

CALIDAD DE VIDA Y LIDERAZGO. INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DEL DIRECTIVO COLOMBIANO SOBRE SUS PRÁCTICAS DE LIDERAZGO

FERNANDO JUÁREZ*, FRANCOISE CONTRERAS
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

Recibido, agosto 9/2011

Concepto evaluación, junio 5/2012

Aceptado, junio 11/2012

Resumen

Se evaluó la influencia sobre las prácticas de liderazgo, de la calidad de vida percibida del líder, de sus hábitos de salud y de las características socioeconómicas. Todas estas dimensiones de la calidad de vida están incluidas dentro del modelo de calidad de vida como estrategia de intervención (Juárez, 2000, 2010). A 60 participantes, con personal a su cargo, se les aplicó el Inventario de Prácticas de Liderazgo (versión de Robles, de la Garza, & Medina, 2008), el Cuestionario de Calidad de Vida (WHO, 1998, 2004) y el de Indicadores de Salud (Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008). Los participantes se agruparon según sus características socioeconómicas. El aumento en la calidad de vida general y la salud psicológica de la calidad de vida, incrementaron las prácticas del liderazgo transformacional de Modelar, Inspirar, Desafiar y Habilitar y la del liderazgo transaccional de Alentar. El aumento en la percepción de salud del cuestionario de Indicadores de Salud incrementó las prácticas del liderazgo transformacional de Modelar, mientras que el aumento en la conducta asociada al consumo de bebidas alcohólicas redujo la práctica de liderazgo de Desafiar. Ninguna otra variable resultó significativa. Se discuten diferentes explicaciones teóricas.

Palabras clave: Liderazgo, calidad de vida, salud, estatus socioeconómicos.

INFLUENCE OF THE PERCEIVED QUALITY OF LIFE OF COLOMBIAN EXECUTIVES ON THEIR LEADERSHIP PRACTICES

Abstract

The influence of the leader's perceived quality of life, of his/her health habits and socioeconomic characteristics on his/her leadership practices was assessed. All of these dimensions are included in the framework of the quality of life model as an intervention strategy (Juárez, 2000, 2010). The Leadership Practices Inventory (version by Robles, de la Garza, & Medina, 2008), the Quality of Life Questionnaire –WHO (1998, 2004) and the Health Indicators Questionnaire (Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008) were administered to 60 participants in charge of personnel. Participants were grouped according to their socioeconomic characteristics. The increase in the overall quality of life and perceived health of the quality of life both augmented the transformational leadership practices of Modeling, Inspiring, Defying and Enabling and the transactional leadership practice of Encouraging. An increase in the perceived health of the Health Indicators Questionnaire augmented the transformational leadership practice of Modeling, while the increase in the behavior associated to alcoholic drinks intake reduced the leadership practice of Defying. No other variable was significant. Different theoretical explanations are discussed.

Key words: Leadership, quality of life, health, socio-economic status.

* Calle 14, No. 4-80, Bogotá – Colombia. Tel. 2970200, ext. 7839. fernando.juarez@urosario.edu.co , fernando_juarez2@yahoo.com

INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA DO DIRIGENTE COLOMBIANO SOBRE SUAS PRÁTICAS DE LIDERANÇA

Resumo

Foi avaliada a influência sobre as práticas de liderança da qualidade de vida percebida do líder, de seus hábitos de saúde e das características socioeconômicas. Todas estas dimensões da qualidade de vida estão incluídas dentro do modelo de qualidade de vida como estratégia de intervenção (Juárez, 2000, 2010). A 60 participantes, com pessoal sob sua responsabilidade foi aplicado o Inventário de Práticas de Liderança (versão de Robles, de la Garza, & Medina, 2008), o questionário de Qualidade de Vida (WHO, 1998, 2004) e o de Indicadores de Saúde (Jiménez, Martínez, Miró, & Sánchez, 2008). Os participantes foram agrupados de acordo com suas características socioeconômicas. O aumento na qualidade de vida geral e a saúde psicológica da qualidade de vida, aumentaram as práticas da liderança transformacional de Modelar, Inspirar, Desafiar e Habilitar e a da liderança transacional de Encorajar. O aumento na percepção de saúde do questionário de Indicadores de Saúde aumentou as práticas da liderança transformacional de Modelar, enquanto que o aumento na conduta associada ao consumo de bebidas alcoólicas reduziu a prática de liderança de Desafiar. Nenhuma outra variável foi significativa. Discutem-se diferentes explicações teóricas.

Palavras chave: Liderança, qualidade de vida, saúde, status socioeconômicos.

Existe consenso respecto a que el liderazgo involucra un proceso de influencia que moviliza el interés y el compromiso de las personas en todos los niveles de la organización (Manion, 1998). Este fenómeno es considerado un aspecto central para hacer frente a las actuales condiciones en que se desenvuelven las empresas, las cuales se caracterizan por globalización y cambios acelerados e inciertos en los mercados, las tecnologías y las expectativas de la fuerza de trabajo, lo cual a su vez, ha generado cambios en los patrones culturales, funciones, estructuras, políticas, procedimientos y tecnologías (Krantz, 2001).

Aunque existen varias categorías y modelos que demarcan diferentes estilos de liderazgo, los llamados transformacional y transaccional, han adquirido especial relevancia tanto por su amplio soporte empírico como por su presencia en numerosos contextos y culturas (Bass, 1997). El líder transformacional se centra en el cambio organizacional, asume riesgos, es proactivo, tiene visión de futuro, busca oportunidades, es innovador, inspira a otros y tiene necesidad de logro (Church & Waclawski, 1998). Así mismo, éste tipo de líder proporciona información, asesoramiento, apoyo y aliento a los trabajadores, incrementando su motivación y optimizando su desempeño (Bass, 1997).

El liderazgo transformacional es un ideal de liderazgo (Bass & Avolio, 1994) que puede ser de utilidad frente a los desarrollos del mundo empresarial, los cambios tecnológicos y la necesidad de hacer negocios a nivel internacional en entornos multiculturales (Rosenzweig, 1998). Las habilidades sociales e interpersonales de estos líderes (Hogan, 1994), se apoyan en la estimulación intelectual y la consideración individualizada (Ross & Offermann, 1997), lo que favorece el ajuste (autoconfianza y manejo de la presión), el impacto social, la agradabilidad y la necesidad de afiliación.

Por el contrario, las características del liderazgo transaccional consisten en el establecimiento de refuerzos contingentes y la actuación en momentos de divergencia con los planes de la organización (Bass, 1997). El líder transaccional está más orientado hacia el cumplimiento de las normas (Castro, 2006), se apoya en intercambios o transacciones en las que el líder aclara lo que se debe hacer, siendo los trabajadores recompensados posteriormente, según su desempeño. Estos líderes monitorean las actividades de sus subordinados para evitar errores y desviaciones de los procedimientos y normas establecidas (Bass & Riggio, 2006).

Aunque a través del liderazgo transaccional se pueden conseguir efectos positivos en la satisfacción y rendimiento de los empleados, no explica porqué ciertos líderes producen efectos extraordinarios en las actitudes, creencias y valores de sus seguidores (Molero, Recio, & Cuadrado, 2010). En este sentido, es necesario diferenciar la gestión del liderazgo, ya que la gestión consiste en coordinar acciones y asignar recursos para alcanzar los objetivos organizacionales, relacionándose con la eficiencia, el logro de resultados y la atención a problemas que requieren una acción inmediata (Leach, 2008), lo cual estaría más relacionado con la perspectiva transaccional. Por su parte, el liderazgo sería un concepto más transformacional (Shirey & Fisher, 2008), mas relacionado con la dirección.

A su vez, la calidad de vida (CDV) se entiende como la percepción que tienen los individuos de su situación en la vida, en un contexto cultural, de valores y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses (World Health Organization [WHO], 1999). Este concepto contiene elementos objetivos y subjetivos, los objetivos se refieren a condiciones externas tales como nivel de ingreso, vivienda, redes sociales o acceso a los servicios de salud, entre otros, mientras que los subjetivos hacen referencia a la

percepción de los individuos respecto a la calidad de sus vidas (Day & Jankey, 1996). La CDV incluye también aspectos relacionados con la salud física y mental del individuo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), debido a la estrecha relación existente entre esta percepción y la condición de salud (Frisch, Clark, & Rouse, 2003).

Aunque las circunstancias objetivas son importantes en la CDV, son las interpretaciones subjetivas y la evaluación que hace el individuo de sus experiencias lo que la determina (Day & Jankey, 1996), afirmándose que las experiencias subjetivas no son una de las dimensiones de la vida, sino que son la vida misma (Csikszentmihalyi, 1990).

En general, los escasos estudios existentes que relacionan el liderazgo con la CDV y la salud, se centran en la influencia del líder sobre la CDV, la salud y en general, el bienestar de los trabajadores. Así, se ha observado que el liderazgo que fomenta la autogestión, influye positivamente en la CDV laboral y en la satisfacción de los empleados en las organizaciones (Cohen, Chang, & Ledford, 2006), el liderazgo con valores positivos está relacionado con un buen clima laboral (Contreras, Barbosa, Juárez, Uribe, & Mejía, 2009). Igualmente, diferentes estilos de liderazgo influyen en la percepción del riesgo psicosocial, teniendo manifestaciones en la salud de los trabajadores (Contreras, Barbosa, Juárez, & Uribe, 2010) y se ha observado que los riesgos psicosociales reducen la CDV (Garrido-Pinzón, Uribe-Rodríguez, & Blanch, 2011).

No obstante la influencia de la CDV y los hábitos de salud sobre las prácticas de liderazgo, no ha sido aún estudiada. Se prevé algún tipo de relación en cuanto que la calidad de vida de un individuo constituye una percepción subjetiva, que involucra una forma de asumir la vida e influye sobre la relación que el sujeto establece con los demás. Debido a la carencia de información sobre la relación entre CDV, hábitos de salud y liderazgo, este estudio inicial solo pretende explorar la posible relación entre estas variables, lo cual posibilitaría la intervención al interior de las organizaciones a fin de promover la perdurabilidad empresarial.

Juárez (2000, 2010) ha propuesto un modelo de CDV como estrategia de intervención, en el cual se abordan los elementos que la componen y su influencia en las diferentes fases del abordaje de un problema específico. Aunque el modelo inicial se relacionaba con un campo específico de la salud (ver Juárez, 2000), dicho modelo se amplió a cualquier ámbito donde la CDV sea un elemento relevante, determinando necesidades y los aspectos de la misma en los cuales se debe intervenir para dar una solución al problema (Juárez, 2010, p.175). De esta manera, la CDV tiene un carácter de intervención, además de evaluativo (Juárez, 2010, p. 174).

El modelo se compone de (ver Juárez, 2010, pp.175-177): a) Características estructurales, agrupadas en aspectos físicos, psicológicos, sociofamiliares, socioeconómicos y subjetivos, y b) Características funcionales, las cuales relacionan las características estructurales con las fases del proceso en el que se intervenga a lo largo del tiempo. Estas fases son la severidad del problema, su evolución, el proceso de intervención y el estado de salud.

Siguiendo la propuesta de este modelo, se realiza primero una evaluación integral de la CDV, para determinar las dimensiones en las cuales sería necesario intervenir y, a continuación, se ponen en relación con aspectos del área en la cual se quiera intervenir, tales como la severidad del problema, su evolución, el proceso mismo de intervención y el estado de salud (Juárez, 2010, p. 179).

En este caso, debido a que se intenta establecer la relación de la CDV de vida con un problema o área específica, tal como las prácticas de liderazgo, nos encontramos en la fase de establecimiento de la relación de la CDV con la severidad del problema (Juárez, 2010). La severidad del problema se considera como tal debido a que se asume que el incremento en las prácticas de liderazgo transformacional sería benéfico para las organizaciones, por lo que dicho incremento se convierte en algo necesario. De esta manera, la menor presencia de estas prácticas constituye una mayor severidad; es decir, cuanto menores sean dichas prácticas transformacionales, más severo es el problema.

En este modelo, es posible utilizar diferentes instrumentos para evaluar las características deseadas, ya que el modelo solo se refiere a áreas y no a sus propiedades específicas. De este modo, se pueden seleccionar diferentes propiedades de cada área, por ejemplo es posible considerar, dentro de los aspectos socioeconómicos, el empleo o las finanzas, o ambos. Esta elección depende de lo que se considere pertinente explorar. Igualmente, la salud también está incluida dentro de este modelo, tanto en sus aspectos físicos, como psicológicos, pudiendo elegirse determinados aspectos de la misma (Para una descripción más detallada del modelo consultar Juárez, 2010).

En este caso, comprender las variables que influyen sobre las prácticas de liderazgo en las organizaciones se convierte en un tema especialmente relevante, en cuanto es claro que éstas se relacionan con la resistencia de las organizaciones para asumir cambios tecnológicos, afecta la capacidad de asociatividad y en general la capacidad para asumir nuevos retos, todos ellos, factores que comprometen la perdurabilidad empresarial (Sánchez, Osorio, & Baena, 2007), por ello, actualmente existe consenso respecto a que se requieren estilos de liderazgo que potencien el desarrollo de habilidades en los trabajadores y

fomenten su creatividad (Perdomo & Prieto, 2009), características del liderazgo transformacional.

De esta manera, teniendo en cuenta lo anterior, el propósito de este estudio es evaluar la influencia que ejerce el estado percibido en diferentes dimensiones de CDV, sobre la presencia de prácticas de liderazgo transformacional y transaccional, lo que según el modelo mencionado (Juárez, 2000, 2010), constituye la fase de asociación de la CDV con la severidad del problema. Los componentes de la CDV, son las características socioeconómicas, la percepción subjetiva de CDV y el autorreporte de los hábitos de salud. De acuerdo con esto, se plantean las siguientes hipótesis:

1. La calidad de vida y los hábitos de salud ejercen influencia sobre las prácticas de liderazgo en empresarios colombianos.
2. A mayor nivel de CDV y adecuados hábitos de salud, se incrementa el ejercicio de prácticas de liderazgo transformacional y se reduce el del liderazgo transaccional.

MÉTODO

Diseño

Para observar el efecto de la CDV en las prácticas de liderazgo, se utilizó un diseño correlacional de asociación entre variables y predictivo con un solo grupo.

Participantes

Los participantes se seleccionaron según la disponibilidad de los mismos ya que todos ellos cursaban estudios de postgrado en una universidad de la ciudad de Bogotá, en Colombia. En el momento de la asistencia a las clases de postgrado programadas se les preguntó por su disponibilidad para participar en la investigación; su colaboración respondiendo las encuestas fue voluntaria y anónima.

De este modo, la muestra estuvo compuesta por 60 directivos o supervisores, siendo la mayoría de ellos mujeres (mujeres=39, 65%, hombres=21, 35%), con una edad promedio de 35.2 años, soltero/as (n=26, 43.3%) o casada/os (n=24, 40%), con un estrato socioeconómico de tres (n=19, 31.7%) o cuatro (n=23, 38.3%), lo que en Colombia corresponde a un nivel de ingresos y de vivienda medio y medio-alto respectivamente, siendo el máximo estrato el seis.

Los participantes eran empleado/as independientes (n=47, 78.3%), cursando estudios de maestría (n=40, 66.7%). Las empresas donde, principalmente, se desempeñaban como directora/es (n=21, 35%) o supervisores/as (n=23, 38.3%), desde hacía mayoritariamente menos de tres años (n=28, 46.7%), pertenecían principalmente al

sector servicios (n=33, 55%) y tenían desde menos de 11 (n=23, 38.3%) a entre 11 y 50 empleados (n=25, 41.7%). No obstante, los participantes podían tener a su cargo de 51 a 200 empleados (n=48, 80%), debido al elevado número de personas que realizaban actividades para algunas empresas a través de agencias de servicios. De este modo, en el estudio predominaron las empresas pequeñas y medianas.

En la Tabla 1, se muestran las características de los participantes.

Instrumentos

Inventario de Prácticas de Liderazgo [IPL]: desarrollado por Kouzes y Posner (1988, 2003), adaptado y validado en español por Robles, de la Garza y Medina (2008), quienes se basaron en una primera adaptación desarrollada por Mendoza (2005). El instrumento evalúa el liderazgo transformacional y transaccional a través de cinco dimensiones: 1) Desafiar los procesos y extender los riesgos (buscar nuevas oportunidades, tomar riesgos, experimentar, cuestionar, innovar e improvisar), 2) Inspirar una visión compartida (describir y transmitir una visión apasionante del futuro, expresado a través de su entusiasmo con un lenguaje vivaz y expresivo), 3) Habilitar a los demás para que actúen (esfuerzo en equipo, tomar decisiones participativas y colaborativas, crear un clima de confianza), 4) Modelar el camino (extender consistentemente su propia práctica con los valores adoptados, claridad en los principios y sustentación en las creencias) y 5) Dar aliento al corazón (proporcionar retroalimentaciones positivas, reconocer públicamente las contribuciones individuales y celebrar los logros del equipo). La última dimensión es característica del liderazgo transaccional, mientras que las cuatro primeras, corresponden al liderazgo transformacional.

El inventario se compone de 30 ítems, en una escala tipo Likert de cinco puntos. La consistencia interna (Alfa de Cronbach), ofrece un valor de .87 para la escala general, mientras que para las subescalas los resultados fueron: a) Desafiar los procesos (.72), b) Inspirar una visión compartida (.80), c) Habilitar a los demás para que actúen (.76), d) Modelar el camino (.83) y e) Dar aliento al corazón (.75).

La fiabilidad del cuestionario en la versión en español, obtenida en una muestra mexicana mediante el Alfa de Cronbach, fue de: 1) Desafiar los procesos .73, 2) Inspirar una visión compartida .79, 3) Habilitar a otros a actuar .78, 4) Modelar el camino .80 y 5) Dar aliento al corazón .76, (Robles, et al., 2008). Estos coeficientes son similares a los valores reportados previamente por Posner (2004) y Slater et al., (2002). La prueba de fiabilidad realizada con los datos obtenidos en Colombia, arrojó los siguientes

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes.

	$\bar{X}(DE)$		n(%)
EDAD	35.20(7.5)		
GÉNERO	n(%)	EMPLEADOS EN LA EMPRESA	n(%)
Hombres	21(35.0)	Menos de 11	23(38.3)
Mujeres	39(65.0)	De 11 a 50	25(41.7)
ESTADO CIVIL		De 51 a 200	8(13.3)
Soltero	26(43.3)	Más de 200	4(6.7)
Casado	24(40.0)	SECTOR ECONÓMICO	
Unión libre	6(10.0)	Industrial	7(11.7)
Divorciado	4(6.7)	Comercial	5(8.3)
ESTRATO SOCIOECONÓMICO		Servicios	33(55.0)
1	1(1.7)	Otros	15(25.0)
2	1(1.7)	CARGO	
3	19(31.7)	Presidente/Gerente	2(3.3)
4	23(38.3)	Director	21(35.0)
5	11(18.3)	Coordinador	23(38.3)
6	5(8.3)	Supervisor	6(10.0)
TRABAJO		Otro	8(13.3)
Empresario	3(5.0)	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
Trabajo independiente	47(78.3)	Menos de 3 años	28(46.7)
Trabajo dependiente	7(11.7)	De 3 a 5 años	15(25.0)
Otros	3(5.0)	De 6 a 10 años	11(18.3)
EDUCACIÓN		Más de 10 años	6(10.0)
Cursando Especialización	20(33.3)	EMPLEADOS A CARGO	
Cursando Maestría	40(66.7)	Menos de 11	4(6.7)
		De 11 a 50	8(13.3)
		De 51 a 200	48(80.0)

valores en el Alfa de Cronbach: 1) Desafiar los procesos .77, 2) Inspirar una visión compartida .76, 3) Habilitar a otros a actuar .68, 4) Modelar el camino .73 y 5) Dar a liento al corazón .78. Estos datos demuestran, en general, la fiabilidad del instrumento en la muestra colombiana, si bien el resultado es ligeramente reducido en la dimensión de Habilitar.

Instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud: (World Health organization Quality of Life, [WHOQoL-BREF]) (WHO, 1998, 2004). Se utilizó la versión en castellano de Lucas (1998, 2007) y evalúa la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente. Las dimensiones indicadas se refieren a los siguientes aspectos (WHO, 1998): a) Salud física se refiere a actividades de la vida diaria, depen-

dencia, fatiga, movilidad, dolor, sueño y trabajo, b) Salud psicológica incluye disfrutar la vida, encontrarle sentido, capacidad de concentración, aceptación del aspecto físico, estar satisfecho consigo mismo y el no tener sentimientos negativos, c) Relaciones sociales comprende relaciones interpersonales, apoyo social y actividad sexual, d) Ambiente se refiere a los recursos financieros, libertad, seguridad física, cuidados de salud y aspectos sociales, entorno de la casa, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, oportunidades y participación en aspectos recreativos, entorno físico y transporte. El instrumento ofrece también una evaluación global de la CDV y de la salud percibida.

Consta de 26 ítems, con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Presenta una consistencia inter-

na para las diferentes dimensiones que oscila entre .66 y .84 de acuerdo a diferentes tipos de datos y, mediante análisis confirmatorio, se ha verificado la estructura de cuatro factores (WHO, 1998). Se califica mediante algoritmos, arrojando unas puntuaciones en dos escalas, entre 4 y 20, o entre 0 y 100, pudiéndose elegir entre ambas (WHO, 1996, 1998), en este caso se optó por la escala de 4 a 20, la cual está más acorde con las otras medidas utilizadas.

Indicadores de salud (IS): Instrumento descriptivo desarrollado por Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez (2008), que recoge información sobre comportamientos relacionados con la salud, peso y percepción de estado de salud. Está compuesto por preguntas acerca de hábitos de salud, tales como número de bebidas con alcohol ingeridas al día, número de cigarrillos fumados al día, número de kilos de sobrepeso, grado de salud percibida y práctica de ejercicio físico.

Finalmente se registraron los datos socio demográficos de género, edad, nivel socioeconómico, empleados a cargo, tipo de empresa en la que labora y estado civil.

Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se procedió a la aplicación de los instrumentos. Se hizo una aplicación colectiva y sistematizada de los instrumentos, a estudiantes de postgrado de áreas empresariales (especializaciones y maestrías) en una facultad de administración en la ciudad de Bogotá. El criterio de selección era que los participantes hubiesen sido recientemente o fueran, actualmente, directivos de PYMES.

La participación de los sujetos fue voluntaria, anónima y no se proporcionaron incentivos por responder a los cuestionarios. El tiempo aproximado para diligenciar los instrumentos fue de 15 minutos.

RESULTADOS

Una de las dimensiones que forma parte del modelo de CDV como estrategia de intervención, son las características socioeconómicas. Dichas características pueden analizarse como variables independientes, o agrupando a los participantes de acuerdo a ciertos perfiles, según las mismas. Esto último, resulta de interés en cuanto que permite obtener grupos homogéneos de participantes, al mismo tiempo que reduce el número de variables en análisis posteriores.

De acuerdo con esto, para agrupar a los participantes de acuerdo a sus características socioeconómicas, se realizó un escalamiento multidimensional, utilizando Chi cuadrado como medida de distancia en un modelo euclídeo.

La solución arrojó tres dimensiones con una varianza explicada del 91%.

En la dimensión 1, la mayoría de los participantes eran mujeres (n=21, 67.7%), con una edad promedio de 37.52 años, casada/os (n=14, 48.4%), con un estrato socioeconómico de cuatro (n=13, 41.9%), trabajadore/as dependientes (n=23, 74.2%), todos cursando estudios de maestría. Las empresas donde se desempeñaban como directora/es (n=12, 38.7%) o coordinadore/as (n=12, 38.7%), desde hacía cinco años o menos (n=20, 64.6%), pertenecían al sector servicios (n=23, 74.2%) y tenían entre 11 y 50 empleados (n=14, 45.2%).

En la dimensión 2, la mayoría de los participantes eran mujeres (n=10, 71.4%), con una edad promedio de 38.14 años, soltera/os (n=7, 50%), con un estrato socioeconómico de tres (n=8, 57.1%), todos trabajadore/as dependientes, cursando estudios de especialización (n=12, 85.7%). Las empresas donde se desempeñaban como directora/es (n=7, 50%), desde hacía cinco o menos años (n=8, 57.1%), pertenecían al sector servicios (n=5, 35.7%) y tenían menos de 10 empleados (n=9, 64.3%).

En la dimensión 3, la mayoría de los participantes eran mujeres (n=8, 53.3%), con una edad promedio de 27.7 años, soltera/os (n=10, 66.7%), con un estrato socioeconómico de cuatro (n=6, 40%), trabajadore/as dependientes (n=10, 66.7%), cursando estudios de maestría (n=8, 53.3%). Las empresas donde se desempeñaban como coordinador/a (n=7, 46.7%), desde hacía menos de tres años (n=14, 93.3%), pertenecían al sector servicios (n=5, 33.3%) o industrial (n=5, 33.3%) y tenían menos de 10 empleados (n=8, 53.3%).

Otras dimensiones de la CDV son la percepción subjetiva de la misma y las prácticas de salud. Como se muestra en la Tabla 2, los participantes tenían una buena percepción en las dimensiones de la CDV y de los hábitos de salud, especialmente debido a la baja tasa de consumo de cigarrillos o de alcohol, aunque existe un ligero sobrepeso. Sin embargo, se aprecia una evaluación subjetiva de salud moderada en el IS (3.17 sobre 5).

De esta manera, se han obtenido las dimensiones de CDV que pueden estar asociadas con el problema, el cual consiste en la presencia de unas determinadas prácticas de liderazgo en mayor o menor medida. No obstante, en esta ocasión, tanto la CDV de vida percibida, como los hábitos de salud se encuentran en un buen estado, exceptuando la moderada evaluación de salud en el IS. A su vez, las características socioeconómicas presentan una situación moderada, debido especialmente al estrato socioeconómico de los participantes (tres o cuatro sobre un máximo de seis).

Tabla 2.

Datos descriptivos del IPL, WHOQoL-BREF e IS.

	Mínimo	Máximo	Media	DE
IPL				
Modelar	20.00	30.00	26.57	2.52
Inspirar	14.00	30.00	24.47	3.34
Desafiar	16.00	30.00	24.48	3.16
Habilitar	21.00	30.00	25.55	2.55
Alentar	13.00	30.00	24.67	3.54
WHOQoL-BREF				
Calidad de vida general	2	5	3.88	.69
Salud general	2	5	3.82	.83
Salud física	10.29	20.00	16.27	2.24
Salud psicológica	10.67	20.00	16.62	1.84
Relaciones sociales	8.00	20.00	14.87	2.80
Medio ambiente	11.00	19.50	15.11	1.76
IS				
Bebidas	0	2	.10	.40
Cigarrillos	0	10	.60	2.0
Sobrepeso	0	85	5.62	12.10
Salud	2	4	3.17	.62
	n	%		
No practico ejercicio fisico	24	40		
Practico ejercicio como máximo 1 ó 2 días por semana	24	40		
Practico ejercicio como mínimo 3 días por semana	12	20		

El área donde la CDV puede tener impacto, o área a intervenir, son las prácticas de liderazgo. En este sentido, las subescalas del IPL arrojaron valores elevados, tal como se observa en la Tabla 2, ya que todas se encuentran situados entre 24.67 y 26.57, en un rango máximo de 30 para cada subescala, lo que indica la buena percepción que tienen estos directivos o coordinadores sobre sus prácticas de liderazgo.

Si bien no parecen existir deficiencias en las prácticas de liderazgo transformacional o transaccional, tal como se informa por los propios participantes, se hace necesario, según se indica en el modelo (Juárez, 2000, 2010) observar la influencia que tienen las diferentes dimensiones de la CDV, en el área a intervenir, tal como las prácticas de liderazgo.

En este caso esas dimensiones son las establecidas en el WHOQoL-BREF, el IS y las características socioeconómicas, todas ellas componentes de la CDV. Para observar el efecto conjunto de estas variables en las prácticas de liderazgo, se realizaron regresiones lineales de las mis-

mas, sobre las diferentes dimensiones del IPL. Para no alterar el modelo, se tomaron logaritmos de las categorías de la variable de práctica de ejercicio.

Antes de aplicar dichos modelos de regresión, es necesario observar la existencia de multicolinealidad entre las variables, para lo cual se obtuvo la matriz de correlaciones mostrada en la Tabla 3. En dicha tabla se muestran solamente aquellas correlaciones que resultaron significativas, observándose que las dimensiones de prácticas de liderazgo se relacionan entre sí, así como las dimensiones del instrumento de CDV, las cuales también se relacionan con las diferentes prácticas de liderazgo, e igualmente ocurre con las dimensiones del instrumento IS, algunas de las cuales se relacionan con las prácticas de liderazgo, con las dimensiones de CDV y con otras dimensiones del mismo IS.

No obstante, las correlaciones de CDV e IS con las prácticas de liderazgo nos indican que un modelo de regresión puede ser apropiado. A su vez, las relaciones entre CDV e IS, son moderadas y se pueden producir porque ambos instrumentos evalúan dimensiones de la salud. Las categorías de variables socioeconómicas obtenidas en el agrupamiento mediante escalamiento dimensional, no mostraron correlaciones con ninguna otra variable.

Por otra parte, para evitar los mencionados problemas de colinealidad se incluyeron las variables en los modelos de regresión mediante el procedimiento de pasos sucesivos, lo que permite seleccionar aquellas de mayor poder explicativo. Igualmente, se tuvieron en cuenta los autovalores y los índices de condición los cuales representan la relación entre cada autovalor y el sucesivo. Todos ellos mostraron autovalores distantes de cero y unos índices de condición menores o iguales a 15, el cual es el límite para detectar colinealidad. De acuerdo con esto las condiciones de colinealidad están controladas en estos modelos.

En el modelo 1 (variable dependiente del IPL: Modelar) la regresión resultó significativa ($F(3, 57)=1850.634, p=.000$) explicando una varianza del 99%. En el modelo 2 (Variable dependiente del IPL: Inspirar) la regresión resultó significativa ($F(2, 58)=2202.366, p=.000$) explicando una varianza del 99%. En el modelo 3 (Variable dependiente del IPL: Desafiar) la regresión resultó significativa ($F(3, 57)=1267.305, p=.000$) con una varianza explicada del 99%. En el modelo 4 (Variable dependiente del IPL: Habilitar) la regresión resultó significativa ($F(2, 58)=2574.637, p=.000$) con una varianza explicada del 99%. En el modelo 5 (Variable dependiente del IPL: Alentar) la regresión resultó significativa ($F(2, 58)=1703.417, p=.000$) explicando una varianza del 98%.

En la Tabla 4, se muestran los coeficientes significativos de los diferentes modelos, el coeficiente B, constituye el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente, al lado del mismo se observa su significación.

Tabla 3.

Correlaciones entre las diferentes dimensiones y subescalas de los instrumentos. Se muestran solo las correlaciones significativas, las dimensiones socioeconómicas no correlacionaron significativamente con ninguna dimensión.

	Mod.	Ins.	Des.	Hab.	Ale.	CDV gen.	Salud gen.	Salud física	Salud psicol.	Relac. social.	Medio ambi.	Bebidas	Salud
Modelar	1												
Inspirar	.69**	1											
Desafiar	.54**	.51**	1										
Habilitar	.75**	.68**	.63**	1									
Alentar	.50**	.72**	.27*	.44**	1								
CV general	.44**	.47**	.31*	.40**	.42**	1							
Salud general	.44**	.46**	.27*	.34**	.42**	.49**	1						
Salud física	-	.31*	-	-	-	-	-	1					
Salud psicológica	.33**	.48**	.35**	.37**	.38**	.39**	.45**	.51**	1				
Relaciones sociales	.35**	.46**	.28*	.39**	.36**	.34**	.47**	.37**	.56**	1			
Medio ambiente	.28*	.38**	.21	.28*	.33*	.53**	.27*	.48**	.58**	.41**	1		
Bebidas	-	-	-	-	.31*	-	.26*	-	-	-	-	1	
Cigarrillos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.44**	
Salud	.34**	.37**	.25*	.26*	.31*	.33*	.82**	-	.33*	.44**	-	-	1
Ejercicio	.26*	.31*	-	.28*	.39**	.42**	.38**	-	-	.32*	.371**	-	.37**

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

-: no significativas

Tabla 4.

Modelos de regresión sobre las subescalas del IPL (sólo se muestran las variables independientes significativas).

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5					
	Modelar	Inspirar	Desafiar	Habilitar	Alentar					
	B	B	B	B	B					
WHOQoL-BREF										
Calidad de vida general	1.580	**	1.855	**	1.559	**	1.619	**	1.962	**
Salud psicológica	1.061	**	1.124	**	1.215	*	1.250	**	1.108	**
IS										
Bebidas				-2.510	*					
Salud	1.277	**								

* $p \leq .05$,

** $p \leq .01$

Como se puede observar en dicha tabla, la apreciación subjetiva de la CDV general y la dimensión de salud psicológica de la CDV ejercen un fuerte efecto sobre todas las prácticas de liderazgo, con coeficientes significativos de entre 1.108 y 1.962. De esta manera, la percepción de CDV general y de salud psicológica influyen directamente en el incremento de las prácticas de liderazgo, cuanto

más elevada sea la percepción de CDV general y salud psicológica, mayores serán todas las prácticas de liderazgo transformacional y transaccional.

Esto confirma la primera de las hipótesis planteadas en el estudio, ya que efectivamente la CDV ejerce una influencia sobre las prácticas de liderazgo. No obstante, solo confirma parcialmente la segunda de dichas hipótesis,

ya que se incrementa ambos tipos de prácticas de liderazgo, no reduciéndose el liderazgo transaccional.

Por su parte, la salud percibida del IS también incrementa las prácticas de Modelar del liderazgo transformacional mientras que el consumo de alcohol reduce la práctica de Desafiar asociada a la innovación, creatividad y búsqueda de nuevas oportunidades.

Finalmente, ninguna de las otras dimensiones de la CDV resultó significativamente influyente en las prácticas de liderazgo, tampoco los hábitos de salud del IS ni las variables socioeconómicas.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que algunas dimensiones de la CDV ejercen influencia en el liderazgo, específicamente las relacionadas con la percepción de CDV general y con la percepción de salud.

Atendiendo a los planteamientos establecidos en el modelo de CDV como estrategia de intervención (Juárez, 2000, 2010), es necesario tener en cuenta el buen estado en cuanto a CDV de vida y prácticas de liderazgo que reportan los participantes. Esto sugiere que podría no ser necesario realizar ninguna intervención en CDV para incrementar las prácticas de liderazgo transformacional. Sin embargo, permanece la necesidad de observar el efecto de la CDV en las prácticas de liderazgo como un requisito del modelo planteado.

En relación con las características socioeconómicas, se ha observado como la edad, el número de trabajadores de la empresa, antigüedad en el puesto o personal a cargo, ejercen influencia en las prácticas de liderazgo evaluadas mediante el IPL (Robles et al., 2008). En nuestro caso, el hecho de agrupar a los participantes de acuerdo a su semejanza, en un espacio tridimensional puede haber hecho que se perdiera la influencia de las variables individuales. No obstante, esto también se debe a que las variables subjetivas de CDV, bloquean la influencia de los aspectos socioeconómicos contribuyendo a explicar la varianza, sin necesidad de otras variables. No obstante, la obtención de grupos de participantes homogéneos en cuanto a dichas características hubieran facilitado, en caso de resultar relevantes, el diseño de los procesos de intervención y daría una perspectiva más integral del estatus socioeconómico, que el hecho de analizar elementos individuales.

Otra dimensión de la CDV, la constituyen las prácticas de salud, tal como las incluidas en el IS, las cuales han demostrado ser efectivas en el incremento del bienestar, reducción del estrés y mejora del estado de ánimo (Jiménez et al., 2008), siendo el bienestar uno de los aspectos más relacionados con la calidad de vida (Taillefer, Du-

puis, Roberge, & Le May, 2003) y considerándose el mismo como un concepto subordinado de la CDV (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que la percepción de salud del IS, en concordancia parcialmente con la percepción de salud de la CDV, influye en la práctica de Modelar, pero no en las otras. Además, el consumo de alcohol influye negativamente en la práctica de Desafiar, con el coeficiente más elevado de todos. Este resultado parcial del IS, ocurre aunque el efecto de dichas prácticas fuera el incremento en los niveles de bienestar o como una dimensión que contribuye a incrementar la CDV, tal como se menciona en los estudios señalados. Nuestros resultados indican que en los directivos y supervisores de nuestro estudio, un individuo puede considerarse un líder transformacional y/o transaccional y, excepto para algunas prácticas de liderazgo, mantener unos pésimos u óptimos hábitos de salud, esto último sin detrimento de la energía necesaria como para ejercer las actividades y la influencia propias del líder.

La CDV general percibida y la salud psicológica, son las únicas variables que han resultado significativas en todas las prácticas de liderazgo en cuanto a su influencia, poniendo un peso elevado en los aspectos subjetivos, representados por estas dos variables. Así, al incrementarse los valores en las mismas, se incrementan las prácticas de liderazgo. Esto es congruente con lo planteado por Juárez (2000, 2010, p.174) cuando señala que la CDV tiene efecto en numerosas áreas y que se debe considerar como un elemento de intervención y no solamente como algo valorativo de los resultados obtenidos por otras estrategias de intervención. Así, aunque el estado de los participantes en cuanto al autorreporte de prácticas de liderazgo y de CDV resulta bueno, se mantiene la relación propuesta en el modelo entre dichas variables.

De este modo, se verifica la eficacia del modelo, en lo que corresponde a la fase de evaluación de la relación entre las dimensiones de la CDV y el problema, el cual, en este caso, sería la mayor o menor utilización de las prácticas de liderazgo transformacional o transaccional, especialmente el primero de ellos, ya que según se ha indicado, el uso de un mayor liderazgo transformacional conducirían a una mayor eficacia en las organizaciones. Sin embargo en relación a la forma en la que se definió el problema, es decir como una necesidad de incrementar únicamente el liderazgo transformacional, esta definición no es consistente con los resultados obtenidos.

Este modelo de CDV constituye una plataforma donde se pueden añadir otros modelos o marcos conceptuales (Juárez, 2010, p.180). De esta manera, es conveniente incluir alguna explicación acerca de por qué la percepción

de CDV podría influir en las prácticas de liderazgo. Especialmente si tenemos en cuenta que ni la dimensión de relaciones ni la de medio ambiente del WHOQoL-BREF, resultan relevantes, aunque intuitivamente podrían parecer las más relacionadas con las prácticas de liderazgo.

Entre las explicaciones posibles, se encuentra el hecho de que la CDV constituye una competencia que se manifiesta en diferentes contextos, tales como el ambiental o los propios aspectos personales (Lawton, 1999). Así, la percepción elevada de CDV general puede significar que se percibe una competencia o acción específica en un contexto determinado, como es el organizacional, lo cual contribuye a ejercer un mayor liderazgo, como resultado de la actuación competente. Esto, unido a la percepción de salud psicológica, la cual incluye encontrar sentido a la vida y capacidad de concentración y el no tener sentimientos negativos, puede contribuir a generar un perfil de liderazgo transformacional.

De esta manera, la competencia mencionada, podría relacionarse o formar parte también de las prácticas de liderazgo, al proporcionar los recursos ambientales y psicológicos necesarios en un contexto determinado.

Otra forma de abordar la relación entre la CDV y las prácticas de liderazgo, es teniendo en cuenta que la CDV forma parte de los marcos de referencia del individuo, donde también se encuentran sus aspiraciones, expectativas, etc. (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). La CDV se debe interpretar en la referencia en la cual se sitúa el individuo (Frank, 1989), de esta manera el contexto puede también estar acorde con las características de liderazgo, ya que ambas pueden estar incluidas dentro del marco de referencia de la persona.

Otra explicación posible tiene que ver con la definición de CDV de la Organización mundial de la Salud (OMS) (WHO, 1999), la cual se relaciona con metas, logros y estatus (Dijkers, 2005) y de este modo adquiere un carácter mucho más existencial (Juárez, 2010, p.135), lo que se puede asociar con determinadas prácticas de liderazgo presentes en el IPL, las cuales se considerarían como logros o metas de los individuos.

Por otra parte, también se ha comentado que la CDV definida por la OMS (WHO, 1999), tiene un carácter interaccionista, dependiendo de la percepción del individuo del entorno que le rodea, atendiendo a numerosas dimensiones del mismo (Juárez, 2010, p.136). De esta manera, dentro de esta interacción puede encontrarse la percepción de los directivos de las necesidades del contexto y de las personas presentes en el mismo, incluyéndose él mismo, dando lugar a las prácticas de liderazgo como actividades emergentes.

No solo esto, sino que los colaboradores y los líderes, mantienen una teoría implícita sobre las características que debe tener un líder y el contexto influye mucho en la forma que adoptan dichas teorías (Castro, 2006). Así, la interacción con el entorno, la cual caracteriza a la CDV, puede incluir también las teorías implícitas del liderazgo en ese contexto, y por lo tanto la CDV y el liderazgo están relacionados por dicha interacción con el contexto, respondiendo las personas ante lo que consideran que debe ser un líder, de acuerdo a su teoría implícita.

En este sentido y en relación al contexto colombiano, donde se ha realizado esta investigación, en algunas ciudades se ha observado la influencia de las condiciones de trabajo y los efectos colaterales del trabajo, destacándose la influencia de la práctica profesional y del tipo de institución en las escalas de adaptación a la organización, ideología gerencialista, valores personales y evolución laboral (Garrido-Pinzón, et al., 2011), poniendo de manifiesto como características gerenciales y valores personales, las cuales están asociadas al liderazgo, pueden tener efecto en la existencia de riesgos psicosociales. La percepción de liderazgos deseables o no deseables muestra características diferenciales en las ciudades colombianas, así como su asociación con riesgos psicosociales. En algunas de dichas ciudades se observa mayor existencia de riesgos y, consecuentemente, menor calidad de vida laboral, con una percepción de liderazgo no deseable (Contreras, et al., 2009), no obstante la influencia en la menor percepción de riesgos psicosociales, proviene, a su vez, de la percepción de un liderazgo no deseable (Contreras, et al., 2010), lo que puede reflejar ciertas características culturales. Es necesario abordar este problema en Colombia y que la investigación en el país, la cual se dirige más hacia la gestión del conocimiento, la empleabilidad y trabajo, la gestión del talento humano, el clima y la cultura organizacional y el aprendizaje organizacional (Martínez & Castañeda, 2006), se interese por la calidad de vida y la salud en contextos laborales, como medio para producir líderes con características transformadoras.

Las relaciones estudiadas en esta investigación, constituyen hipótesis que deben verificarse en estudios posteriores, lo que resulta necesario debido a que la turbulencia creciente de la economía, la velocidad del movimiento en el flujo de información y su alcance y profundidad, que incrementan la incertidumbre (Cowan, 2010), exigen un cambio en la forma en que se están dirigiendo las empresas. Esto es necesario para asumir exitosamente los retos a los que se ven enfrentadas, un cambio no solo en los procesos de liderazgo y sus prácticas, sino también en las personas que las lideran. Este cambio puede favorecerse

mejorando aquellas condiciones que dan lugar a una mayor apreciación subjetiva de la CDV y de la salud psicológica.

Finalmente, el estudio realizado presenta algunas limitaciones que es necesario tener en cuenta. Si bien los resultados se ajustan al modelo planteado, los altos niveles reportados por los participantes en CDV y liderazgo, pueden deberse a una sobreestimación causada por el contexto de evaluación. De este modo, los participantes al estar cursando estudios de postgrado en una universidad pudieron percibir la cumplimentación de los cuestionarios como una evaluación encubierta, a pesar de las garantías que se les ofrecieron.

Por otra parte, es posible que el reducido número de participantes haya disminuido el rango de variación de las variables, lo que origina un sesgo en los resultados.

Igualmente, se debe tener en cuenta que la muestra utilizada no refleja el porcentaje de distribución de cargos directivos según el género, ya que existe una sobre representación femenina en nuestro estudio. Tal como se ha indicado, en el total de los participantes existe una mayor presencia de mujeres (65%) que de hombres (35%), lo cual no es lo habitual en el contexto de América Latina, por ejemplo en México se ha indicado una distribución en cargo funcionarios y directivos de 28,9% mujeres y 71,1% hombres y 24,8% mujeres y 75,2% hombres, en los mismos puestos pero en diferentes niveles salariales, observándose una mayor presencia de hombres que de mujeres en los dos niveles de ingresos (Zabludovsky, 2007).

De la misma manera, las mujeres empresarias tienden a poseer empresas más pequeñas que los hombres, en algunos países de América Latina, como Argentina, Brasil y México (Weeks & Seiler, 2001, p. 5). En este mismo informe se indica que en Colombia, del conjunto de personas trabajando como directivo/as o administrativa/os, solo el 35% son mujeres, y del total de personas que son empresarios o empleadores, solo el 33% son mujeres. De este modo, la muestra de participantes, no parece reflejar la distribución general en Colombia ni en otros países de América Latina, en cuanto a la representación de la mujer en cargos de dirección o supervisión. Esto puede tener implicaciones en los resultados obtenidos, originando una determinada forma de percibir las prácticas de salud y la CDV, así como los estilos de liderazgo.

REFERENCIAS

Bass, B. (1997). Does the Transactional-Transformational Leadership Paradigm Transcend Organizational and National Boundaries? *American Psychologist*, 52(2), 130-139.

- Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1994). Introduction. En B.M. Bass y B.J. Avolio (Eds.). *Improving organizational effectiveness* (pp. 1-9). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Bass, B.M., & Riggio, R.E. (2006). *Transformational Leadership*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: Perception, evaluation and satisfactions*. New York, USA: Russell Sage Foundation.
- Castro, A. (2006). Teorías implícitas del liderazgo, contexto y capacidad de conducción *Anales de psicología*, 22(1), 89-97.
- Church, A.H., & Waclawski, J. (1998). The relationship between individual personality orientation and executive leadership behaviour. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 99-125.
- Cohen, S.G., Chang, L., & Ledford, G.E. (2006). A Hierarchical Construct of Self-Management Leadership and its Relationship to Quality of Work Life and Perceived Work Group Effectiveness. *Personnel Psychology*, 50(2), 275-308.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., & Uribe, A.F. (2010). Efectos del liderazgo y del clima organizacional sobre el riesgo psicosocial, como criterio de responsabilidad social, en empresas colombianas del sector salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX, 173-182.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A.F., & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología* 12(2), 13-26.
- Cowan, D. (2010). Embedded Spirituality as a Leadership Foundation for Sustainable Innovative Learning. *ReVision*, 30(3-4), 84-97
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York, USA: Harper and Row.
- Day, H., & Jankey, S.G. (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. En: Renwick R., Brown I. y Nagler M. (Eds), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches Issues and Applications* (pp.39-50). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Dijkers, M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(3), 87-110.
- Frank, R.H. (1989). Frames of Reference and the Quality of Life. *The American Economic Review*, 79(2), 80-85.
- Frisch M.B., Clark, M.P., & Rouse, S.V. (2003). Predictive validity and sensitivity to change in quality of life assessment and life satisfaction: Further studies of the Quality of Life Inventory or QOLI in mental health settings. En: Sirgy MJ. et al. (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, (pp. 191-210).
- Garrido-Pinzón, J., Uribe-Rodríguez, A.F., & Blanch, J.M. (2011). Riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral. *Acta Colombiana de Psicología* 14(2), 27-34.
- Hogan, R. (1994). Trouble at the top: Causes and consequences of managerial incompetence. *Consulting Psychology Journal*, 46, 9-15.

- Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Juárez, F. (2000). La calidad de vida en la rehabilitación neuromuscular. Aspectos estructurales y funcionales. *Suma Psicológica*, 7(2), 167-193.
- Juárez, F. (2010). *Salud y calidad de vida: Marcos teóricos y modelos*. Madrid, España: Dykinson.
- Kouzes, J., & Posner, B. (1988). *The Leadership Practices Inventory*. San Diego, CA, USA: Pfeiffer.
- Kouzes, J., & Posner, B. (2003). *The leadership Practices Inventory (LPI): Self Instrument*. San Francisco, USA: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Krantz, J. (2001). Dilemmas of organizational change: A systems psychodynamic perspective. In L.J. Gould, L.F. Stapley y M. Stein (Eds.), *The systems psychodynamics of organizations: Integrating the group relations approach, psychoanalytic, and open systems perspectives* (pp. 133-156). London, UK: Karnac.
- Lawton, M.P. (1999). Quality of Life in Chronic Illness. *Gerontology*, 45, 181-183.
- Leach, L.S. (2008). Leadership and management. En Kelly P., (Ed.), *Nursing Leadership and Management* (pp. 1-30). Clifton Park, NY, USA: Thomson Delmar Learning.
- Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid, España: Ergón.
- Lucas, R. (2007). WHOQoL. En M^a Rosa Güel Rous y Fátima Morante Vélez (Coords.), *Herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud* (Monografía). Manual SEPAR de Procedimientos. (Vol. 12). Barcelona, España: Permanyer.
- Manion, J. (1998). *From Leadership to Management*. Chicago, IL, USA: American Hospital Association.
- Martínez, A.E., & Castañeda, D.I. (2006). Estado actual de la investigación en psicología organizacional y del trabajo en Colombia. *Acta colombiana de psicología* 9(1), 77-85.
- Mendoza, M. (2005). *Estudio diagnóstico del perfil de liderazgo transformacional y transaccional de gerentes de ventas de una empresa farmacéutica a nivel nacional*. Tesis de doctorado no publicada, ciencias económicas y administrativas, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Molero, F., Recio, P., & Cuadrado, I. (2010). Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española. *Psicothema*, 22(3), 495-501.
- Perdomo, Y., & Prieto, R. (2009). El liderazgo como herramienta de competitividad para la gerencia del servicio. *Revista Electrónica de Estudios Temáticos*, 6, 20-35.
- Posner, B.Z. (2004). A Leadership Development Instrument for Students, *Journal of Collage Student Development*, 45(4), 443-456.
- Post, M.W.M., de Witte, L.P., & Schrijvers, A.J.P. (1999). Quality of life and the ICIDH: Towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation*, 13, 5-15.
- Robles, V.H., de la Garza, M.I., & Medina, J.M. (2008). El liderazgo de los gerentes de las PYMES de Tamaulipas, México, mediante el Inventario de Prácticas de Liderazgo. *Cuadernos de Administración*, 21(37), 293-310.
- Rosenzweig, P. (1998). Managing the new global workforce: Fostering diversity, forging consistency. *European Management Journal*, 16, 644-652.
- Ross, S.M., & Offermann, L.R. (1997). Transformational leaders: Measurement of personality attributes and work group performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1078-1086.
- Sánchez, J.J., Osorio, J., & Baena, E. (2007). Algunas aproximaciones al problema de financiamiento de las PYMES en Colombia [versión electrónica], *Scientia et Technica*, 34, 321-324.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychology*, 55, 5-14.
- Shirey, M., & Fisher, M. (2008). Leadership Agenda for Change. Toward Healthy Work Environments in Acute and Critical Care. *Critical Care Nurse*, 28(5), 66-79.
- Slater, Ch.L., Boone, M., Price, L., Martínez, D., Álvarez, I., Topete, C., & Olea, E. (2002). A Cross-Cultural Investigation of Leadership in the United States and Mexico, *School Leadership & Management*, 22(2), 197-209.
- Taillefer, M-Ch., Dupuis, G., Roberge, M.A., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2), 293-323.
- Weeks, J.R., & Seiler, D. (2001). *Actividad empresarial de la mujer en América Latina. Una exploración del conocimiento actual*. New York, USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL. User Manual*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (1999). *WHOQOL Annotated Bibliography (WHO/MNH/MHP/98.4.Rev.2)*. Genève, Switzerland: Author
- World Health Organization. (2004). *WHOQoL-BREF*. Geneva, Switzerland: Autor.
- Zabludovsky, G. (2007). México: mujeres en cargos de dirección del sector privado. *Academia, Revista Latinoamericana de Administración*, 38, 9-26.