

## **Authentic Leadership Questionnaire aplicado a enfermeros brasileños: evidencias de validez\***

Vanessa Gomes Maziero<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0359-8365>

Fernanda Ludmilla Rossi Rocha<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0911-3728>

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-7123-5585>

Bruna Moreno Dias<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7346-4848>

Alexandre Pazetto Balsanelli<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>

Carmen Silvia Gabriel<sup>1,5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2666-2849>

Andrea Bernardes<sup>1,5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9861-2050>

**Destacados:** (1) La validación de un cuestionario auténtico de liderazgo es innovadora en el escenario nacional. (2) El liderazgo auténtico es un modelo que aún no ha sido adoptado en el escenario brasileño. (3) Las escalas validadas permitirán evaluar el liderazgo auténtico de los enfermeros.

**Objetivo:** estimar las propiedades psicométricas del *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ) aplicado a enfermeros brasileños. **Método:** estudio observacional transversal con muestreo no probabilístico. Las propiedades psicométricas de las versiones RATER y SELF del ALQ se estimaron mediante análisis factorial confirmatorio con el método de estimación robusta WLSMV. Como índices de calidad de ajuste de los modelos se utilizó: razón de chi-cuadrado por grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Comparative Fit Index* (CFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) y *Standardized Root Mean Squared Residual* (SRMR). La confiabilidad de los datos se analizó mediante el coeficiente alfa ordinal y la confiabilidad compuesta. **Resultados:** participaron 181 enfermeros (sexo femenino: 80,1%; edad media de 34,6 años; tiempo de trabajo inferior a cinco años: 76,3%). Los modelos completos ALQ RATER y ALQ SELF no mostraron un ajuste adecuado. Por lo tanto, el modelo refinado presentó un mejor ajuste para la muestra (ALQ RATER:  $\chi^2/gl=2,77$ ; CFI=0,97; TLI=0,97; RMSEA=0,10; SRMR=0,05; ALQ SELF:  $\chi^2/gl=2,74$ ; CFI=0,94; TLI=0,92; RMSEA=0,10; SRMR=0,08). En el modelo ALQ RATER se eliminaron los ítems 1, 7 y 13. Debido a la alta correlación entre los factores Transparencia Relacional y Perspectiva Moral, se propuso un modelo de tres factores basado en la unión de los factores mencionados anteriormente. En el modelo ALQ SELF se eliminaron los ítems 2, 5, 9 y 10. Asimismo, se propuso un modelo trifactorial basado en la unión de dos factores, ahora denominado Equilibrio de Autoconciencia. **Conclusión:** los datos obtenidos con el *Authentic Leadership Questionnaire* con enfermeros brasileños fueron válidos y confiables.

**Descriptorios:** Liderazgo; Organización y Administración; Servicios de Salud; Grupo de Enfermería; Estudio de Validación; Psicometría.

\* Artículo parte de la tesis de doctorado "Análisis de la validez del Cuestionario de Liderazgo Auténtico", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

### Cómo citar este artículo

Maziero VG, Rocha FLR, Campos JADB, Dias BM, Balsanelli AP, Gabriel CS, Bernardes A. Authentic Leadership Questionnaire applied to Brazilian nurses: evidence of validity. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3546.

[Access    ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5868.3546>

## Introducción

El concepto de "autenticidad" está relacionado con la psicología positiva y tiene sus raíces en la filosofía griega, apareciendo las primeras aplicaciones de este constructo en los campos de la sociología y la educación<sup>(1)</sup>. En 2003, sin embargo, se puso mayor énfasis en el concepto en el área de gestión y liderazgo, de modo que se definió a los auténticos líderes como aquellos que son conscientes de cómo piensan y se comportan, además de ser percibidos por los demás como conscientes de sus propios valores, perspectivas morales, conocimientos y fortalezas de los demás<sup>(1)</sup>.

La autenticidad necesita de la confianza, el optimismo, la resiliencia y un alto carácter moral, estando relacionada con ser fiel a uno mismo. El modelo teórico de Liderazgo Auténtico se distingue, entonces, por la transparencia en las relaciones, por compartir información y sentimientos, así como por el compromiso organizacional y la satisfacción en el desempeño a través de una conducta coherente con el sistema de valores y convicciones personales. El Liderazgo Auténtico es capaz de resultar en una mayor motivación para participar en roles de liderazgo al crear un ambiente de trabajo saludable y promover la autoeficacia del liderazgo<sup>(2)</sup>. Además, un estudio sugiere que el Liderazgo Auténtico puede presagiar la calidad del servicio al cliente<sup>(3)</sup>.

La *American Association of Critical-Care Nurses* indica el liderazgo auténtico como modelo principal de liderazgo, también en este escenario de cuidados críticos, capaz de crear y sostener ambientes de trabajo saludables<sup>(4)</sup>. Con base en los supuestos de este modelo, los liderados tienen la oportunidad de encontrar un mayor significado en las actividades realizadas y un mayor compromiso con el trabajo, promoviendo un ambiente que apoye tanto a los líderes como a sus liderados.

La teoría que sustenta el Liderazgo Auténtico se basa en cuatro pilares: Autoconocimiento (disposición del líder a analizar constantemente sus fortalezas y oportunidades de mejora); Transparencia Relacional (la capacidad del líder de mantenerse coherente con sus valores en la relación con la persona dirigida); Procesamiento Equilibrado (tomar decisiones de manera no sesgada) y Perspectiva Moral Interiorizada (los valores del líder culminan en su conducta moral)<sup>(5)</sup>.

Con el objetivo de evaluar la autenticidad del líder, abarcando sus características éticas, morales, comportamentales y organizacionales, en 2007 se crearon las versiones originales del *Authentic Leadership Questionnaire - ALQ*<sup>(6)</sup>, testadas en dos muestras independientes de Estados Unidos y China. La muestra de EE. UU. estaba formada por empleados de una industria de alta tecnología, mientras que la muestra china estaba

formada por empleados de una gran empresa estatal. El ALQ se publicó en inglés en dos versiones: la escala RATER, destinada a evaluar el liderazgo ejercido por el líder del participante, y la escala SELF, para evaluar el propio perfil de liderazgo del participante. Posteriormente, se realizaron estudios de validación del ALQ para su uso en diversas culturas, como España<sup>(7)</sup>, Francia<sup>(8)</sup> y Pakistán<sup>(9-10)</sup>.

Las críticas al estudio original de 2008<sup>(6)</sup> se debieron a que estos investigadores no relataron el uso de índices de modificaciones relacionados con las pruebas y ajuste de modelos. En ese sentido, los autores buscaron incentivar a otros investigadores a realizar nuevos estudios, en los que se explican y detallan todos los análisis realizados<sup>(11)</sup>.

Investigación reciente informó que los cuatro factores que componen el ALQ (Autoconciencia, Transparencia Relacional, Procesamiento Equilibrado y Perspectiva Moral Interiorizada) explican la composición del Liderazgo Auténtico<sup>(11)</sup>.

Es importante destacar que hasta el momento no existe evidencia científica de validación de este instrumento en muestras en la lengua portuguesa y para muestras brasileñas, ni que sus propiedades psicométricas hayan sido evaluadas en una muestra de enfermeros que actúan en ambiente hospitalario. Sin embargo, siendo una de las medidas más utilizadas para medir el estilo de liderazgo<sup>(10)</sup>, es urgente la adaptación cultural del ALQ al portugués brasileño, así como su evaluación por los líderes que actúan en el área de la salud, lo que puede ampliar la identificación de estrategias que puedan contribuir a un ejercicio de liderazgo más eficaz a través de una gestión justa y auténtica y un liderazgo transformador.

Con base en lo anterior, este estudio fue realizado con el objetivo de estimar las propiedades psicométricas preliminares (validez de la estructura interna) del *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ) aplicado a enfermeros brasileños.

## Método

### Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional transversal con muestreo no probabilístico, realizado en dos hospitales generales ubicados en la Región Centro-Oeste de Brasil.

### Población y muestra

La primera institución (Hospital A) es un hospital público de enseñanza con 210 camas de hospitalización en diferentes especialidades y cuenta con alrededor de 1.600 profesionales, de los cuales 230 son enfermeros. La segunda institución (Hospital B) es una entidad privada, sin fines de lucro, de gestión municipal, con 671 camas

y más de 3.600 profesionales contratados, de los cuales 260 son enfermeros<sup>(12)</sup>.

La población objetivo de este estudio estuvo compuesta por enfermeros que actúan en estas instituciones. Como criterio de inclusión fueron considerados enfermeros con vinculación activa a las instituciones, siendo considerados elegibles 300 enfermeros. La estimación del tamaño mínimo de la muestra para realizar el análisis factorial se realizó considerando de cinco a 10 sujetos por parámetro del modelo factorial a estimar<sup>(13)</sup>. Como el ALQ (SELF y RATER) tiene 38 parámetros (16 ítems, 16 errores y 6 correlaciones entre factores), el tamaño mínimo de la muestra se estimó entre 190 y 380 participantes. Los enfermeros fueron abordados individualmente en su lugar de trabajo e invitadas a participar en el estudio. En esa ocasión, las dos versiones del ALQ fueron entregadas en instrumento impreso y recogidas a los cinco días. De esta forma, el participante pudo responder al instrumento, atentamente en el momento y en el espacio que juzgó más adecuado para ello, reduciendo el riesgo de interrupciones y/o exposición y vergüenza. De los 300 enfermeros elegibles, 250 recibieron el instrumento impreso, 50 no fueron localizados por vacaciones, ausencia, traslado, entre otros. De los 250 instrumentos aplicados a los enfermeros, sólo 200 fueron devueltos. La recolección de datos se llevó a cabo de diciembre de 2017 a marzo de 2018.

### Instrumentos

Para la caracterización de la muestra se elaboró un cuestionario compuesto por preguntas demográficas y ocupacionales, a saber: sexo (femenino o masculino), título (licenciatura, especialización/residencia, maestría/doctorado), sector de trabajo (Administración/Gerencia, Clínica/Centro Quirúrgico, Materno-Infantil, Atención Médica de Urgencias, Unidad de Cuidados Coronarios, Unidad de Internación de Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos, entre otros), turno (mañana, tarde, noche, tiempo integral), tiempo de experiencia profesional (en años) y tiempo de trabajo en el hospital (en años).

Como instrumento de medición se utilizó el *Authentic Leadership Questionnaire - ALQ*, el cual se aplicó a todos los participantes en sus dos versiones con diferentes propósitos: la escala RATER para evaluar el liderazgo del líder del participante y la escala SELF para evaluar el perfil de liderazgo del propio participante.

Cada versión (SELF y RATER) tiene 16 ítems distribuidos en cuatro factores: Transparencia Relacional (TR – ítems 1 a 5); Perspectiva Moral (PM – ítems 6 a 9); Procesamiento Equilibrado (PE – ítems 10 a 12); y Autoconocimiento (AC – ítems 13 a 16). La escala de

respuesta a los ítems es del tipo Likert de cinco puntos (0: Pocas veces/nunca, 1: ocasionalmente, 2: a veces, 3: muchas veces y 4: muchas veces, casi siempre)<sup>(6)</sup>.

La autorización para utilizar el ALQ fue concedida directamente por *Mind Garden, Inc.*, la empresa responsable de la licencia del cuestionario, en representación del Dr. Bruce J. Avolio.

### Propiedades psicométricas de ALQ - evaluación de la estructura interna

Se estimó la sensibilidad psicométrica de los ítems, la validez de constructo factorial, convergente y discriminante y la confiabilidad del instrumento para la muestra (estructura interna).

La sensibilidad psicométrica se estimó utilizando medidas de resumen (media, mediana y desviación estándar) y forma (asimetría y curtosis) de la distribución de respuestas dadas a los ítems y se consideró adecuada cuando los valores absolutos de asimetría y curtosis fueron menores a tres y siete, respectivamente<sup>(14-15)</sup>.

La validez de constructo factorial se probó mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) utilizando el método de estimación robusta de mínimos cuadrados ponderados ajustados por media y varianza (WLSMV). Para evaluar la calidad del ajuste del modelo a la muestra, se analizaron la razón chi-cuadrado por grados de libertad ( $\chi^2/\text{gl}$ ), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) y el *Standardized Root Mean Squared Residual* (SRMR). Se consideraron adecuados valores de:  $\chi^2/\text{gl} \leq 2,0$ ; CFI y TLI  $\geq 0,90$ ; y RMSEA  $\leq 0,10$ <sup>(16-17)</sup>. Además, los pesos factoriales ( $\lambda$ ) se consideraron adecuados si se evaluaron  $\geq 0,50$ . Los índices de modificación, calculados por el método de los multiplicadores de Lagrange (LM) fueron inspeccionados para ver si LM  $> 11$ <sup>(13,15)</sup>.

La validez de constructo convergente se evaluó con base en la Varianza Extraída de la Media (VEM) y se consideró adecuada si VEM  $\geq 0,50$ <sup>(18)</sup>. Para evaluar la validez del constructo discriminante se consideró la propuesta de 1981<sup>(18)</sup> que afirma que si  $VEM_i$  y  $VEM_j \geq p_{ij}^2$ , se puede confirmar la existencia de validez discriminante.

La confiabilidad de los factores se evaluó mediante el coeficiente alfa ordinal ( $\alpha$ ) y la Confiabilidad Compuesta (CC). Valores de  $\alpha$  y CC superiores a 0,70 fueron considerados indicadores de confiabilidad adecuados<sup>(15,18)</sup>.

Después de ajustar los modelos factoriales de las escalas ALQ RATER y SELF para la muestra, se propuso un modelo jerárquico de segundo orden (MHSO) con el fin de verificar la contribución de cada factor al constructo general de liderazgo.

Para realizar los análisis se utilizó el programa MPLUS v.8.3 (Muthén y Muthén, 2019, Los Ángeles) y R (R Core Team, 2016) con los paquetes "lavaan"<sup>(19)</sup> y "semTools"<sup>(20)</sup>.

### Aspectos éticos

Se siguieron los preceptos éticos sobre las directrices y normas de investigación con seres humanos contenidos en la Resolución n° 466, de 12 de diciembre de 2012, del Conselho Nacional de Saúde. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* (CAAE: 67343717100005393).

### Resultados

De los 300 enfermeros elegibles, 200 respondieron al cuestionario (tasa de adhesión=66,7%), de los cuales 19 fueron excluidos debido al llenado inconsistente y por falta de cumplimentación, resultando una muestra de 181 participantes. De estos, 63,5% (n=115) trabajaban en el hospital A y los profesionales eran predominantemente del sexo femenino (145; 80,1%), edad media de 34,6 años (desviación estándar=6,7), tenían título de especialización o residencia (138; 76,2%), actuaban en hospitales a menos de cinco años (138; 76,2%) y tenía más de cinco años de experiencia profesional (123; 67,3%). La caracterización demográfica y ocupacional de los enfermeros se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1 - Caracterización demográfica y ocupacional de los enfermeros (n=181). Campo Grande, MS, Brasil, 2018

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	145	80,1
Masculino	34	18,8
No respondieron	2	1,1
<b>Grupo etario</b>		
20 a 29 años	47	26,0
30 a 39 años	92	50,8
40 a 49 años	37	20,4
50 años o más	3	1,7
No respondieron	2	1,1

En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas del ALQ para la muestra, los AFC de los modelos completos y refinados del ALQ RATER se muestran en la Figura 1

Característica	n	%
<b>Grado académico más alto</b>		
Grado	21	11,6
Especialización/ residencia	138	76,2
Maestría/Doctorado	21	11,6
No respondieron	1	0,6
<b>Institución</b>		
Hospital A	115	63,5
Hospital B	66	36,5
<b>Sector de Trabajo</b>		
Unidad de Terapia Intensiva	41	22,7
Otro	41	22,7
Unidad de Internación de Adultos	29	16,0
Materno-Infantil	23	12,7
Clínica/Centro Quirúrgico	20	11,0
Unidad de Cuidados Coronarios	12	6,6
Atención Médica de Emergencia	9	5,0
Administración/Gerencia	6	3,3
<b>Turno de Trabajo</b>		
Mañana	58	32,0
Noche	57	31,5
Tarde	42	23,2
Integral	23	12,7
No respondieron	1	0,6
<b>Experiencia Profesional</b>		
Menos de 1 año	13	7,2
De 1 a 5 años	45	24,9
5 a 10 años	52	28,7
De 10 a 20 años	56	30,9
Más de 20 años	14	7,7
No respondieron	1	0,6
<b>Tiempo de actuación en el Hospital</b>		
Menos de 1 año	30	16,6
De 1 a 5 años	108	59,7
5 a 10 años	13	7,2
Más de 10 años	30	16,6

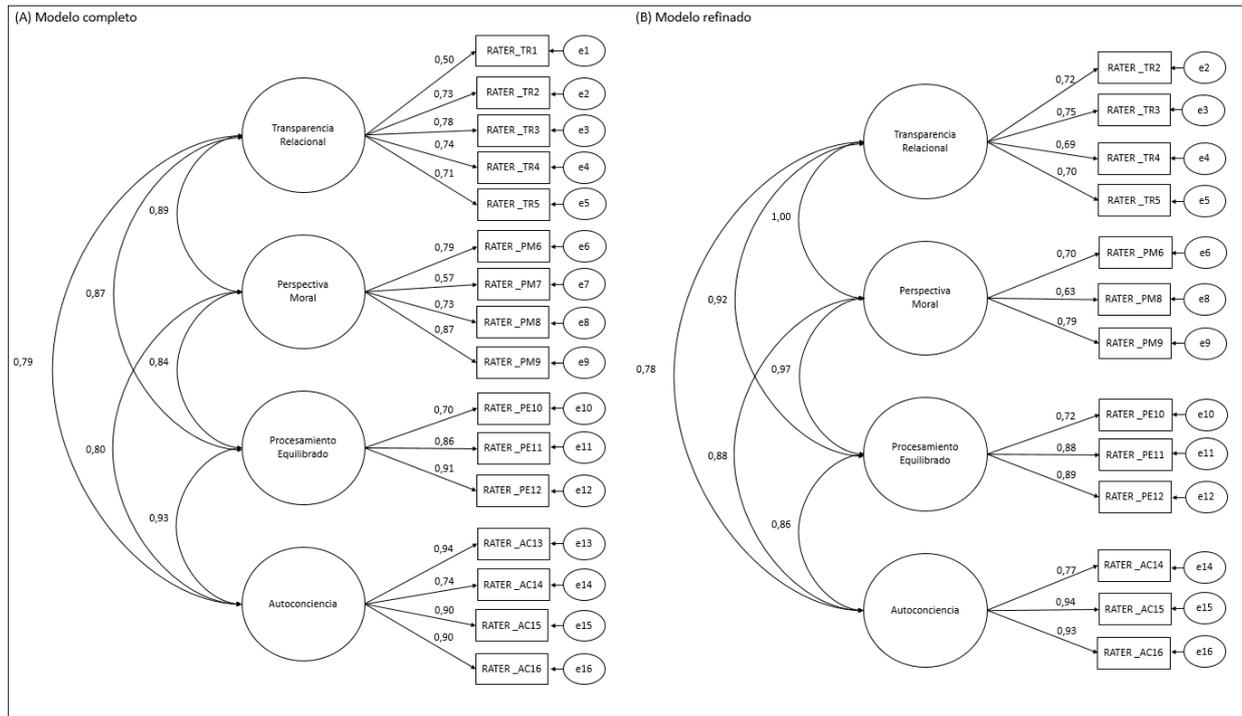


Figura 1 – Análisis Factorial Confirmatorio de los modelos completo (A) y refinado (B) del ALQ RATER (n=181). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

El modelo completo (A) del ALQ RATER no mostró un ajuste adecuado para la muestra ( $\chi^2/gf=4,42$ ; CFI=0,94; TLI=0,92; RMSEA=0,14; SRMR=0,08). Los ítems 1 y 7 presentaron bajos pesos factoriales y el ítem 13 presentó alta correlación con el factor PE del instrumento (LM=40,51-61,09); por lo tanto, estos elementos se han eliminado. El modelo refinado (B) mostró el mejor ajuste para la muestra ( $\chi^2/gf=2,78$ ; CFI=0,98; TLI=0,97; RMSEA=0,10; SRMR=0,05). La validez convergente

de los factores de la escala ALQ RATER fue adecuada (VEM=0,50-0,78). Sin embargo, no se comprobó la validez discriminante de los factores del instrumento ( $r^2=0,60-1,00$ ), dadas las fuertes correlaciones entre ellos. En cuanto a la confiabilidad, se verificaron valores aceptables de ordinal  $\alpha$  (0,74-0,91) y CC (0,69-0,88).

Para evaluar la contribución de los factores al concepto de liderazgo, se propuso un modelo jerárquico de segundo orden (MHSO) para el ALQ RATER (Figura 2).

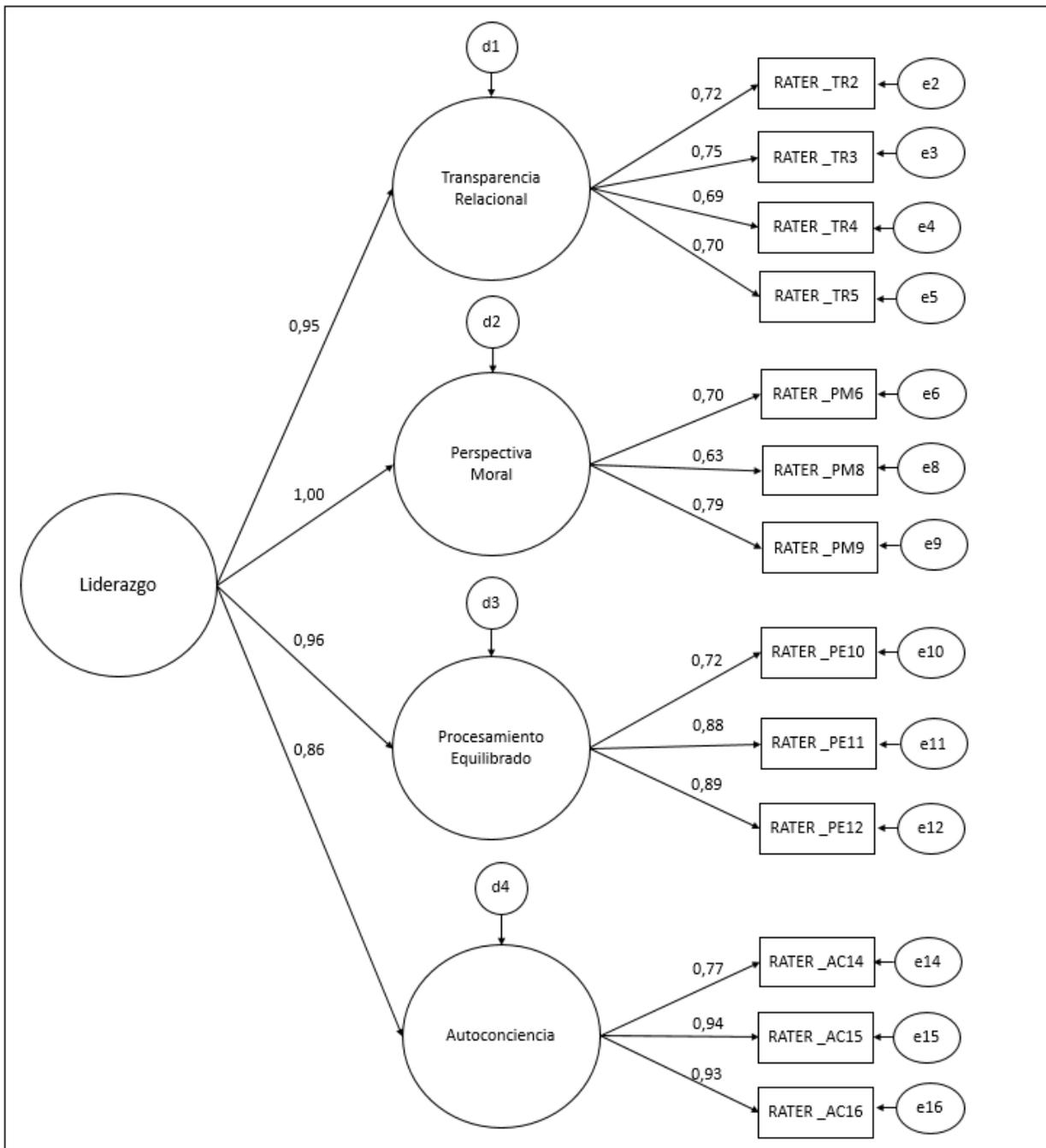


Figura 2 – Análisis Factorial Confirmatorio del modelo jerárquico de segundo orden ALQ RATER (n=181). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

El MHSO del ALQ RATER presentó un ajuste aceptable para la muestra ( $\chi^2/gf=2,89$ ; CFI=0,97; TLI=0,97; RMSEA=0,10), pesos factoriales adecuados ( $\lambda=0,63-0,94$ ) y alta contribución de factores y el constructo de liderazgo ( $\beta=0,86-1,00$ ;  $p<0,001$ ).

No obstante, a partir de la observación de la alta correlación entre los factores TR y PM (Figura 1),

se propuso un modelo trifactorial para el ALQ RATER (Figura 3), formado por los factores originales PE y AC y la combinación de los Factores TR y PM (entonces denominados Relacional y Moral - RM), compuestos por los ítems TR2, TR3, TR4, TR5, PM6, PM8 y PM9 y presentaron ajuste adecuado para la muestra ( $\chi^2/gf=2,77$ ; CFI=0,97; TLI=0,97, RMSEA=0,10, SRMR=0,05).

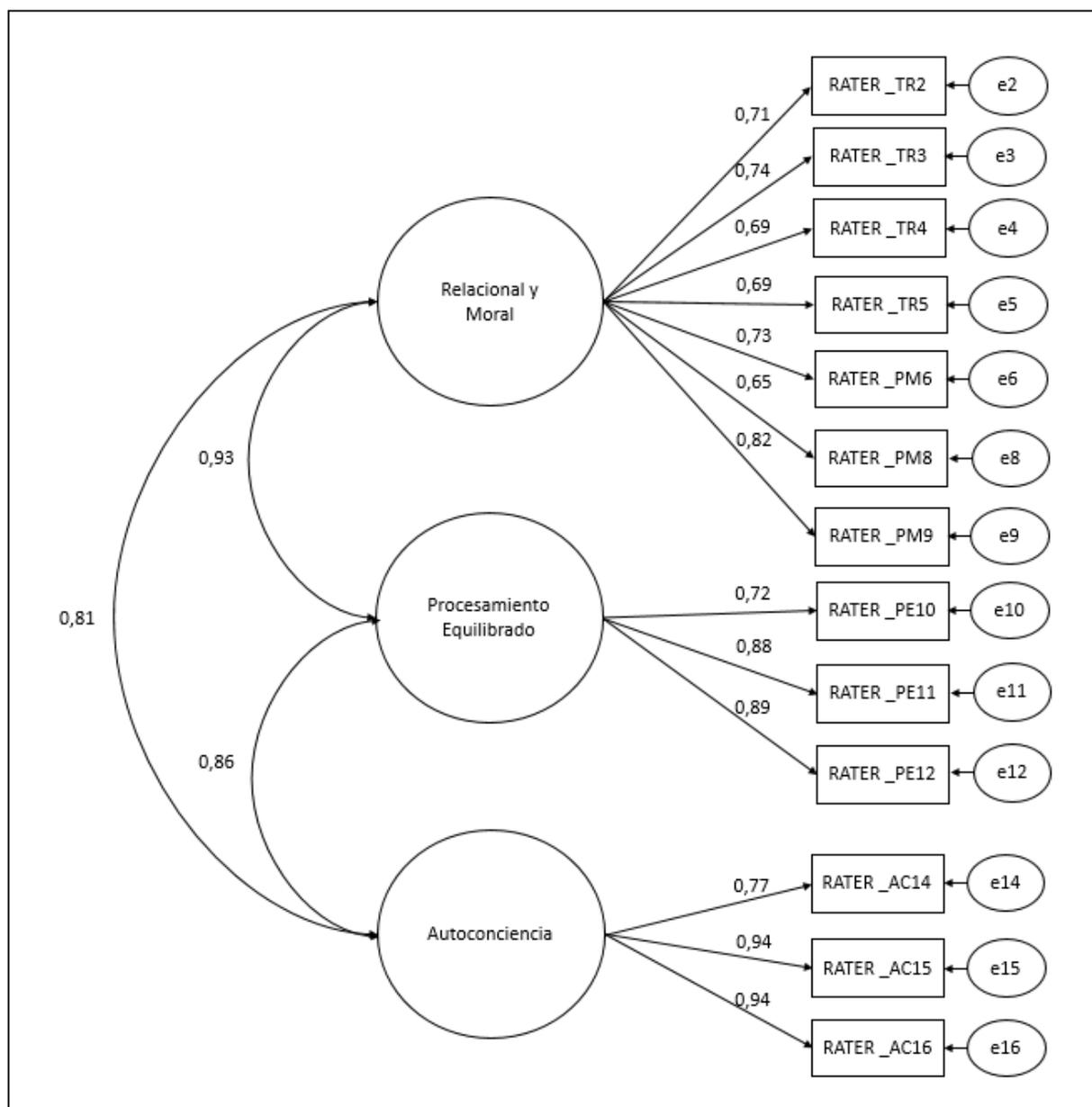


Figura 3 – Análisis Factorial Confirmatorio del modelo trifactorial ALQ RATER (n=181). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Se encontró que este modelo de tres factores presentó: pesos factoriales  $\lambda \geq 0,65$ ; fuertes correlaciones entre factores ( $r=0,81-0,93$ ); y validez convergente adecuada ( $VEM=0,52-0,78$ ). No se comprobó la validez discriminante entre los factores ( $r^2=0,66-0,86$ ) y se observaron valores adecuados de ordinal  $\alpha$  ( $0,85-0,91$ ) y CC ( $0,83-0,88$ ).

En cuanto al ALQ SELF, el modelo completo de cuatro factores no se ajustó a la muestra ( $\chi^2/gl=3,85$ ;  $CFI=0,84$ ;  $TLI=0,81$ ;  $RMSEA=0,13$ ;  $SRMR=0,11$ ). La mayoría de los ítems tenían pesos factoriales bajos y los ítems 9 y 10 se correlacionaron con otros factores del instrumento ( $LM=48,15-61,22$ ). Se observaron correlaciones moderadas entre la mayoría de los factores ( $r=0,48-0,68$ ) y fuertes correlaciones entre los factores PE y AC ( $r=0,97$ ).

Durante el ajuste, sin embargo, se encontró que el factor PE estaría compuesto solo por los ítems 11 y 12, y luego se propuso un modelo de tres factores ajustado a la muestra luego de la unión de los factores PE y AC. Este modelo de tres factores, entonces, pasó a estar constituido por los factores TR, PM y por la unión de PE y AC (entonces llamado Equilibrio Autoconciencia - EAC), compuesto por los ítems PE11, PE12, AC13, AC14, AC15 y AC16 y presentó adecuado ajuste a la muestra ( $\chi^2/gl=2,74$ ;  $CFI=0,94$ ;  $TLI=0,92$ ;  $RMSEA=0,10$ ;  $SRMR=0,08$ ). Los AFC del modelo completo (cuatro factores) y del modelo refinado (tres factores) del ALQ SELF para la muestra se presentan en la Figura 4.

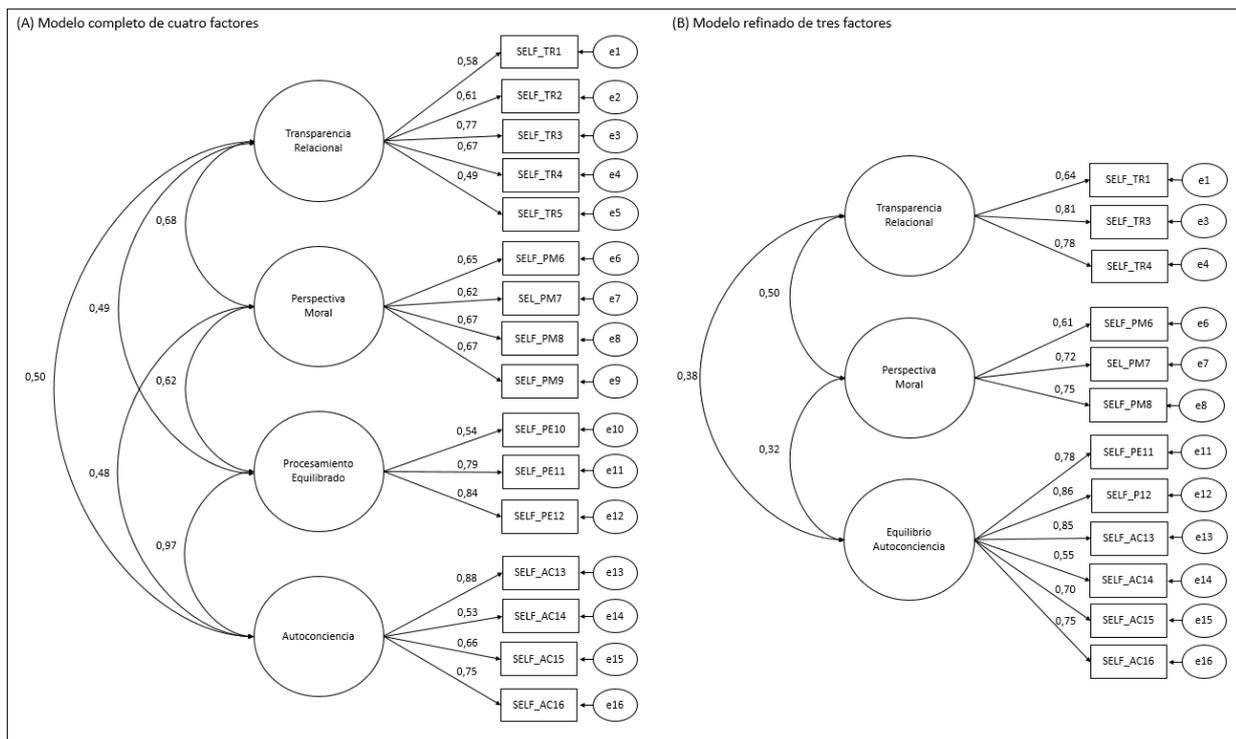


Figura 4 – Análisis Factorial Confirmatorio de los modelos completo de cuatro factores (A) y refinado de tres factores (B) del ALQ SELF (n=181). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Se comprobó la validez convergente ( $VEM=0,48-0,57$ ) y discriminante ( $r2=0,10-0,25$ ) de los factores del modelo refinado del ALQ SELF para la muestra. En cuanto a la confiabilidad de los ítems, se encontraron valores adecuados ( $\alpha=0,71-0,88$ ;  $CC=0,67-0,84$ ). Debido a las correlaciones moderadas entre los factores, no se propuso un MHSO del ALQ SELF para la muestra.

## Discusión

En cuanto al ALQ RATER, la alta correlación entre los factores Transparencia Relacional y Perspectiva Moral permitió combinar estos factores, justificado por la relación directa entre sus conceptos teóricos, ya que mostrar el verdadero “yo” al otro (transparencia relacional) es una característica esencial de quienes se comportan de acuerdo con los valores personales (perspectiva moral). Además, se entiende que las personas tienden a percibir y evaluar la transparencia a partir de sus estructuras, valores, emociones y limitaciones cognitivas<sup>(21)</sup>, y que la transparencia relacional requiere autenticidad y transparencia por parte del líder, para lograr la confianza de los demás seguidores<sup>(22)</sup>, propagar lo que piensan y buscar la armonía en el grupo<sup>(9)</sup>.

Es importante destacar que es necesario invertir en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre el líder y los miembros del equipo para que se logre una comunicación más asertiva, así como el desarrollo de

la autoconfianza en el equipo<sup>(23)</sup>. Del mismo modo, la perspectiva moral predice que el líder cultive y sea capaz de promover valores, para que tome decisiones justas, basadas en altos estándares éticos<sup>(6,22)</sup>. Así, los factores Relacional y Moral conforman la transparencia y la ética, que deben ir de la mano. Corroborando lo anterior, un estudio realizado en Bélgica muestra que el liderazgo auténtico y la integridad de comportamiento del líder están relacionados con el desempeño y el compromiso organizacional del seguidor y que esta relación se mantiene al controlar la cultura organizacional ética<sup>(24)</sup>, acercándose así a los factores Transparencia Relacional desde la Perspectiva Moral.

En cuanto a la exclusión de los ítems 1 y 7 del nuevo factor Relacional y Moral y del ítem 13 del factor Autoconciencia, se considera aceptable desde el punto de vista teórico, ya que los ítems restantes son capaces de expresar los conceptos de transparencia relacional (el líder se muestra como es), perspectiva moral (el líder demuestra valores y conducta ética) y autoconciencia (el líder es consciente de sus fortalezas y debilidades)<sup>(7,21)</sup>. Además, los ítems no siempre están correlacionados con un solo factor, con algún grado de asociación con factores relacionados conceptualmente<sup>(25)</sup>. En España, el ALQ se aplicó a una muestra de 623 trabajadores de organizaciones públicas y privadas de diferentes sectores y, al igual que en Brasil, hubo necesidad de excluir tres ítems<sup>(7)</sup>.

A partir de la observación del modelo jerárquico de segundo orden propuesto para el ALQ RATER, se constató que los factores Transparencia Relacional, Perspectiva Moral y Procesamiento Equilibrado fueron los que más contribuyeron para el desarrollo del constructo de liderazgo con enfermeros brasileños. Este hecho difiere de lo evidenciado en un estudio realizado con 1861 empleados de organizaciones de diversos sectores y tamaños cuya dimensión con mayor poder explicativo en la evaluación del líder fue la Autoconciencia, seguida del Procesamiento Equilibrado<sup>(26)</sup>. Para la muestra, que comparó 1019 empleados brasileños con 842 empleados portugueses, el fundamento teórico consistió en que el autoconocimiento del líder y su relación con aquellos a los que dirige son esenciales para el ejercicio de un auténtico liderazgo<sup>(26)</sup>.

Al igual que en la escala RATER, la exclusión de los ítems 2, 5, 9 y 10 puede justificarse teóricamente por no comprometer los conceptos de los diferentes factores, ya que los ítems restantes son capaces de contemplar la definición de cada uno de ellos. También es importante destacar que es posible que los factores se superpongan<sup>(25)</sup>, como ocurrió entre el Procesamiento Equilibrado y la Autoconciencia, que mostró una correlación perfecta. Se propuso entonces un único factor (Equilibrio y Autoconciencia), justificado desde el marco teórico del instrumento, considerando que para tomar una decisión coherente es necesario analizarlo previamente (procesamiento equilibrado), siendo conscientes de sus propias debilidades y potencialidades (autoconciencia). El procesamiento equilibrado se refiere a las habilidades del líder para analizar cuidadosamente una situación antes de tomar decisiones, siendo capaz de aceptar otros puntos de vista, incluso si son diferentes al suyo<sup>(1)</sup>. En la misma dirección, la autoconciencia se refiere a la percepción profunda de sus valores y creencias, así como de cómo se comportan y son percibidos por los demás<sup>(1,27)</sup>. También vale la pena señalar que el propio creador del instrumento sugiere que no es apropiado conceptualizar los cuatro factores del ALQ como evaluaciones completamente separadas y construcciones distintas<sup>(6)</sup>.

Dado lo anterior, la evaluación psicométrica del ALQ indicó la validez de la estructura interna adecuada para los modelos de tres factores en las versiones RATER y SELF. En contraste, en Pakistán<sup>(9)</sup>, Nueva Zelanda<sup>(28)</sup>, España<sup>(7)</sup>, Bélgica<sup>(24)</sup>, Portugal<sup>(29)</sup>, Turquía<sup>(30)</sup>, se encontró la validez del modelo de cuatro factores<sup>(7)</sup>.

En cuanto a las diferencias en el ajuste de las dos versiones (SELF y RATER), se entiende que cuando los participantes se ven a sí mismos como líderes, son capaces de ver en sí mismos el procesamiento equilibrado, pudiendo, en su opinión, tomar decisiones en una manera imparcial; lo mismo ocurre con la autoconciencia, ya que

los individuos creen comprender el impacto que pueden tener en las personas<sup>(5)</sup>. Sin embargo, los participantes tienen dificultades para comprender la importancia de la transparencia relacional y la perspectiva moral entre el líder y los subordinados, caracterizada por la exigencia de altos estándares éticos que orienten el comportamiento<sup>(5-6)</sup>.

En esta investigación, el modelo jerárquico de segundo orden solo fue posible para la escala RATER, que mostró una fuerte correlación entre los factores. Este resultado corrobora el estudio de los creadores del ALQ<sup>(6)</sup> que destaca que los cuatro factores (Transparencia Relacional, Perspectiva Moral, Procesamiento Equilibrado y Autoconciencia) no son independientes y que el constructo liderazgo, un único factor de segundo orden, explica esta dependencia.

La revisión de la validación por los autores de la versión original del ALQ<sup>(11)</sup> en línea con el artículo original de 2008<sup>(6)</sup> reforzó la importancia de los cuatro componentes teóricos del modelo de Liderazgo Auténtico; sin embargo, los autores alientan el desarrollo de otros estudios de validación de modelos<sup>(11)</sup>.

Así, los análisis de validación del ALQ propuestos podrán contribuir para ampliar el conocimiento de profesionales e investigadores en las áreas de enfermería y gestión hospitalaria, una vez que el estudio presenta la adaptación cultural del ALQ a la lengua portuguesa de Brasil<sup>(31)</sup>, así como evidencias relacionadas a la validez de la estructura interna del instrumento aplicado a enfermeros que actúan en hospitales brasileños.

Las limitaciones de este estudio se refieren al uso del método de muestreo no probabilístico y al tamaño de la muestra, aspectos que impiden la generalización de los resultados. Sin embargo, se destaca que el ALQ en las versiones SELF y RATER fue considerado un instrumento válido y confiable para ser aplicado a la población de enfermeros, lo que seguramente contribuirá para la mejora de las investigaciones sobre el liderazgo auténtico en los entornos de salud brasileños.

## Conclusión

Las escalas SELF y RATER del *Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ) aplicadas a una muestra de enfermeros brasileños permitieron recolectar informaciones válidas y confiables que posibilitaron la evaluación del liderazgo auténtico de esos profesionales. Sin embargo, para que el ALQ fuera utilizado, fueron necesarias adaptaciones de la estructura interna del instrumento.

El uso de las escalas SELF y RATER se puede realizar de forma independiente y se puede aplicar a los enfermeros brasileños que actúan en el contexto hospitalario. La aplicabilidad de la escala puede proporcionar evidencias

relacionadas con la autenticidad del enfermero líder y su influencia en las organizaciones hospitalarias, abriendo espacio para la reflexión, discusión y uso futuro de esta herramienta para el rastreo y monitoreo de las características relacionadas con el liderazgo auténtico en este contexto.

## Referencias

1. Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *Leadersh Q.* 2005;16(3):315-38. <http://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
2. Labrague LJ, Al Sabei S, Al Rawajfah O, AbuAlRub R, Burney I. Authentic leadership and nurses' motivation to engage in leadership roles: The mediating effects of nurse work environment and leadership self-efficacy. *J Nurs Manag.* 2021;29(8):2444-52. <https://doi.org/10.1111/jonm.13448>
3. Puni A, Hilton SK. Dimensions of authentic leadership and patient care quality. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl).* 2020;33(4):365-83. <http://doi.org/10.1108/LHS-11-2019-0071>
4. Alexander C, Lopez RP. A Thematic Analysis of Self-described Authentic Leadership Behaviors Among Experienced Nurse Executives. *JONA J Nurs Adm.* 2018;48(1):38-43. <http://doi.org/10.1111/jan.13922>
5. Mehmood Q, Hamstra MRW, Schreurs B. Employees' perceptions of their manager's authentic leadership. *Pers Rev.* 2019;49(1):202-14. <http://doi.org/10.1108/PR-03-2019-0097>
6. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS, Peterson SJ. Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. *J Manage.* 2008;34(1):89-126. <http://doi.org/10.1177/0149206307308913>
7. Moriano JA, Molero F, Lévy Mangin JP. Authentic leadership. Concept and validation of the ALQ in Spain. *Psicothema [Internet].* 2011 [cited 2021 Nov 23];23(2):336-41. Available from: <http://www.psicothema.com/PDF/3891.pdf>
8. Nelson K, Boudrias JS, Brunet L, Morin D, De Civita M, Savoie A, et al. Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burn Res.* 2014;1(2):90-101. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.001>
9. Bakari H, Hunjra AI, Niazi GSK. How Does Authentic Leadership Influence Planned Organizational Change? The Role of Employees' Perceptions: Integration of Theory of Planned Behavior and Lewin's Three Step Model. *J Chang Manag.* 2017;17(2):155-87. <https://doi.org/10.1080/14697017.2017.1299370>
10. Akbar F, Ali Z, Ahmad I. Validation of Authentic Leadership Questionnaire in Pakistani Context: Evidence from Higher Education Institutions of Khyber Pakhtunkhwa. *Abasyn J Soc Sci.* 2019;12(1). <https://doi.org/10.34091/AJSS.12.1.08%0A%0A>
11. Avolio BJ, Wernsing T, Gardner WL. Revisiting the Development and Validation of the Authentic Leadership Questionnaire: Analytical Clarifications. *J Manage.* 2018;44(2):399-411. <http://doi.org/10.1177/0149206317739960>
12. Ministério da Saúde (BR), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta estabelecimento - Identificação [Homepage]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL>
13. Hair J Junior, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis.* 7. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2010.
14. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling.* New York: The Guilford Press; 1998.
15. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais - Fundamentos teóricos, Software e Aplicações.* 2. ed. Lisboa: ReportNumber; 2014.
16. Arbuckle JL. *AMOS 17.0 user's guide (Manual software).* Chicago: Statistical Package for the Social Sciences; 2008.
17. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull.* 1990;107(2):238-46. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
18. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *J Mark Res.* 1981;18(1):39. <http://doi.org/10.2307/3151312>
19. Rosseel Y. *lavaan : An R Package for Structural Equation Modeling.* *J Stat Softw.* 2012;48(2). <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
20. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann AM. *semTools: Useful tools for structural equation modeling.* R Packag Version 05-4 2019.
21. Alvesson M, Einola K. Warning for excessive positivity: Authentic leadership and other traps in leadership studies. *Leadersh Q.* 2019;30(4):383-95. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2019.04.001>
22. Johnson SL. Authentic Leadership Theory and Practical Applications in Nuclear Medicine. *J Nucl Med Technol.* 2019;47(3):181-8. <https://doi.org/10.2967/jnmt.118.222851>
23. Castillo ALR, Padilla MER, Hernández DG. Self-evaluation and evaluation of nursing leaders' Leadership Styles. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3435.3393>
24. Leroy H, Palanski ME, Simons T. Authentic Leadership and Behavioral Integrity as Drivers of

Follower Commitment and Performance. *J Bus Ethics*. 2012;107(3):255-64. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1036-1>

25. Levesque-Côté J, Fernet C, Austin S, Morin AJ. New Wine in a New Bottle: Refining The Assessment of Authentic Leadership Using Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM). *J Bus Psychol*. 2018;33(5):611-28. <http://doi.org/10.1007/s10869-017-9512-y>

26. Cervo CS, Mónico LSM, Santos NR, Hutz CS, Pais L. Authentic Leadership Questionnaire: invariance between samples of Brazilian and Portuguese employees. *Psicol Reflexão Crítica*. 2016;29(1):40. <http://doi.org/10.1186/s41155-016-0046-4>

27. Wong CA, Walsh EJ. Reflections on a decade of authentic leadership research in health care. *J Nurs Manag*. 2020;28(1):1-3. <https://doi.org/10.1111/jonm.12861>

28. Caza A, Bagozzi RP, Woolley L, Levy L, Barker Caza B. Psychological capital and authentic leadership. *Asia-Pacific J Bus Adm*. 2010;2(1):53-70. <https://doi.org/10.1108/17574321011028972>

29. Rego A, Sousa F, Marques C, Cunha MP. Authentic leadership promoting employees' psychological capital and creativity. *J Bus Res*. 2012;65(3):429-37. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.10.003>

30. Müceldili B, Turan H, Erdil O. The Influence of Authentic Leadership on Creativity and Innovativeness. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;99:673-81. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.538>

31. Vasconcelos RMA. Adaptação cultural do Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) para o contexto da enfermagem brasileira [Thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <http://doi.org/10.11606/T.22.2018.tde-03072018-154029>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Vanessa Gomes Maziero, Andrea Bernardes. **Obtención de datos:** Vanessa Gomes Maziero. **Análisis e interpretación de los datos:** Vanessa Gomes Maziero, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Bruna Moreno Dias, Alexandre Pazetto Balsanelli, Carmen Silvia Gabriel, Andrea Bernardes. **Análisis estadístico:**

Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos. **Redacción del manuscrito:** Vanessa Gomes Maziero, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Bruna Moreno Dias, Alexandre Pazetto Balsanelli, Carmen Silvia Gabriel, Andrea Bernardes. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante** Vanessa Gomes Maziero, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Bruna Moreno Dias, Alexandre Pazetto Balsanelli, Carmen Silvia Gabriel, Andrea Bernardes. **Otros (Aprobación final):** Vanessa Gomes Maziero, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, Bruna Moreno Dias, Alexandre Pazetto Balsanelli, Carmen Silvia Gabriel, Andrea Bernardes. **Otros (Formato de acuerdo con la lista de verificación de la revista):** Bruna Moreno Dias. **Otros (orientación del manuscrito):** Andrea Bernardes.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 23.11.2021  
Aceptado: 10.03.2022

Editor Asociado:  
Ricardo Alexandre Arcêncio

**Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Andrea Bernardes

E-mail: [andreab@eerp.usp.br](mailto:andreab@eerp.usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-9861-2050>