarar que el primer valor entre paréntesis corresponde al grupo de las Enfermeras nuevas y el segundo a las Enfermeras antiguas.

Con respecto a los escenarios, se observa que ambos grupos se consideran más cercanos a la etiqueta *Mi servicio* (15.81 y 18.23) que a *Hospital actual* (33.06 y 26.96), marcando una notoria diferencia entre las distancias establecidas respecto de uno y otro escenario, lo cual sugiere que ambos grupos se identifican en mayor magnitud con su Unidad, que con la Institución. Esta situación puede deberse a que las funciones se llevan a cabo, básicamente, al interior del Servicio, sin establecer mayor contacto con las otras dependencias para la coordinación de actividades, tanto laborales como extra-laborales.

En cuanto a los actores, tanto las Enfermeras nuevas como las antiguas perciben a similar distancia su grupo de pertenencia, *Personal nuevo* y *Personal antiguo* (25.67 y 27.50, respectivamente). La discrepancia se da, en que para las primeras, esta brecha corresponde a la más cercana respecto del Yo colectivo, mientras que para las segundas, la menor distancia se percibe con *Usuarios* (15.35) y luego en relación a *Personal antiguo*.

Por lo tanto, es posible afirmar que, ambos grupos se perciben más vinculadas a su grupo de pertenencia que al resto del personal; sin embargo, si consideramos a los actores

externos -los usuarios-, las Enfermeras nuevas se perciben más vinculadas a sus colegas pares en antigüedad, que las antiguas, quienes establecen su mayor contacto con los pacientes y familiares.

Las Enfermeras nuevas establecen con *Usuarios* (27.67) la segunda menor distancia, aunque muy próxima a la primera. Esto sugiere que, ambos grupos perciben bastante cercanía con los actores externos al Hospital, quienes se ubican en una posición privilegiada entre los demás actores y, en especial, para el personal antiguo. Esta percepción de estrecho vínculo constituye uno de los aspectos más positivos del estudio y que, también, se relaciona con la entrega de una buena calidad de atención.

Para ambos grupos, la mayor distancia entre el Yo colectivo y los actores corresponde a la etiqueta *Médicos* (45.85 y 45.62), que presenta los más altos puntajes actitudinales. Ello evidencia que, para las Enfermeras, el estamento médico se percibe como el más lejano y con un menor contacto que el establecido con los otros actores del Hospital. Esta situación, puede darse ya que los Médicos son quienes permanecen menos tiempo en los Servicios, a diferencia de los otros estamentos, que comparten toda la jornada de trabajo en el mismo lugar.

Sin embargo, la relación que manifiestan ambos grupos con la mayor parte de los actores se encuentra por sobre el promedio (27.77 y 26.40), permitiendo concluir que el vínculo establecido con el personal del Hospital es relativamente distante. Esto puede deberse, principalmente, a que dichas etiquetas incluyen a todo el personal del Hospital, siendo percibidas en forma más distante que aquellas personas con las que se sostiene un contacto diario, al interior del Servicio.

En relación a las características y/ o condiciones, los puntajes más bajos se obtienen con la etiqueta *Buenas relaciones interpersonales* (8.81 y 10.19), que presenta las

menores distancias actitudinales de cada grupo y, en el caso de las Enfermeras nuevas, la menor de todo el estudio. Ambos grupos coinciden que la etiqueta más cercana a la anterior es *Buena calidad de atención* (11.69 y 11.77), con valores muy similares entre ellos; esto permite afirmar que ambas características son consideradas altamente presentes en los grupos, como atributos propios tanto de las Enfermeras nuevas como de las antiguas.

El *Déficit de insumos* aparece con puntajes cercanos y por sobre el promedio para ambos grupos (28.85 y 30.65), lo que sugiere que la falta de recursos es una condición más distante al Yo colectivo, que no se presenta como un foco de atención para las Enfermeras, sino que por el contrario, se tiende a resaltar mayormente las características positivas que disponen en el trabajo cotidiano.

Se destaca que ambos grupos perciben la etiqueta *Bienestar físico-psicológico* por sobre el promedio actitudinal (27.77 y 26.40), con puntajes bastantes similares (30.15 y 31.38) y distantes de los demás elementos de esta categoría. Esto indica que ambos grupos se aprecian alejados de una adecuada condición de salud, lo que se constituye como uno de los aspectos negativos más relevantes y transversales del estudio.

En cuanto a la *Sobrecarga de trabajo*, las distancias difieren de un grupo a otro (28.88 y 16.58), siendo bastante menor para las Enfermeras antiguas. Esto señala que, para el grupo de las nuevas, el exceso de trabajo se encuentra más bien distante a ellas mismas, mientras que para las antiguas, esta condición se percibe más presente en el desempeño diario; incluso, dado el bajo puntaje, es posible afirmar que la sobrecarga laboral se constituye como un atributo propio a este grupo. Ello evidencia la relevancia que adquiere este aspecto para ciertos actores del Hospital.

## 5.2 CREENCIAS

### Las Enfermeras Nuevas

#### Los Escenarios

La distancia establecida entre las etiquetas *Mi servicio* y *Hospital actual* se encuentra dentro de las mayores y muy por sobre el promedio de este grupo (38.75), lo cual señala que la Unidad a la que pertenecen las Enfermeras nuevas se percibe bastante alejada del Hospital (54.71) y viceversa.

- **En relación a las características/ condiciones**

Se observa que *Buenas relaciones interpersonales* es la etiqueta más cercana a *Hospital actual* (19.56) y corresponde a la menor distancia de las creencias de este grupo, lo que indica que las Enfermeras nuevas se sienten altamente conformes con la interacción social que se da entre el personal Hospitalario. En cambio, la menor distancia de *Mi servicio* se observa en relación a *Buena calidad de atención* (29.06), es decir, se percibe que las Unidades se encuentran próximas a entregar una atención de calidad a los usuarios, más que a cualquier otro atributo de esta categoría.

Existe acuerdo que, tanto en *Mi servicio* como en *Hospital actual*, la característica positiva más distante, es decir, menos presente en ambos escenarios, es *Bienestar físico-psicológico* (51.56 y 74.21, respectivamente). Además, este atributo exhibe el puntaje más alto obtenido por las Enfermeras nuevas, indicando que existe una sensación generalizada de ausencia de un estado óptimo de salud al interior de la Organización.

En cuanto a las condiciones negativas, se percibe que *Mi servicio* presenta distancias menores que *Hospital actual* referente a la *Sobrecarga de trabajo* (21.23 y 43.88 respectivamente) y al *Déficit de insumos* (32.77 y 39.58, respectivamente). Estos datos indican que, el exceso de trabajo en los Servicios es la condición negativa más presente y

palpable en el desempeño cotidiano, mientras que la escasez de recursos aparece como una situación más lejana para ambos escenarios.

- **En relación a los actores**

En general, las distancias percibidas entre los diferentes actores y el Hospital, son mucho mayores que las establecidas respecto al Servicio, lo cual indica que el contacto que se da con en este último escenario se percibe más estrecho que con la totalidad de la Organización.

Existe una percepción común en relación a que *Personal nuevo* es la etiqueta más distante tanto de *Mi servicio* (32.35) como de *Hospital actual* (64.98), que en este último caso, es una de las mayores distancias manifestadas por este grupo. Igualmente relevante es la distancia percibida entre *Hospital actual* y *Enfermeras* (61.08), indicando la existencia de una percepción generalizada de desvinculación y falta de contacto entre el estamento de Enfermeras y la Institución.

Se considera que la etiqueta más cercana a *Hospital actual* es *Médicos* (39.90), mientras que en *Mi servicio* lo es *Personal antiguo* (25.48); sin embargo, *Personal antiguo* ocupa la segunda menor distancia con respecto a *Hospital actual* (41.96), mientras que *Médicos* toma la penúltima ubicación en relación a *Mi servicio* (31.50). Esto indica, que las Enfermeras antiguas mantienen una posición bastante cercana con ambos escenarios, lo que no se da con el estamento médico, que se aprecia más involucrado con la toma de decisiones del Hospital que con la praxis de ella; a diferencia del estamento de Enfermería, que se relaciona, mayormente, con el funcionamiento de la Unidad.

## Los Actores

- **En relación a las características/ condiciones**

Se observa que, los diferentes actores de Enfermería, ocupan las posiciones más cercanas a cada uno de los atributos que componen esta categoría. Esto se aprecia mayormente en la etiqueta *Buena calidad de atención*, donde las tres menores distancias corresponden a *Enfermeras* (24,77), *Personal nuevo* (26,38) y *Personal antiguo* (35,04). Ello da a entender que, desde la óptica de este grupo, las Enfermeras del Hospital se caracterizan por la entrega de un buen servicio a los usuarios.

Además, se establece que *Enfermeras* es la etiqueta más cercana a la *Sobrecarga de trabajo* (21.17) y al *Déficit de insumos* (32.58). El exceso de trabajo presenta la segunda menor distancia de las creencias de este grupo, señalando que, desde la perspectiva de las Enfermeras nuevas, esta condición ocupa un lugar significativo en el quehacer diario de su estamento.

En cuanto a la etiqueta *Personal nuevo*, se señala que es el actor más cercano a las *Buenas relaciones interpersonales* (30.77) y al *Bienestar físico-psicológico* (37.63), de modo que se percibe a las Enfermeras nuevas, más próximas a mantener relaciones satisfactorias con el personal del Hospital y a contar con niveles adecuados de salud física y mental.

Los puntajes referentes a *Déficit de insumos* y *Sobrecarga de trabajo*, se ubican bajo la media (38.75) para todos los actores involucrados (con excepción de los Médicos), indicando que ambas condiciones están presentes en los distintos niveles de la Organización. Por el contrario, los altos puntajes con relación a *Bienestar físico-psicológico*, muestran que este atributo se encuentra más bien ausente en el personal del

Hospital. Estos aspectos son los más deficientes y preocupantes que manifiestan las Enfermeras nuevas.

- **En relación a los otros actores**

La etiqueta *Personal antiguo*, presenta las menores distancias en relación a *Enfermeras* (24.79), *Técnicos paramédicos* (29.77) y *Médicos* (30.85). Esto sugiere que, según el grupo de las nuevas, las Enfermeras antiguas son quienes se mantienen más vinculadas con la mayoría de los actores Hospitalarios.

Por el contrario, el *Personal nuevo* presenta una de las mayores distancias respecto de los otros actores, especialmente, con *Médicos* (46.67) y *Personal antiguo* (32.83), de modo que, las Enfermeras nuevas perciben que su propio grupo de pertenencia es el menos vinculado con el personal del Hospital.

En términos generales, las menores distancias menores y bajo el promedio, se establecen para las etiquetas *Enfermeras*, *Personal nuevo* y *Personal antiguo*; en cambio, las distancias que se manifiestan en relación a *Técnicos paramédicos* y *Médicos*, se encuentran mayoritariamente por sobre la media; ello indica que las Enfermeras nuevas perciben más cercanos a los actores de Enfermería que a los otros estamentos del Hospital.

### **Los Usuarios**

- **En relación a las características/ condiciones**

Se observa que, la menor distancia referente a estos actores, se presenta con *Sobrecarga de trabajo* (22.35), indicando que dicha condición se relaciona cercanamente con los usuarios. Esto puede entenderse en el sentido que, cada paciente que ingresa al Hospital, implica un aumento en la cantidad de responsabilidades y quehaceres. Ello se

constituye en un exceso de trabajo, debido a la escasez de Enfermeras en la Institución y al elevado número de enfermos designados para cada una.

De las características positivas, la menor distancia se establece entre *Usuarios* y *Bienestar físico-psicológico* (27.83), de modo que ambas etiquetas se ven muy cercanas entre sí. Esto puede indicar que, la atención del paciente pasa por este atributo, pues en la medida que el personal se siente bien, puede entregar un buen servicio. Sin embargo, la distancia entre *Usuarios* y *Buena calidad de atención* (44.69), presenta la mayor separación de esta categoría, sugiriendo que esta característica se encuentra distante de dichos actores.

La distancia que exhibe *Déficit de insumos* (30.67), constituye la tercera más cercana a *Usuarios*, señalando que ambas etiquetas se relacionan cercanamente. Esto sugiere que, la calidad de la atención se ve mediada por la escasez de los recursos, como un factor que posiblemente dificulta la prestación de un buen servicio a los usuarios.

- **En relación a los escenarios y los otros actores**

En cuanto a los escenarios, se presenta una menor distancia entre *Usuarios* y *Mi servicio* (27.08) que entre *Usuarios* y *Hospital actual* (52.50), de modo que se percibe a los pacientes en una relación más cercana con las Unidades en que son atendidos directamente, que con la Institución Hospitalaria.

Acerca de los actores, se observa que las etiquetas *Enfermeras* y *Personal nuevo* son las más cercanas a *Usuarios* (24.13 y 24.79, respectivamente), mientras que la etiqueta más distante es *Médicos* (56.88). Ello sugiere que el estamento de Enfermería es quien mantiene un mayor contacto con los pacientes y familiares, mientras que el estamento médico se aprecia como el más distante a dichos actores.

## Las Enfermeras Antiguas

### Los escenarios

La distancia establecida entre las etiquetas *Mi servicio* y *Hospital actual*, corresponde a una de las más altas y se encuentra por sobre la media del grupo (35.66), lo que indica que la Unidad a la que pertenecen las Enfermeras antiguas, se percibe bastante alejada del Hospital (58.54) y viceversa.

- **En relación a las características/ condiciones**

En general, se aprecia que las distancias entre el Hospital y las características/ condiciones, son bastante mayores que las referentes al Servicio, lo cual sugiere que se percibe a la Unidad más involucrada y afectada por tales atributos, que a la Organización.

Se observa que la etiqueta *Buena calidad de atención* es la más cercana tanto a *Mi servicio* como a *Hospital actual* (23.42 y 52.00, respectivamente). Esto permite afirmar que, desde la perspectiva de las Enfermeras antiguas, la entrega de una adecuada atención a los usuarios, es uno de los aspectos positivos más característico de su realidad laboral y, particularmente, de la Unidad en que trabajan.

El *Bienestar físico-psicológico*, es la característica positiva más distante para ambos escenarios (*Mi servicio* 51.77 y *Hospital actual* 83.27), que en el caso del Hospital corresponde a la mayor distancia de todo el estudio; ello indica, que para las Enfermeras antiguas, el personal Hospitalario se encuentra con niveles deficientes de salud física y mental, lo que constituye uno de los aspectos más relevantes de la investigación.

En cuanto a las condiciones negativas, se percibe que *Mi servicio* presenta distancias menores que *Hospital actual* referente a la *Sobrecarga de trabajo* (13.92 y 43.12 respectivamente) y al *Déficit de insumos* (32.04 y 37.38, respectivamente). El exceso de trabajo en los Servicios, entrega una de las menores distancias y evidencia una de las

situaciones más próximas y palpables que experimenta la Unidad; mientras que la escasez de recursos aparece como una condición más distante para ambos escenarios.

- **En relación a los actores**

Se percibe que *Personal nuevo* es la etiqueta más distante, tanto de *Mi servicio* (33.38) como de *Hospital actual* (58.65), que en este último caso, corresponde a uno de los puntajes más altos de las creencias de este grupo. Esta distancia disminuye levemente para *Enfermeras*, que también se percibe de las más lejanas en ambos escenarios (*Mi servicio* 32.23 y *Hospital actual* 52.65), de modo que existe una visión común en cuanto a la falta de contacto entre las Enfermeras y su Organización.

Se considera que las etiquetas más cercanas a *Hospital actual* son *Médicos* (38.85) y *Técnicos paramédicos* (44.85), mientras que en relación a *Mi servicio* lo son *Técnicos paramédicos* (25.96) y *Personal antiguo* (26.50). Esto permite afirmar que, para este grupo, los Auxiliares Paramédicos se encuentran bastantes insertos en la Organización, manteniendo una mayor relación con ambos escenarios, que los demás actores.

Sin embargo, se aprecia que las distancias entre el Hospital y los diferentes actores son bastante mayores que las referentes al Servicio; ello plantea que, las Enfermeras antiguas, perciben un mayor contacto y cercanía del personal Hospitalario con sus respectivas Unidades que con la Institución.

## **Los Actores**

- **En relación a las características/ condiciones**

El *Personal antiguo* se caracteriza por encontrarse dentro de las menores distancias en relación a cada etiqueta de esta categoría, lo cual sugiere que este grupo se percibe cercano a todos los atributos tanto positivos como negativos.

Los diferentes actores de Enfermería también ocupan las posiciones más cercanas a cada uno de los elementos. Esto se aprecia mayormente con *Buena calidad de atención*, donde las tres menores distancias corresponden a las etiquetas *Enfermeras* (15.15), *Personal antiguo* (19.85) y *Personal nuevo* (29.27). Ello da a entender que, desde la óptica de este grupo, las Enfermeras se caracterizan por la entrega de una buena atención.

Además, se percibe que la etiqueta *Enfermeras* es la más cercana a la *Sobrecarga de trabajo* (10.65) -presentando el puntaje más bajo de las creencias de este grupo-. Estos datos indican que, la entrega de una satisfactoria atención a los pacientes y el exceso de trabajo diario, son los atributos considerados más palpables en la realidad laboral de su estamento.

En cuanto a *Personal nuevo*, se percibe que es el actor más cercano a *Buenas relaciones interpersonales* (28.19) y a *Bienestar físico-psicológico* (32.54), de manera que, se aprecia a las Enfermeras nuevas más próximas a mantener relaciones satisfactorias con el personal del Hospital y a contar con niveles adecuados de salud física y mental.

Se observa que, las etiquetas *Déficit de insumos* y *Sobrecarga de trabajo* están bajo la media (35.66) para todos los actores involucrados (con excepción de los Médicos), lo que indica que ambas condiciones están presentes en los distintos niveles de la Organización. Por el contrario, el alto puntaje con relación a *Bienestar físico-psicológico*, señala que este atributo se encuentra más bien ausente entre el personal del Hospital.

- **En relación a los otros actores**

La etiqueta *Enfermeras*, presenta las menores distancias con *Personal nuevo* (21.31), *Personal antiguo* (21.92) y *Médicos* (33.96). Esto sugiere que, según el grupo de las antiguas, el estamento de Enfermeras es quien se mantiene más vinculado con la mayoría de los actores Hospitalarios.

Por el contrario, el *Personal nuevo* establece una de las mayores distancias respecto de los otros actores, especialmente, con *Médicos* (38.46) y *Técnicos paramédicos* (36.19); ello indica que, las Enfermeras antiguas perciben que las nuevas son las menos vinculadas con el personal del Hospital.

Las distancias para las etiquetas *Enfermeras*, *Personal nuevo* y *Personal antiguo*, se encuentran bajo el promedio (35.66), lo cual plantea que percibe una relación más cercana entre los actores de Enfermería, que respecto a los estamentos paramédico y médico, que mayormente se encuentran por sobre la media.

### **Los usuarios**

- **En relación a las características/ condiciones**

La menor distancia, referente a *Usuarios* se exhibe en la etiqueta *Buenas relaciones interpersonales* (14.23), siendo uno de los puntajes más bajos señalados por las Enfermeras antiguas. Esto indica que la atención del paciente se vincula con el trato que se mantiene entre los compañeros de trabajo, influyendo en la calidad de la prestación que realiza la Enfermera; es decir, en la medida que el personal mantiene interacciones satisfactorias entre sí, es probable que entregue una buena atención al público.

La mayor distancia se establece con la etiqueta *Buena calidad de atención* (44.38), indicando que se percibe al usuario más bien alejado de recibir un adecuado servicio de salud por parte del Hospital. Además, la pequeña distancia en relación a la *Sobrecarga de trabajo* (15.38), sugiere que la atención del usuario está estrechamente vinculada con el exceso de trabajo.

- **En relación a los escenarios y los otros actores**

En cuanto a los escenarios, se establece una menor distancia entre *Usuarios y Mi servicio* (33.54) que entre *Usuarios y Hospital actual* (47.31), de modo que se percibe a los pacientes en una relación más cercana con las Unidades en que son atendidos directamente, que con la Institución Hospitalaria.

Acercas de los actores, se observa que las etiquetas más cercanas a *Usuarios* son *Enfermeras* (20.96), *Personal nuevo* (28.20) y *Personal antiguo* (29.44), mientras que la más distante es *Médicos* (54.27). Ello sugiere que el estamento de Enfermería es quien mantiene un mayor contacto con los pacientes y familiares, mientras que el estamento médico se aprecia como el más distante a dichos actores.

### **Análisis Comparativo acerca de las Creencias de Ambos Grupos**

En términos generales, se observa bastante consenso en las percepciones de las Enfermeras nuevas y las antiguas, acerca de los diferentes elementos del estudio, tanto en el orden en que ubican a los atributos- de menor a mayor distancia- como en los puntajes que establecen para cada uno. A continuación, se señalan los aspectos más relevantes en los que concuerdan ambos grupos y aquellos en los que difieren. El primer puntaje entre paréntesis, corresponde al grupo de las Enfermeras nuevas y el segundo a las Enfermeras antiguas.

#### **Los Escenarios**

Ambos grupos perciben de manera similar la distancia entre los escenarios. Los resultados señalan que *Mi servicio* se encuentra lejano a *Hospital actual* (54.71 y 58.54), con puntajes por sobre el promedio (38.75 y 35.66). Esto se ve confirmado a lo largo del estudio, ya que las distancias que presentan los diferentes atributos para cada escenario,

son notoriamente diferentes entre ellos y, en general, mucho mayores para el Hospital, de modo que se aprecia que ambos escenarios no tienen mucha relación entre sí y que cada uno manifiesta sus propias características distintivas.

Esto corrobora lo expresado en las entrevistas acerca de la impresión que tiene el personal que su Servicio no mantiene mucho contacto con las otras Unidades ni con la Institución.

- **En relación a las características/ condiciones**

Existe acuerdo que, tanto en el Servicio como en el Hospital, la etiqueta positiva más distante, es decir, menos presente en ambos escenarios es *Bienestar físico-psicológico* (*Mi servicio* 51.56 y 51.77; *Hospital actual* 74.21 y 83.27). Los puntajes referentes al Hospital corresponden a los más elevados de cada grupo, incluso, presenta el más alto del estudio (83.27). Esto señala que existe una sensación compartida entre las Enfermeras de las diferentes Unidades de encontrarse distantes de un estado óptimo de salud física y psicológica, lo que requiere ser analizado con mayor profundidad dada la importancia del tema.

En cuanto a los aspectos más favorables, ambos grupos perciben que *Buena calidad de atención* es la etiqueta más cercana a *Mi servicio* (29.06 y 23.42), de modo que hay acuerdo en percibir a las Unidades más vinculadas con este atributo que con cualquier otro; es decir, las Enfermeras consideran que su Servicio se caracteriza por entregar una adecuada atención a los usuarios, lo que constituye una de las principales fortalezas señaladas en el estudio.

En cuanto a las condiciones o características negativas, se percibe que la etiqueta *Sobrecarga de trabajo* se encuentra más cercana a *Mi servicio* (21.23 y 13.92) que a *Hospital actual* (43.88 y 43.12), observando una diferencia significativa en las distancias

de ambos escenarios. Los puntajes obtenidos en referencia a los Servicios se ubican dentro de los más bajos de cada grupo, indicando que hay una percepción consensuada de encontrarse en condiciones de sobrecarga laboral, al interior de las Unidades.

En relación a la etiqueta *Déficit de insumos*, se da una situación similar a la anterior, pues se percibe que la carencia de recursos es mayor en *Mi servicio* (32.77 y 32.04) que en *Hospital actual* (39.58 y 37.38). Si se comparan los puntajes de sobrecarga de trabajo y déficit de insumos, por escenario, se observa que el exceso de trabajo se presenta como la condición más relevante para los Servicios, mientras que para el Hospital lo es la escasez de recursos.

- **En relación a los actores**

Ambos grupos perciben que la mayor distancia, tanto para *Mi servicio* como para *Hospital actual*, se establece con la etiqueta *Personal nuevo* (32.35 y 33.38; 64.98 y 58.65, respectivamente). Incluso, el Hospital se destaca por obtener los mayores puntajes de cada grupo, primero con *Personal nuevo* y luego con *Enfermeras* (61.08 y 52.65), lo que sugiere que se percibe a los actores de Enfermería mayormente desvinculados con la Organización a la que pertenecen.

Ambos grupos concuerdan en que la etiqueta más cercana a *Hospital actual* es *Médicos* (39.90 y 38.85), pero difieren en cuanto a los Servicios. Las Enfermeras nuevas perciben que el más vinculado a *Mi servicio* es *Personal antiguo* (25.48), mientras que las Enfermeras antiguas consideran que es *Técnicos paramédicos* (25.96).

Lo anterior, posiblemente se debe a que gran parte del estamento médico realiza visitas por el Hospital, sin permanecer tiempo completo en una misma Unidad, de manera que tienen mayor contacto con gran parte de la Organización, pero en menor profundidad con cada una de sus partes. Además, se aprecia a este estamento más involucrado con la

toma de decisiones concernientes a la dirección de la Institución que con la praxis de los aspectos clínicos, a diferencia de las Enfermeras, quienes advierten escasas posibilidades de intervenir en este ámbito, a pesar del rol protagónico que ejercen en el funcionamiento diario de la Institución.

En cuanto a las Enfermeras antiguas y los Paramédicos, quienes también se caracterizan por su mayor antigüedad en el Hospital, se les percibe más vinculados debido a que, a lo largo de los años, han trabajado en diferentes Servicios y con distintas personas, adquiriendo un mayor contacto con la Institución. Esta situación no se da con las Enfermeras que han ingresado recientemente, ya que la modalidad de trabajo, restringe las posibilidades de relacionarse con las otras dependencias Hospitalarias.

### **Los Actores**

- **En relación a las características/ condiciones**

Se observa que los actores de Enfermería ocupan la ubicación más cercana a cada una de las etiquetas de esta categoría, es decir, ambos grupos perciben que las Enfermeras son quienes presentan en mayor grado las características y condiciones que se establecen en el estudio. Otro aspecto que llama la atención, es que tienden a ubicar a su grupo de pertenencia, personal nuevo o antiguo, dentro de las menores distancias para cada atributo.

Se percibe que *Enfermeras* es la etiqueta más cercana a *Buena calidad de atención* (24.77 y 15.15), a *Sobrecarga de trabajo* (21.17 y 10.65) y a *Déficit de insumos* (32.58 y 24.77). La distancia correspondiente a sobrecarga de trabajo es una de las más bajas para cada grupo, lo que pone en evidencia la importancia y urgencia de esta condición, que afecta de manera directa al estamento de Enfermería.

Luego de *Enfermeras*, cada grupo - *Personal nuevo* y *Personal antiguo*- se percibe como el segundo más cercano a *Buena calidad de atención*. Sin embargo, gran parte de las

distancias señaladas entre los actores Hospitalarios y este atributo, son menores al promedio, de manera que la prestación de un buen servicio, se percibe como algo cercano y común a la mayoría de los actores, lo que resulta uno de los aspectos más positivos señalados por el estudio.

En general, llama la atención que ambos grupos ubican al otro en la misma posición en las etiquetas *Buena Calidad de atención*, *Sobrecarga de trabajo* y *Déficit de insumos*, es decir, se mantiene prácticamente la misma distribución para los actores, salvo que el lugar del personal nuevo es tomado por el antiguo y viceversa, de modo que el grupo de pertenencia se encuentra a menor distancia que los otros actores del Hospital.

La mayor diferencia de percepción, se da respecto de *Buenas relaciones interpersonales*, pues las Enfermeras nuevas perciben a *Personal antiguo* como uno de los actores más distantes a esta etiqueta (39.23), mientras que las antiguas se consideran dentro de los más cercanos (28.58).

Se observa que en ambos grupos, las distancias referentes a *Déficit de insumo* y *Sobrecarga de trabajo* están bajo la media (38.75 y 35.66) para todos los actores involucrados (con excepción de los Médicos), lo que indica que ambas condiciones se aprecian ampliamente presentes en los distintos niveles. Por el contrario, los altos puntajes para *Bienestar físico-psicológico*, por sobre el promedio, indican que es un atributo más bien ausente en la mayor parte de los actores del Hospital. Estos aspectos son los más deficientes y preocupantes que manifiestan las Enfermeras nuevas y antiguas.

- **En relación a los otros actores**

En términos generales, ambos grupos concuerdan en la ubicación que toma cada actor con relación a los otros, las diferencias son mínimas y tiende a haber una percepción

común de quienes son los más lejanos, cercanos y quienes se encuentran en una posición intermedia.

Las Enfermeras nuevas consideran que la etiqueta más cercana a la mayoría de los actores es *Personal antiguo*, mientras que para las antiguas es *Enfermeras*. Esto indica que, desde la perspectiva de ambos grupos, los actores de Enfermería son quienes establecen mayor contacto con los otros estamentos del Hospital. Asimismo, ambos grupos concuerdan en que las etiquetas *Médicos* y *Personal nuevo* son los más lejanos, es decir, se percibe que estos actores son quienes mantienen menos contacto con el personal Hospitalario.

En términos generales, las distancias establecidas para las etiquetas *Enfermeras*, *Personal nuevo* y *Personal antiguo*, se encuentran bajo el promedio y corresponden a las más bajas de ambos grupos; en cambio, las distancias en relación a *Técnicos paramédicos* y *Médicos*, se ubican mayoritariamente por sobre la media; ello indica que las Enfermeras nuevas y antiguas perciben más cercanos a los actores de Enfermería que a los otros estamentos del Hospital.

## **Los Usuarios**

- **En relación a las características/ condiciones**

Para las Enfermeras nuevas, la menor distancia se presenta respecto de *Sobrecarga de trabajo* (22.35), en cambio para las antiguas se da con *Buenas relaciones interpersonales* (14.23); es decir, el primer grupo, considera que el exceso de trabajo es la condición que más se relaciona con la atención de los usuarios, lo que puede entenderse por el alto número de pacientes que cada Enfermera tiene a cargo. El segundo grupo, estima que las buenas relaciones entre el personal Hospitalario es la principal característica que se

vincula con la atención de los usuarios, de manera que el tipo de interacción entre los compañeros de trabajo, influye en la calidad de la prestación que realiza la Enfermera.

Para ambos grupos, la etiqueta *Bienestar físico-psicológico* se sitúa bajo la media y con puntajes bastantes similares entre ellas (27.83 y 26.04); por lo tanto, se percibe que la entrega de una buena atención se relaciona con el estado de salud del personal. Esto podría indicar que la calidad del servicio se ve influida por esta condición y, en la medida que el personal se siente bien -mental y físicamente-, la atención es mejor.

La mayor distancia se establece con *Buena calidad de atención* (44.69 y 44.38), indicando que, desde la perspectiva de ambos grupos, el usuario se encuentra más distante de esta característica que de todas las otras. Esto se vincula con las distancias referentes a *Sobrecarga de trabajo* (22.35 y 15.38) y *Déficit de insumo* (30.67 y 24.73), en el sentido que estas condiciones influyen negativamente en el desempeño de las profesionales y en el trato que se brinda a los pacientes.

- **En relación a los escenarios y los otros actores**

En cuanto a los escenarios, se establece mayor cercanía con *Mi servicio* (27.08 y 33.54) que con *Hospital actual* (52.50 y 47.31), de modo que ambos grupos perciben a los pacientes en una relación más cercana con las Unidades en que son atendidos directamente, que con la Institución Hospitalaria.

En cuanto a los actores, las menores distancias en relación a *Usuarios*, corresponden a *Enfermeras* (24.13 y 20.96) y *Personal nuevo* (24.79 y 28.20), mientras que la más distante se presenta con *Médicos* (56.88 y 54.27). Ello sugiere que el estamento de Enfermería es quien mantiene un mayor contacto con los pacientes y familiares, mientras que el estamento médico se aprecia como el más distante a dichos actores.

Estos puntajes se ven corroborados en las distancias que se establecen entre escenarios/ actores y buena calidad de atención -de ambos grupos- en donde se mantiene el mismo orden de cercanía. Ello puede deberse a que el estamento médico permanece menos tiempo en los Servicios y, por tanto, su interacción y cercanía con los pacientes es menor, a diferencia de las Enfermeras, que pasan la totalidad de la jornada al cuidado de éstos.

## 6. CONCLUSIONES

Al realizar un análisis comparativo de las actitudes y creencias de las Enfermeras nuevas y antiguas, se observa que hay bastante consenso en la percepción que mantienen ambos grupo respecto de las principales características de la Institución; ello, en términos del orden en que se relacionan los atributos, de menor a mayor distancia, y además, en los puntajes que se establecen para cada etiqueta. Esto permite deducir, que existe una visión consolidada en el estamento de Enfermería acerca de las características que definen su entorno laboral, identificando de manera muy similar los factores positivos y negativos que presenta la Organización.

Por lo anterior, es posible afirmar que las Enfermeras nuevas y antiguas comparten una misma Cultura al interior de la Organización, ya que las representaciones colectivas que manifiestan estas profesionales, y más específicamente las creencias y actitudes que poseen, se caracterizan por ser bastantes similares, marcando una tendencia más bien homogénea en las distancias percibidas. Aunque en el presente estudio, se tomó la decisión inicial de separar a la población en dos, con la intención de captar las diferencias entre ambos grupos, los resultados dan a entender que las divergencias son mínimas y que la población puede ser considerada en su conjunto para el análisis de su Cultura Organizacional.

A continuación, se exponen los puntos más relevantes del estudio, dando a conocer los principales atributos que caracterizan la experiencia colectiva de las Enfermeras como miembros regulares de una Organización de Salud Pública nacional. La información se

trata en conjunto, debido a que las creencias y las actitudes establecen percepciones comunes para la mayor parte de los atributos.

En general, existe una tendencia a percibir una menor distancia entre aquellas etiquetas que hacen referencia al entorno más próximo de los encuestados o a sí mismos (*Yo/ mi, Enfermeras, Personal nuevo, Personal antiguo, Mi servicio*) que con relación a las etiquetas referidas a los “otros” (*Técnicos paramédicos, Médicos, Hospital actual*). Se considera cercano aquello que se conoce y se experimenta personalmente, reconociéndolo como una vivencia individual más que colectiva, lo que puede explicar que a los demás se les ubique a mayor distancia.

Estas observaciones han sido realizadas previamente en la investigación de Ghio y Olave (2001), utilizando la misma metodología en el estamento de Técnicos Paramédicos de un Hospital público de la V región del país. Ello, da a entender que la percepción de mayor distancia a lo desconocido es un fenómeno cognoscitivo que debe ser considerado al utilizar el Sistema Galileo.

En términos generales, se observa que ambos grupos se perciben particularmente cercanos a sus respectivos Servicios. Incluso, cabe señalar, que existe una mayor cercanía con el Servicio del que se es parte, que con los propios grupos de pertenencia. Esto da a entender que el vínculo se establece básicamente con los más próximos a través del contacto cotidiano que se da en la Unidad y de modo independiente al cargo o profesión. Al hablar de “personal nuevo o antiguo”, se considera al total de Enfermeras nuevas o antiguas del Hospital, siendo muchas de ellas desconocidas para las otras, por lo que la percepción que se tiene de la totalidad del estamento se hace más difusa y distante.

Como se menciona anteriormente, el Servicio en que trabaja la Enfermera se percibe bastante cercano, mucho más que el Hospital; lo que permite hablar de un sentido de identidad y pertenencia con la Unidad, estableciendo un vínculo bastante estrecho y generado en la convivencia diaria. Esto permite tener una valoración positiva del Servicio, en términos de considerar que posee características deseables, como la buena calidad de atención.

Por el contrario, se manifiesta una escasa identificación con el Hospital, representada por la distancia que se establece entre el grupo en estudio y la Institución; ello, se relaciona con la tendencia a evaluar de manera más desfavorable los atributos de la totalidad de la Organización, que aquellos que se perciben propios y que son evaluados más positivamente. Esta observación, también es realizada en el estudio de Ghio y Olave (2001) y, en la presente investigación, da a entender que las Enfermeras mantienen una significativa identificación y compromiso con los Servicios; lo que se constituye como una fortaleza organizacional posible de ser potenciada en el futuro.

En relación a lo anterior, existe acuerdo en que ambos escenarios se encuentran muy distanciados entre sí, existiendo una reducida conexión entre el Hospital y los Servicios. Las distancias que presentan los diferentes atributos para cada escenario, son notoriamente diferentes entre ellos y, en general, mucho más alejadas para la Institución, de modo que cada uno manifiesta características propias, que no son compartidas entre ellos.

En cuanto a los actores del Hospital, cabe destacar que ambos grupos se perciben más vinculados a sus colegas pares de antigüedad que a los demás miembros de la Institución, lo que señala que tanto las Enfermeras nuevas como las antiguas establecen un mayor contacto, comunicación y apoyo, principalmente con su grupo de pertenencia. Esto puede

ser entendido al considerar que la conformación natural de los grupos está dada, en especial, por la similitud de las experiencias que son compartidas por sus integrantes, lo que genera mayor identificación.

Desde esta perspectiva, acontece una situación similar a la generada en torno a los escenarios, en el sentido de evaluar en forma más favorable a su propio grupo que a los demás actores del Hospital. Es así, que las Enfermeras perciben un contacto cotidiano con las condiciones negativas que presenta el Hospital, al mismo tiempo que se identifican en mayor grado con las características positivas. En términos generales, las diferencias presentadas entre los actores de Enfermería son mínimas, de modo que existe una visión compartida acerca del rol y el desempeño del estamento de Enfermería al interior del Hospital.

Lo precedente, se constituye como un elemento propicio para la unión del estamento, pues en la medida que se manifiesta una valoración positiva del trabajo que realiza la Enfermera, aumenta la confianza, cooperación y trabajo en equipo entre estas profesionales.

Uno de los aspectos más sobresalientes se expone en relación a los usuarios, pues el grupo en estudio se considera muy cercano a estos actores, incluso más que al personal Hospitalario. Esta percepción de estrecho vínculo con los actores externos a la Institución, tiene relación con la cercanía que las Enfermeras establecen con la buena calidad de atención. Esto habla de una alta vocación de servicio y alto sentido de compromiso que se desarrolla en la relación paciente- Enfermera. De igual modo, a los usuarios se les aprecia cercanos a las Unidades, lo que tiene directa relación con la identificación de las profesionales con sus lugares de trabajo.

En cuanto a los aspectos desfavorables, se observa que ambos grupos se perciben bastante lejanos del estamento médico y estableciendo un menor vínculo que con los otros actores del Hospital. Además, se da cierta tendencia a ubicar a dichos actores en las posiciones más distantes en relación a los diferentes atributos en estudio. Esto da a entender que existe una visión compartida y generalizada por parte de las Enfermeras, en términos de considerar al estamento médico como ajeno y desvinculado de la realidad laboral que ellas vivencian, lo que puede explicar la tendencia a evaluarlo de manera más negativa. Lo anterior, da cuenta de la necesidad de potenciar el trabajo en equipo, de carácter cooperativo e integrador, que estimule el contacto y la comunicación entre los estamentos.

A cerca de las características /condiciones, los aspectos más positivos se presentan en torno a la buena calidad de atención y las relaciones entre el personal del Hospital. La mayor cercanía e identificación con estas dos características, se corrobora reiteradamente a lo largo del estudio en las distancias señaladas para el Yo colectivo, los actores de Enfermería y los Servicios. Es decir, la entrega de una atención satisfactoria, al igual que las buenas relaciones con el personal, son atributos considerados propios de las Enfermeras y de los Servicios en que se desempeñan.

Uno de los aspectos más relevantes y transversales del estudio se da en relación al bienestar físico y psicológico del personal, que exhibe las mayores distancias tanto de los actores como de los escenarios, e incluso la más alta del estudio. Esto señala que existe una sensación compartida entre las Enfermeras, que toda la Organización y su personal se encuentran lejos de manifestar un estado óptimo de salud física y mental, lo que requiere ser analizado con mayor profundidad dada la importancia del tema.

Sin embargo, ambos grupos concuerdan en que las Enfermeras nuevas son las más próximas a manifestar condiciones satisfactorias de salud. Probablemente, se debe a que este grupo está conformado por profesionales más jóvenes, lo que se asocia a un mejor estado de salud, además de llevar menos tiempo expuestas a las exigencias del trabajo y el desgaste que conlleva.

En cuanto a la sobrecarga de trabajo, es una condición bastante presente en el desempeño diario de gran parte de los actores Hospitalarios; incluso, dado el bajo puntaje, es posible afirmar que la sobrecarga laboral se constituye como un atributo propio del grupo en estudio y de los distintos niveles de la Organización. Además, se percibe que el Servicio vive en forma bastante próxima esta característica y, desde la perspectiva de sus integrantes, incluso en mayor grado que el Hospital. Los puntajes obtenidos en las Unidades están dentro de los más bajos de cada grupo, lo que indica que hay una percepción consensuada acerca del exceso de trabajo en estos sectores.

De acuerdo a lo mencionado, los aspectos más débiles que perciben las Enfermeras son el exceso de trabajo y la lejanía de una condición saludable, tanto física como mental. Estos elementos pueden estar estrechamente relacionados, de manera que el estado de salud se encuentra afectado por condiciones laborales, tales como la sobrecarga laboral.

Pese a la perspectiva poco favorable que se muestra en relación a la sobrecarga de trabajo y bienestar físico-psicológico, las Enfermeras se aprecian a sí mismas bastante cercanas a la buena calidad de atención, lo que sugiere que los aspectos negativos no son considerados determinantes, sino más bien factores influyentes en la obtención de resultados satisfactorios. Esto da a entender, que las Enfermeras no vinculan en forma directa los elementos negativos a su desempeño y rendimiento, sino que a condiciones más bien individuales.

A partir de la descripción de las creencias y actitudes, anteriormente efectuada, es factible establecer los principales aspectos que determinan la Cultura Organizacional de las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua.

En términos generales, las Enfermeras se identifican y consideran miembros básicamente del Servicio en que laboran más que del Hospital, con el que establecen un contacto más distante; ello, conlleva un desconocimiento de la Organización en lo referente a su funcionamiento interno y al personal que en ella trabaja, incluso en lo relativo al propio estamento. De esta manera, tienden a generarse subgrupos muy cohesionados que mantienen su individualidad, limitando su campo de acción a su entorno más cercano al interior de la Unidad.

La situación señalada, dificulta una comprensión global de la Organización por parte de sus integrantes, necesaria para adecuada coordinación de funciones entre las diferentes Unidades. Por el contrario, se observa cierta tendencia a evaluar en forma desfavorable a la Institución, lo que da cuenta de la falta de conocimiento, identificación y compromiso con ella. Del mismo modo, el restringido contacto entre los actores Hospitalarios de los distintos Servicios, entorpece la colaboración, apoyo y ajuste entre ellos.

Otro rasgo característico de la Cultura Organizacional de las Enfermeras Clínicas del Hospital Regional Rancagua, tiene relación con su alta vocación de servicio, reflejado en las creencias y actitudes que este grupo presenta hacia la buena calidad de atención y cercanía con el usuario. Es necesario resaltar que este rasgo Cultural, se manifiesta en un Hospital altamente deficitario en insumos y personal.

Cabe señalar, que los resultados de la presente investigación tienen una notable similitud con los obtenidos por Ghio y Olave (2001), lo que da a entender que, pese a las particularidades de los grupos estudiados en cada caso, se presentan aspectos fuertemente

compartidos por los funcionarios de ambos Hospitales, de modo que se puede plantear la existencia de una Cultura Organizacional en el Sistema de Salud Público Chileno, que puede ser estudiada con mayor profundidad mediante la ejecución de otros trabajos en la misma línea.

Además, adquiere relevancia expandir la investigación en este campo, si se considera que en la actualidad se lleva a cabo la Reforma de Salud 2000- 2006, que puede constituir un significativo aporte en el camino de modernización y mejora del Servicio de Salud nacional.

Junto a lo anterior, se sugiere continuar la investigación al interior del Hospital Regional Rancagua, para complementar la información obtenida en este estudio, a través de la representación grupal de los otros estamentos presentes en la Institución y, de esta manera, ampliar la perspectiva de análisis acerca de su Cultura Organizacional.

En cuanto a la realización de la presente investigación, es necesario mencionar ciertos elementos acerca de su ejecución y metodología.

Cabe señalar, que fue oportuno contemplar como etapa inicial del estudio, la entrega de información a las Enfermeras Clínicas y Supervisoras. De este modo, se pudo generar un acercamiento con el grupo para disminuir la resistencia y desconfianza sobre la realización de la investigación. Además, fue imprescindible la colaboración y compromiso de la Dirección de Enfermería en la facilitación del proceso. Gracias a esto, se contó con una favorable disposición por parte del Hospital para coordinar y realizar las actividades y, por parte de las Enfermeras Clínicas para participar en ellas.

En la elaboración del cuestionario, fue necesario incorporar una explicación clara y precisa del modo en que cada par de etiquetas se relaciona entre sí, para evitar

interpretaciones erradas acerca de cómo se establecen dichas relaciones. Estas explicaciones, presentadas bajo cada ítem, resultaron suficientes, en la mayoría de los casos, para proceder a contestar con claridad.

Dado lo anterior, prácticamente se hizo innecesario la aclaración respecto de las distancias y sus correspondencias numéricas, ya que en las explicaciones bajo cada ítem se incluyen las nociones de cercanía o lejanía. Incluso, la información acerca de las distancias, genera más confusión que esclarecimiento, por lo que puede ser omitida, ya que tiene más sentido en el análisis de los datos que en la aplicación del instrumento.

Se sugiere que en las futuras investigaciones, se contemple una etapa posterior a la administración de los cuestionarios, como parte del análisis, que consista en recibir retroalimentación de los mismos encuestados, acerca de los datos obtenidos, de manera de interpretar las distancias manifestadas por el grupo, de acuerdo al parámetro que ellos mismos contemplan.

Finalmente, es importante señalar que en la realización de esta tesis, la utilización del sistema Galileo se ha constituido como un notable aporte, tanto desde una perspectiva teórica como metodológica. El particular enfoque que brinda acerca de los procesos Culturales, reuniendo distintas disciplinas en sus planteamientos, entrega un punto de encuentro entre las metodologías cuantitativas y las cualitativas, que mantiene estrecha coherencia con las técnicas propuestas. En consecuencia, el Sistema Galileo se caracteriza por su simpleza y practicidad, permitiendo un acucioso análisis en la investigación de fenómenos sociales.

## REFERENCIAS

- Abravanel, H. (1992). Cultura Organizacional: Aspectos teóricos, Prácticos y Metodológicos. Bogotá, Colombia: Editorial Legis.
- Alvesson, M. (2002). Understanding Organizational Culture. Londres, Inglaterra: SAGE, publicaciones Ltd.
- Barnett, G., (1972). Reliability and Metric Multidimensional Scaling. Michigan State University. Disponible en: [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/reliability.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/reliability.pdf)
- Barnett, G., Serota, K. & Taylor, J. (1977) Campaign Communication and Attitudinal Change: A Multidimensional Analysis. Human Communication Research, 2 (3), 227-244.
- Barnett, G., Wigand, R., Harrison, R., Woelfel, J. & Cohen, A. (1981). Communication and Cultural Development: A Multidimensional Analysis. Human Organization, 40 (4), 330-336.
- Bergman, M. (1998). Social Representations as the Mother of all Behavioral Predispositions? Notes on the Relations between Social Representations, Attitudes and Values. Pappers on Social Representations, 7, 77- 83.
- Canan, P. & Hennessy, M. (1989). The Growth Machine, Tourism and the Selling of Culture. Sociological Perspectives, 32 (2), 227- 243.
- Córdova, A., Font, I., Guñido, P., Hernández, E. & Sánchez, A. (1998). Un Enfoque del Estudio de Cultura Organizacional. Universidad Autónoma de México, Revista Gestión y Estrategia, 14. Disponible en: [www.azc.uam.mx/gestion/num14](http://www.azc.uam.mx/gestion/num14)
- Dávila, A. & Martínez, N. (1999). Cultura en Organizaciones Latinas: Elementos, Injerencia y Evidencia en los Procesos Organizacionales. México: siglo veintiuno editores, s.a. de v.c.
- De la Garza, E. (2000). Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo. México: El colegio de México.

- Demicheli, G. (2000). Sistema Galileo, Una Representación Computacional de las Actitudes y Creencias. Diálogo con el Dr. Joseph Woelfel: Desde las Matemáticas al Arte, Pasando por las Ciencias Sociales. Revista de Psicología Universidad de Valparaíso, 1 (1), 128-142.
- Demicheli, G., (2000a). Comunicación y Cultura Organizacional de la Universidad de Valparaíso. Actitudes y Creencias del Estamento Académico. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso: Proyecto DIPUV 27-2000.
- Demicheli, G. (2002). Sistema Galileo, Una Representación Computacional de las Actitudes y Creencias. Diálogo con el Dr. Joseph Woelfel: Desde las Matemáticas al Arte, Pasando por las Ciencias Sociales. Revista de Psicología Universidad de Valparaíso, 2 (2), 179-194.
- Denison, D. (1991). Cultura Corporativa y Productividad Organizacional. Colombia: Legis, ediciones, S.A.
- Denison, D. (1996). What is the Difference between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. Academy of Management Review, 21 (3), 619- 654.
- De Souza, A. (1998). Cultura Organizacional. Editorial: P.A. & Partners.  
Disponible en: [www.pa-partners.com/articulos.htm](http://www.pa-partners.com/articulos.htm)
- Detert, J., Schroeder, R.& Mauriel, J. ( 2000). A Frawork for Linking Culture and Improvement Initiatives in Organizations. Academy of Manegement Review, 25 (4), 850- 563.
- Fischer, G. (1992). Campos de Intervención en Psicología Social. Madrid, España: Narcea, S.A. Ediciones.
- Freitas, M. (1991). Cultura Organizacional: Grandes Temas en Debate. Revista de Administración de Empresas, 31 (3), 73- 82.
- Ghio, F. & Olave, S. (2001). Estudio de Cultura Organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke: Creencias y Actitudes de los Funcionarios Técnicos Paramédicos de los Servicios Clínicos. Valparaíso, Chile: Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología, Universidad de Valparaíso.

- Gillham, J. & Woelfel, J. (1977). The Galileo System of Measurement: Preliminary Evidence for Precision, Stability and Equivalence to Traditional Measures. Human Communication Research, 3, 222- 234.
- Haller, A. & Woelfel, J. (1972). Significant Others and Their Expectations: Concepts and Instruments to Measure Interpersonal Influence on Status Aspirations. Rural Sociology, 37 (4), 591-622.
- Hatch, M. (1993). The Dynamics of Organizational Culture. Academy of Management Review, 18 (4), 657-693.
- Hernández, T. & Weintraub, M. (1999). Reforma Sectorial y Mercado de Trabajo: El caso de las Enfermeras en Santiago de Chile. Naciones Unidas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Políticas Sociales, 31.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. & Sanders, G. (1990). Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases. Administrative Science Quarterly, 35, 286- 316.
- INE, (2002). Instituto Nacional de Estadísticas.  
Disponible en: [www.ine.cl/12-pobla/Amboscuquise.htm](http://www.ine.cl/12-pobla/Amboscuquise.htm)
- Katz, D. & Kahn, R. (1989). Psicología Social de las Organizaciones. México: Trillas.
- Kotter, J. & Heskett, J. (1995). Cultura de la Empresa y Rentabilidad. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Leiva, P. (1997). Instrumento Preliminar para Evaluar la Gestión en Liceos Técnico-Profesionales Municipalizados. PSYKHE, 6 (2), 51- 62.
- Martínez, P. (1998). Estudio Diagnóstico de Cultura Organizacional.  
Disponible en: [www.copsa.cop.es/congresoiberia/base/trabajo/org44.htm](http://www.copsa.cop.es/congresoiberia/base/trabajo/org44.htm)

- Maturana, H. (2003). Amor y Juego: Fundamentos olvidados de lo Humano. Santiago, Chile: J.C. Sáez, Editor.
- Ministerio de Salud (2000). Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile.  
Disponible en: [www.minsal.cl/ici/biblioteca/publicaciones/recursohumanoenchile.pdf](http://www.minsal.cl/ici/biblioteca/publicaciones/recursohumanoenchile.pdf)
- Molinari, J. (2001). Cultura Organizacional de los Centros de Jubilados y Pensionados de la Ciudad de Mar del Plata. PSYKHE, 10 (1), 49- 57.
- Monge, P. & Contractor, N. (1998). Emergence of Communication Networks. A Chapter Prepared for Publication in Jablin, F.M. & Putnam, L.L (Eds.) Handbook of Organizational Communication (2<sup>nd</sup> Ed.)  
Disponible en: [www.tec.spcomm.uiuc.edu/nosh/HOCNets.html](http://www.tec.spcomm.uiuc.edu/nosh/HOCNets.html)
- Morgan, G. (1998). Imágenes de la Organización. México: Alfaomega.
- Pan, B. & Fesenmaier D. (2002). Semantics of Online Tourism and Travel Information Search on the Internet. University of Illinois at Urbana- Champaign.  
Disponible en: [www.tourism.uiuc.edu/nltec/personnel/bing/chapter.doc](http://www.tourism.uiuc.edu/nltec/personnel/bing/chapter.doc)
- Pellegrini, A., De Almeida, N. & Trostle, J. (1998). La Investigación en Salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos. Montevideo, Uruguay: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo CIID.  
Disponible en : [www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s3.html](http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s3.html)
- Pettigrew, A. (1979). On Study Organizational Cultures. Administrative Science Quarterly, 24, 570- 581.
- Porto, T. (2000). Processo de Comunicacao Formal de uma Empresa de Cosméticos como Instrumento de Caracterizacao de sua Cultura Organizacional. Anais da Mostra de TGI: Revista da Faculdade de Psicologia da UPM, 2 (2), 92.
- Reilly, B. & Di Angelo, J. (1990). Communication: A Cultural System of Meaning and Value. Human Relations, 43 (2), 129- 140.
- Reyes, M. (1991). Cultura Organizacional. SPITZE. Ediciones Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Santiago, Chile.

- Robbins, S. (1996). *Comportamiento Organizacional: Teoría y Práctica*. México: Prentice-Hall.
- Rodríguez, A. (1998). Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid, España: Ediciones Pirámides.
- Rodríguez, D. (1995). Diagnóstico Organizacional. Santiago, Chile: Capacitación y Desarrollo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rodríguez, D. (2002). Gestión Organizacional: Elementos para su Estudio. Santiago, Chile: Capacitación y Desarrollo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rodríguez, V. (2004). *Imagen Institucional de la Universidad de Valparaíso. Actitudes y Creencias de Estudiantes de Cuarto Año de Enseñanza Media de las Comunas de Valparaíso y Viña del Mar*. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso: Proyecto DIPUV-2004.
- Saltiel, J. (1988). *Occupational Prestige and Sex Typing in the Collective Conscience*. Montana State University.  
Disponible en: [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/occupational.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/occupational.pdf)
- Schein, E. (1985), Organizational Culture and Leadership. California, USA: Jossey- Bass Inc. Publishers.
- Schein, E. (1990). Organizational Culture. American Psychologist, 45 (2), 109-119.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizations Analysis. Administrative Science Quartely, 28, 339- 358.
- Thévenet, M. (1992). Auditoría de la Cultura Empresarial. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Torgerson, W. (1958). Theory and methods of scaling. New York: Wiley.

- Yepes, F. & Arias, J. (1998). La investigación de Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la Luz de las Reformas. Montevideo, Uruguay: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo CIID.  
Disponible en: [www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s9.html](http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756-s9.html)
- Woelfel, J. (1974). Metric Measurement of Cultural Processes. Michigan State University.  
Disponible en: [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/culturalprocess.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/culturalprocess.pdf)
- Woelfel, J. (1974a). Procedures for the Precise Measurement of Cultural Processes. Michigan State University.  
Disponible : [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/precisemeasure\\_b.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/precisemeasure_b.pdf)
- Woelfel, J. (1977). Foundations of Cognitive Theory. Michigan State University.  
Disponible en: [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/foundations.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/foundations.pdf)
- Woelfel, J. (1980). Message- Attitude- Behavior Relationship: Theory, Methodology and Applications. E:E:U:U: Academic Press, Inc.
- Woelfel, J. (1990). Cognitive Processes and Communication Networks: A general Theory. Universidad de Buffalo.  
Disponible en: [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/ageneraltheory.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/ageneraltheory.pdf)
- Woelfel, J. (2001). Comunicación Personal.
- Woelfel, J. & Barnett, G. (1974). A Paradigm for Mass Communication Research. Michigan State University.  
Disponible en [www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/paradigm.pdf](http://www.informatics.buffalo.edu/faculty/woelfel/literature/paradigm.pdf)
- Woelfel, J. & Barnett, G. (1992). Procedures for Controlling Reference Frame Effects in the Measurement of Multidimensional Processes. Quality and Quantity, 26, 367- 381.
- Woelfel, J. & Danes, J. (1980). Multivariate Techniques in Human Communication Research. E:E:U:U: Copyright. Academic Press. Inc.
- Woelfel, J. & Fink, E. (1980). The Measurement of Communication Processes. Galileo Theory and Method. New York, E.E.U.U.: Academic Press.

Woelfel, J., Newton, B., Holmes, R., Kincaid, L. & Lee, J. (1986). Effects of Compound Messages on Global Characteristics of Galileo Spaces. Quality and Quantity, 20, 133-145.

## **APENDICES**

## **APENDICE A**

### **LISTA DE PALABRAS ANALIZADAS**

**LISTA DE PALABRAS ANALIZADAS EN SU CONTEXTO  
FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DESCENDENTE  
HASTA FRECUENCIA 18**

CAT-PAC	
1	Cosas
2	Hospital
3	Servicio
4	Falta
5	Personal
6	Pacientes
7	Gente
8	Dirección
9	Recursos
10	Problemas
11	Mundo
12	Enfermera
13	Trabajo
14	Cuenta
15	Cosa
16	Todos
17	Atención
18	Camas
19	Turno
20	Trabajar
21	Tiempo
22	Compromiso
23	Auxiliar
24	Enfermería
25	Personas
26	Mala
27	Servicios

CONCORDANCE			
1	Yo (yo, uno, tu, mi)	30	Nivel
2	Cosas	31	Horas
3	Gente	32	Atención
4	Hospital	33	Familia
5	Servicio (s)	34	Trabajar
6	Paciente (s)	35	Mal
7	Nosotros	36	Equipo
8	Todos	37	Nosotras
9	Bien	38	Cambio
10	Enfermera (s)	38	Cantidad
11	Cosa	40	Unidad
12	Mejor	41	Buena
13	Años	42	Director
14	Trabajo	43	Mundo
15	Medico (s)	44	Grupo
16	Falta	45	Jefe
17	Personal	46	Cuenta
18	Bueno	47	Cargo
19	Día (s)	48	Nuevas
20	Personas (a)	49	Sala
21	Problemas (a)	50	Dirección
22	Tiempo	51	Compromiso
23	Colegas (a)	52	Administrativa
24	Turno (s)	53	Cama (s)
25	Recursos	54	Paramédico
26	Auxiliares (r)	55	Profesional
27	Urgencia	56	Chiquillas
28	Casa	57	Doctor
29	Enfermería	58	Mala

## **APENDICE B**

### **ANALISIS DE LAS PALABRAS CON MAYOR FRECUENCIA**

<b>ANÁLISIS DE LAS PALABRAS CON MAYOR FRECUENCIA PROGRAMAS CAT-PAC Y CONCORDANCE</b>		
<b>Nº</b>	<b>PALABRA Y SU FRECUENCIA</b>	<b>ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y CONTENIDO DE CADA PALABRA EN ORDEN DE FRECUENCIA DESCENDENTE</b>
1	Cosas (246) Cosa (92)	Se refiere a recursos, esencialmente a la falta de recursos materiales. Se refiere a la realización del trabajo o de actividades en el trabajo, incluyendo a las extraordinarias. En general, expresan que son muchas, que a veces resulta complicado, que requiere gran esfuerzo personal. Referido a proyectos y manejo de temas importantes de la organización. Falta de planificación, no se cumplen por frecuentes cambios administrativos; no se da relevancia a los temas más importantes de tratar. Situaciones sin resolver de tipo administrativo (burocracia), de abastecimiento (dinero, recursos). Situaciones propias del trabajo: licencias, enfermedades del personal, situaciones estresantes, situaciones difíciles por falta de recursos.
2	Gente (202)	Referido al personal del Hospital. Referido a pacientes, usuarios y sus familiares. Se hace mención a “Gente Nueva”, referido al personal contratado en los últimos años (fenómeno social relevante para la organización).
3	Hospital (166)	Este Hospital. Otros Hospitales. Hospital en forma genérica.
4	Servicio (147) Servicios (38)	Mi servicio. Su servicio/ los servicios/ otros servicios.
5	Pacientes (102)	Exceso de pacientes. Atención de los pacientes. Se menciona que no es buena dadas las condiciones del Hospital. Gran vocación, el personal se esfuerza en dar lo mejor. La situación del Hospital y la dificultad para atender a los pacientes genera angustia, estresa. Problemas con los pacientes, que exigen y tratan indebidamente a las Enfermeras.
6	Nosotros (137) Nosotras (31)	Referido al estamento de Enfermeras, el personal del servicio o ambos. En “Nosotras” se destaca la distinción entre las colegas nuevas y las antiguas; y la falta de unión entre ellas.
7	Todos (131)	Se refiere básicamente al personal en general del Hospital.
8	Bien (125)	Se utiliza para referirse a ciertos aspectos positivos del Hospital, como relaciones entre el personal. En relación al paciente “por el bien del paciente” se menciona en varias oportunidades. También se menciona en relación a la atención. Referido a estar bien o sentirse bien, principalmente en el desempeño del trabajo.
9	Enfermera (97) Enfermeras(64)	El uso de “Enfermera” y “Enfermeras” se refiere al personal del Hospital, no en forma genérica. Roles/ funciones que cumplen. Población de Enfermeras: pocas Enfermeras. Sobrecarga de trabajo. Poca unión y lealtad entre el estamento. “Enfermeras mayores” y “Enfermeras nuevas”.

10	Mejor (89)	Se menciona en forma frecuente los intentos de dar lo mejor, la mejor atención por parte del personal-
		Se mencionan aspectos que ayudarían a que el Hospital estuviera o fuera mejor “podría ser mejor” (más compromiso, mejores sueldos, trabajo en equipo).
11	Años (87) Año (14)	Lo más significativo tiene relación con muchos años de servicio de un porcentaje significativo del personal del Hospital (entre 15 y 30 años).
12	Trabajo (84)	Se utiliza para referirse tanto a la actividad que se desempeña como al lugar físico.
		El aspecto más relevante se refiere a la carga de trabajo.
13	Médico (83) Médicos (40)	Escasez de personal Médico.
		Sistema de trabajo y relación entre estamentos de mucho respeto y obediencia, desde las Enfermeras hacia los Médicos.
		En general, se refieren a los Médicos como amables y con buena disposición. Existe una buena relación entre ambos estamentos.
		Trato enmarcado por lo general dentro de lo estrictamente laboral, con la excepción en algunos Servicios, donde se trabaja en conjunto durante gran parte de la jornada.
		Relación Médico / paciente: muy puntual y breve, referida a los controles necesarios (“viene una vez al día”).
		Problemas con los Médicos: coordinación, comunicación en cuanto a la atención de los paciente, entrega de recetas, etc.
14	Falta (80)	Principalmente referido a la falta de recursos tanto materiales como humanos.
		Se utiliza también para mencionar falta de vocación, voluntad, compromiso, lealtad, unidad del estamento de enfermería.
		También se menciona la falta de comunicación y de trabajo en equipo.
15	Personal (77)	Principalmente se refiere al personal, en general. Además se mencionan con mayor frecuencia el Auxiliar y el Administrativo.
		Los comentarios realizados se refieren a la escasez de personal y a las relaciones interpersonales entre ellos, definida básicamente como buena. Este último se refiere a la convivencia al interior del servicio y no a nivel de estamento, sino que en el equipo de trabajo directo.
16	Bueno (74)	No se menciona en forma frecuente algún uso relevante para el estudio. El mayor es en expresiones como “... y bueno”.
17	Días (36)	No se menciona en forma frecuente algún uso relevante para el estudio.
18	Personas (67) Persona (60)	Principalmente se utiliza para referirse al personal del Hospital.
		El segundo uso es para pacientes / usuarios y sus familiares.
		También se usa para quienes cumplen cargos administrativos, sobre todo directivos.
19	Problemas (62) Problema (44)	Se utiliza para referirse a los problemas del Hospital, en cuanto a la lentitud o falta de resolución de estos, principalmente en lo referido a recursos y administración burocrática y desorganizada.
		Problemas de relaciones interpersonales dentro del estamento de enfermería y con los otros servicio.
		Problemas económicos del Hospital, falta de personal y de recursos materiales.
		Relacionados con los pacientes, en cuanto a que no se les resuelven sus problemas, a complicaciones médicas y en la relación con la enfermera.
20	Tiempo (61)	Se menciona la falta de tiempo para hacer todo lo que se requiere en el Hospital y la pérdida de tiempo que conlleva la burocracia del Hospital y la escasez de recursos.
21	Colegas (55) Colega (30)	Se refiere básicamente a las Enfermeras del Hospital. Los comentarios van en torno al poco contacto, unión y comunicación entre ellas.
		Se hace la distinción entre las nuevas y las antiguas y la falta de relación que hay entre estos dos grupos ( no se presentan al llegar, no se conocen).

22	Turno (54) Turnos (20)	Se mencionan los tipos de turnos y al agotamiento asociado.
		Se refiere a la escasez de personal en ciertos turnos.
		Mejor remuneración de los turnos noches.
		Se menciona el estrecho vínculo que se establece entre el personal de cada turno.
23	Recursos (50) Recurso (8)	Esencialmente se refiere a que faltan, son justos o pocos.
24	Auxiliares (44) Auxiliar (33)	Se refiere básicamente al personal Auxiliar Paramédico de servicio del Hospital.
25	Urgencia (44)	Se menciona en relación al Servicio o Unidades de Urgencia. Se puede observar que representan un elemento central y de convergencia para los otros servicio del Hospital.
		No tiene mayor relevancia
26	Casa (41)	Se hace mención a la doble función que desempeñan las Enfermeras, pues son Dueñas de Casas en su propio hogar y en el Hospital, asumiendo gran cantidad de responsabilidad en ambos lugares.
		Se menciona al Hospital como la segunda casa, donde a veces se pasa más tiempo que en el hogar. Se menciona el poco tiempo que se está en la casa.
27	Enfermería (40)	Referido básicamente al estamento, se menciona reiteradamente la existencia de un quiebre, de dificultades. El estamento se encuentra dividido en dos grupos.
28	Nivel (39)	No es muy relevante; con frecuencia se utiliza para referirse a los diferentes estamentos.
29	Horas (38)	Pacientes esperan muchas horas.
		Se mencionan las horas que dura cada turno, en relación al tiempo que se está ahí.
		Horario en que funcionan ciertas Unidades.
		Muchas horas de trabajo.
30	Atención (35)	Principalmente hace mención a la atención del paciente.
		Se menciona que se da mala atención por las condiciones del Hospital.
		A pesar de las condiciones la atención es de buena calidad. Esto se atribuye a los esfuerzos, a la vocación del personal.
31	Familia (35)	Principalmente hace mención a la familia del paciente. Las Enfermeras tienen mucha relación con ellos.
		Se ve al equipo de trabajo como una familia.
32	Trabajar (35)	Se mencionan aspectos positivos y negativos en la realización de las labores:
		- Alta vocación, entrega, creatividad, agrado de venir
		- Lentitud, escasos recursos, mucho trabajo, intranquilidad.
33	Mal (34)	Lo que más se destaca se refiere al estado físico y/o anímico de las Enfermeras: sentirse agobiada, estresada, cansada, frustrada, enferma, etc.
34	Equipo (32)	Trabajo en equipo: en ciertos sectores se da, pero no lo suficiente. Se menciona que debería ser una práctica más establecida, que sería bueno que ocurriera.
		Equipo de trabajo conformado por los diferentes estamentos. Se señala que la relación más estrecha de las Enfermeras es con los Auxiliares Paramédicos.
35	Cambio (30)	Referido a innovaciones en el Hospital. Se menciona que hay mucha resistencia y que no se consiguen muchos cambios.
		Rotación del personal de un servicio a otro ocurre de manera poco frecuente, hay quienes opinan que hacerlo permanentemente sería una práctica muy positiva.
		Rotación del Directorio, como un aspecto negativo que genera desorden, estancamiento y desmotivación.
36	Cantidad (30)	Menos/ pocas Enfermeras.
		Pocos recursos.
		Muchos pacientes en relación a la cantidad de personal.
		Mucha cantidad de trabajo.
37	Unidad (30) Unidades (12)	Se refiere a las Unidades funcionales del Hospital.

38	Buena (29)	Referido a las relaciones interpersonales. Referido a la atención.
39	Director (28)	Director del Hospital, sus responsabilidades y su relación con el estamento de enfermería. Cambios frecuentes de Director en los últimos años.
40	Mundo (28)	No es relevante para el estudio.
41	Grupo (27)	Referido al estamento de Enfermería. Grupos de Enfermeras: nuevas, antiguas, del mismo servicio, con el mismo cargo. Grupos conformados por los turnos ( Auxiliares, Enfermeras, Médicos). Se menciona que existe buenas relaciones al interior de cada grupo, pero entre un grupo y otro se observa cierta rivalidad.
42	Jefe (26)	Se menciona principalmente Jefe de Servicio; también al jefe de turno y de equipo. Varias de las Enfermeras entrevistadas han cumplido en algún momento este rol. En general, los comentarios en relación al jefe son neutros, no se manifiesta una valoración especialmente positiva ni negativa. Se mencionan como parte del contexto y no como el referente principal.
43	Cuenta (25)	No es relevante para el estudio.
43	Cargo (23)	Estar a cargo de cierta cantidad de personal, de pacientes o de cierta Unidad. Se menciona la idea de dudar si está la gente idónea para los cargos administrativos superiores del Hospital.
45	Nuevas (23)	Básicamente se refiere a colegas nuevas. Últimamente ha llegado personal nuevo, luego de que no ocurriera esto desde hace muchos años.
46	Sala (23)	No es relevante para el estudio.
47	Dirección (21)	Referido a la Dirección de Hospital, en cuanto a sus falencias en la resolución de problemas, constante rotación y asunción de responsabilidades.
48	Compromiso (20)	Se plantea que falta compromiso del personal en general, pero sobre todo de la parte administrativa. Se plantea que existe compromiso del personal hacia el Hospital y los pacientes.
49	Administrativa (19)	Se menciona que la parte administrativa es tediosa, desordenada, constante rotación.
50	Cama (19)	No es relevante para el estudio, sólo que este recurso se encuentra en mal estado o es inapropiado. Muchas camas por enfermera.
51	Paramédico (19)	Auxiliar Técnico Paramédico.
52	Profesional (19)	No es relevante para el estudio, no se hace mayor uso de este rótulo ni de la distinción entre profesionales y no profesionales.
53	Chiquillas (18)	Expresión para referirse principalmente a las Auxiliares. Esto deja ver la estrecha relación y trato cercano que se mantiene entre los dos estamentos.
54	Doctor (18)	Muy similar a lo expresado en Médico(s).
55	Mala (17)	Referido a la atención, tanto como que es mala como que no lo es. Mala fama del Hospital y de sus funcionarios.

## **APENDICE C**

### **CUESTIONARIO DE PARES COMPARADOS**

### **Estimada(o) Enfermera(o):**

Este cuestionario es anónimo y es el principal instrumento de medición a utilizar en un estudio de rigurosidad científica, que tiene como propósito lograr un mayor conocimiento del Hospital.

En la primera parte de la investigación, se realizaron 20 entrevistas a una muestra de enfermeras y enfermeros del área clínica de los diferentes servicios del Hospital. A partir de la información obtenida en las entrevistas, se eligieron los conceptos para crear este cuestionario.

La segunda etapa del estudio, consiste en la aplicación del presente instrumento a la totalidad de enfermeras (os) clínicas (os) del Hospital. De allí que su colaboración en responderlo es fundamental para el éxito de la investigación. Le agradecemos desde ya su disposición a cooperar.

### **INSTRUCCIONES**

Este cuestionario pretende conocer sus apreciaciones sobre ciertos atributos del Hospital, en el que usted labora. En las siguientes páginas se presenta una lista de conceptos, que están ordenados en pares. Le pedimos que nos indique, **según usted**, a qué distancia se encuentra un concepto del otro en cada par.

Por ejemplo: "A qué distancia está **el Hospital** de la **buena calidad de atención**"

- Mientras **más distante** le parezca que está una cosa de la otra, **mayor es el número** que debe escribir.
- Mientras **menos distante** le parezca una cosa de la otra, **menor es el número** que debe escribir.

Si usted considera que dos conceptos **no son en absoluto distantes o diferentes**, por favor escriba **1**. En cualquier otro caso, escriba el número que represente mejor la distancia estimada por usted, siendo el **máximo 100**.

Por ejemplo, si usted cree que:

- el hospital **no** entrega una buena calidad de atención, podría escribir 90 ó 95, incluso 100 si está totalmente convencido.
- el hospital ha avanzado, pero aún no entrega una buena calidad de atención, podría escribir 75 u 80.
- el hospital ha avanzado mucho en los últimos años y se acerca a entregar una buena calidad de atención, podría escribir 20, 25 ó 30.
- el hospital entrega una buena calidad de atención, podría escribir 5 ó 10, incluso 1 si está totalmente convencido.

Para que le resulte más fácil identificar qué número escribir, recuerde lo siguiente:

**Número pequeño (cercano a 1) = Mayor relación entre ambos conceptos**

**Número grande (cercano a 100) = Menor relación entre ambos conceptos**

Muchas gracias por su colaboración en esta investigación.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro

**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **mi servicio** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que actualmente existe un **alto grado de vinculación** entre su servicio y el hospital, escriba un **número menor** (*que indica que hay una estrecha relación entre ambas cosas*). De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana** entre su servicio y el hospital, escriba un **número mayor** (*que indica que ambas cosas no se relacionan estrechamente*).

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que actualmente existe un **alto grado de vinculación** entre su estamento y el hospital, como institución que los reúne laboralmente, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana** entre su estamento y el hospital, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre el estamento de técnicos paramédicos y el hospital, como institución que los reúne laboralmente, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana** entre este estamento y el hospital, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **los médicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre el estamento médico y el hospital, como institución que los reúne laboralmente, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana** entre este estamento y el hospital, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **el personal nuevo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre las(os) enfermeras(os) nuevas(os) (con menos de 11 años de servicio en esta institución) como grupo y el hospital, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana**, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **el personal antiguo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre las(os) enfermeras(os) antiguas(os) (con 11 ó más años de servicio en esta institución) como grupo y el hospital, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana**, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre los usuarios (pacientes y familiares) y el hospital, como institución que entrega un servicio de atención directa, escriba un **número menor**. De lo contrario, si cree que existe una **relación más bien lejana**, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** \_\_\_\_\_ de **la buena calidad de atención** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención que se entrega a los usuarios es una **característica predominantemente presente** en el hospital actual, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro  
**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**El hospital actual** de **el bienestar físico-psicológico** \_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico del personal hospitalario es una **característica predominantemente presente** en el hospital actual, escriba un **número menor** (*que indica que hay una estrecha relación entre ambas cosas*). De lo contrario, escriba un **número mayor** (*que indica que ambas cosas no se relacionan estrechamente*).

**El hospital actual** de **buenas relaciones interpersonales** \_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones entre el personal hospitalario es una **característica predominantemente presente** en el hospital actual, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** de **la sobrecarga de trabajo** \_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el hospital actual, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El hospital actual** de **el déficit de insumos** \_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de recursos materiales (asociado a la dificultad para conseguirlos) es una **condición predominantemente presente** en el hospital actual, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **mi servicio** \_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención que se entrega a los usuarios es una **característica predominantemente presente** en su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_  
Si usted cree que las(os) enfermeras(os), como estamento, proporcionan buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_  
Si usted cree que los técnicos paramédicos, como estamento, proporcionan buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **los médicos** \_\_\_\_  
Si usted cree que los médicos, como estamento, proporcionan buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **el personal nuevo** \_\_\_\_  
Si usted cree que las(os) enfermeras(os) nuevas(os) (con menos de 11 años de servicio en esta institución), como grupo, proporcionan buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **el personal antiguo** \_\_\_\_  
Si usted cree que las(os) enfermeras(os) antiguas(os) (con 11 ó más años de servicio en esta institución), como grupo, proporcionan buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro  
**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**La buena calidad de atención** de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que los usuarios (pacientes y familiares) **reciben habitualmente** una buena calidad de atención, escriba un **número menor** (*que indica que hay una estrecha relación entre ambas cosas*). De lo contrario, escriba un **número mayor** (*que indica que ambas cosas no se relacionan estrechamente*).

**La buena calidad de atención** de **el bienestar físico-psicológico** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención y el bienestar físico-psicológico del personal son condiciones que **se presentan en forma conjunta**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **buenas relaciones interpersonales** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención y las buenas relaciones entre el personal **van de la mano**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **la sobrecarga de trabajo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención y el exceso de trabajo **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La buena calidad de atención** de **el déficit de insumos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la buena calidad de atención y la escasez de insumos **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico- psicológico** de **mi servicio** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico del personal es una **característica predominantemente presente** en su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico es una **característica predominantemente presente** en sus compañeras(os) de estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico- psicológico** de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico es una **característica predominantemente presente** en los técnicos paramédicos, como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **los médicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico es una **característica predominantemente presente** en los médicos, como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **el personal nuevo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico es una **característica predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) nuevas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro

**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**El bienestar físico-psicológico** de **el personal antiguo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico es una **característica predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) antiguas(os), escriba un **número menor** (*que indica que hay una estrecha relación entre ambas cosas*). De lo contrario, escriba un **número mayor** (*que indica que ambas cosas no se relacionan estrechamente*).

**El bienestar físico-psicológico** de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la atención brindada a los usuarios y el bienestar físico-psicológico del personal se **relacionan estrechamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **buenas relaciones interpersonales** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico del personal y las buenas relaciones interpersonales **van de la mano**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **la sobrecarga de trabajo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico del personal y el exceso de trabajo **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El bienestar físico-psicológico** de **el déficit de insumos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el bienestar físico-psicológico del personal y la escasez de insumos **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **mi servicio** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os), como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en el grupo de técnicos paramédicos, como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **los médicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en el grupo de médicos, como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro

**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**Buenas relaciones interpersonales** de **el personal nuevo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) nuevas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **el personal antiguo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones interpersonales son una **característica predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) antiguas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones entre el personal y la atención brindada a los usuarios **se vinculan estrechamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **la sobrecarga de trabajo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones entre personal y la sobrecarga de trabajo **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**Buenas relaciones interpersonales** de **el déficit de insumos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que las buenas relaciones entre el personal y la escasez de insumos **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **mi servicio** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el estamento de enfermería, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el estamento de técnicos paramédicos, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **los médicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el estamento médico, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **el personal nuevo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) nuevas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **el personal antiguo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una **condición predominantemente presente** en el grupo de enfermeras(os) antiguas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, uno **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro

**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA...**

---

**La sobrecarga de trabajo** de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que el exceso de trabajo es una condición que **se relaciona directamente** con la atención de los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**La sobrecarga de trabajo** de **el déficit de insumos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la sobrecarga de trabajo y la escasez de insumos son condiciones que **se presentan conjuntamente**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **mi servicio** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** en su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **las(os) enfermeras(os)** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** en el estamento de enfermería, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **los técnicos paramédicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** en el estamento de técnicos paramédicos, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **los médicos** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** en el estamento médico, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **el personal nuevo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** entre las enfermeras(os) nuevas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **el personal antiguo** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una **condición predominantemente presente** entre las enfermeras(os) antiguas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

**El déficit de insumos** de **los usuarios** \_\_\_\_\_  
Si usted cree que la escasez de insumos es una condición que **se relaciona estrechamente** con la atención de los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

---

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro

**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA USTES DE...**

---

**Yo /mi** de **el hospital actual** \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al hospital actual, como Institución a la que pertenece, escriba un **número menor**. De lo contrario, si usted se considera **más bien lejano** del hospital, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de mi servicio \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** a su servicio, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de la buena calidad de atención \_\_\_\_\_  
Si usted cree que **entrega** una buena calidad de atención a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de el bienestar físico-psicológico \_\_\_\_\_  
Si usted habitualmente **se siente física y psicológicamente bien**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de Buenas relaciones interpersonales \_\_\_\_\_  
Si usted considera que habitualmente **tiene buenas relaciones con el personal del hospital**, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de la sobrecarga de trabajo \_\_\_\_\_  
Si usted considera que **vive a diario la condición** de sobrecarga de trabajo, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de el déficit de insumos \_\_\_\_\_  
Si usted considera que **vive a diario la condición** de escasez de insumos en su trabajo, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de las(os) enfermeras(os) \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al grupo de enfermeras(os) como estamento, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de los técnicos paramédicos \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al estamento de técnicos paramédicos, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de los médicos \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al estamento médico, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de el personal nuevo \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al grupo de enfermeras(os) nuevas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de el personal antiguo \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** al grupo de enfermeras(os) antiguas(os), escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Yo /mi \_\_\_\_\_ de los usuarios \_\_\_\_\_  
Si usted se considera **altamente vinculado** a los usuarios, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro  
**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA SU SERVICIO DE CADA GRUPO?**

Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre su servicio y cada uno de los grupos indicados más abajo, escriba un **número menor**. De lo contrario, uno **número mayor**.

<b>Mi servicio</b>	de	<b>las(os) enfermeras(os)</b>	_____
<b>Mi servicio</b>	de	<b>los técnicos paramédicos</b>	_____
<b>Mi servicio</b>	de	<b>los médicos</b>	_____
<b>Mi servicio</b>	de	<b>el personal nuevo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Mi servicio</b>	de	<b>el personal antiguo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Mi servicio</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____

Si blanco está a 100 unidades de distancia de negro  
**¿A QUÉ DISTANCIA SE ENCUENTRA UN GRUPO DEL OTRO?**

Si usted cree que existe un **alto grado de vinculación** entre los pares de grupos listados más abajo, escriba un **número menor**. De lo contrario, escriba un **número mayor**.

<b>Las(os) enfermeras(os)</b>	de	<b>los técnicos paramédicos</b>	_____
<b>Las(os) enfermeras(os)</b>	de	<b>los médicos</b>	_____
<b>Las(os) enfermeras(os)</b>	de	<b>el personal nuevo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Las(os) enfermeras(os)</b>	de	<b>el personal antiguo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Las(os) enfermeras(os)</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____
<b>Los técnicos paramédicos</b>	de	<b>los médicos</b>	_____
<b>Los técnicos paramédicos</b>	de	<b>el personal nuevo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Los técnicos paramédicos</b>	de	<b>el personal antiguo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Los técnicos paramédicos</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____
<b>Los médicos</b>	de	<b>el personal nuevo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Los médicos</b>	de	<b>el personal antiguo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>Los médicos</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____
<b>El personal nuevo (enfermeras /os)</b>	de	<b>el personal antiguo (enfermeras /os)</b>	_____
<b>El personal nuevo (enfermeras /os)</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____
<b>El personal antiguo (enfermeras /os)</b>	de	<b>los usuarios</b>	_____

**Para finalizar, por favor complete los siguientes datos:**

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 Servicio en que trabaja: \_\_\_\_\_ Años en el Servicio: \_\_\_\_\_  
 Años en el Hospital: \_\_\_\_\_ Años de profesión: \_\_\_\_\_

## **APENDICE D**

### **MATERIAL INFORMATIVO PARA LAS ENFERMERAS**

## ESTUDIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Este estudio se lleva a cabo recogiendo la percepción y opinión que poseen las Enfermeras Clínicas acerca del Hospital Regional Rancagua. Se pretende conocer las **Creencias y Actitudes** que tienen las enfermeras sobre los aspectos más relevantes de la Institución. En otras palabras, lo importante es conocer cómo las enfermeras **perciben** o “**sienten**” a su Hospital.

### ¿Para qué sirve esto?

En la medida que se estudia las percepciones y opiniones que tienen las enfermeras acerca de su Hospital, se conocen los **elementos positivos y negativos** que intervienen en su labor diaria. Podemos comprender cómo se encuentran aspectos importantes como la motivación, las relaciones interpersonales, el estrés, y todo aquello relacionado con la **Satisfacción laboral** y el **Bienestar Psicológico**.

El estudio entrega un análisis amplio y profundo de los elementos más significativos para las enfermeras en la realización de su trabajo, junto a las debilidades y fortalezas asociadas a ella, lo que permite estar al tanto para tomar medidas y hacer cambios en la dirección acertada.

### ¿Por qué se realiza este estudio a las enfermeras?

En primer lugar, la Coordinación de Enfermería tiene el interés de hacer un estudio diagnóstico para conocer cómo se encuentran ciertos aspectos relacionados con el **Bienestar en el Desempeño del Trabajo**, pues dadas las condiciones en que se encuentra actualmente el Sistema de Salud Público, es fácil suponer que las enfermeras se ven directamente afectadas.

Uno de los temas más relevantes tiene relación con una seria escasez de enfermeras. Sólo hay 4 enfermeras por 10.000 habitantes (Minsal, 2000). Esto conlleva a otros problemas, como la sobrecarga creciente de trabajo, afectando la calidad de vida de las profesionales y la atención que se entrega a la población.

Por lo anterior y dada la importancia que representa el estamento para el quehacer organizacional del Hospital, se realiza este estudio, con el fin de contar con información que contribuya a encontrar posibles soluciones.

## ¿ En qué consiste el Estudio?

El estudio está compuesto por **dos etapas**:

**1. Entrevistas en Profundidad:** se realiza al 25% de la población de **Enfermeras Clínicas**. De acuerdo a los últimos datos obtenidos, el estamento está compuesto por un total de 79 personas, por lo que corresponde a **20 entrevistas**. Cada entrevista se realiza en forma individual y anónima, con una duración aproximada de 20 minutos. Durante ella se conversa en forma libre sobre las **principales características que se observan en el Hospital**.

Esta etapa fue realizada durante la primera quincena de junio. Se llevó a cabo de manera satisfactoria en cuanto al tiempo estimado, puntualidad y asistencia. Se contó con una alta colaboración y disposición a participar en las entrevistas, pese al desconocimiento y desinformación de casi la totalidad de entrevistadas acerca del estudio.

Las entrevistas son registradas en cassette, para luego ser transcritas en forma textual, de este modo se ingresa la información a un programa computacional que entrega aquellas **palabras que más se utilizaron** durante las entrevistas para referirse al hospital. Con las palabras de mayor frecuencia e importancia se crea el cuestionario.

**2. Cuestionarios:** Se aplica al 100% de la población de **Enfermeras Clínicas**, lo que equivale a 79 personas.

Los cuestionarios se completan de manera **colectiva y anónima**, con una duración aproximada de 35 minutos cada uno. En él se pide **establecer la distancia entre pares de palabras**. De este modo se conocen las Creencias y Actitudes de las enfermeras acerca de las principales características del Hospital.

Esta etapa será realizada a partir del presente mes (19 agosto fecha estimada), para lo cual se requiere que los días previos a la aplicación se de a conocer lo más posible el estudio, sus objetivos y la realización del cuestionario, de manera que se minimice la angustia y reticencia que suele asociarse a este tipo de actividades. En la medida que se conozcan los fines "positivos" y no "condenatorios" del estudio, se obtendrá mayor colaboración.

Con la información obtenida en esta etapa, se estará en condiciones de tabular y procesar la información, para posteriormente ser analizada.