



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**LA FORMACIÓN EN HABILIDADES MEDIADORAS
EN PROFESIONALES DE LA SALUD.
ANÁLISIS DEL PROCESO
DE TRANSFERENCIA Y SOSTENIBILIDAD**

Tesis Doctoral

presentada por **Marta López Rodrigo** para optar al grado de
Doctora por la Universitat Autònoma de Barcelona

Firma director
Dr. Juan Manuel Leyva Moral

Firma directora
Dra. María Feijoo Cid

Firma tutor
Dr. Albert Selva O'Callaghan

Firma doctoranda
Marta López Rodrigo

Programa de Doctorat en Medicina
Departament d'Infermeria. Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona 2016

A mi familia por su apoyo, comprensión y estímulo.
A Paco por todo el amor y cuidado que me has dado.
A Víctor y Ferran por ser y estar.

Per construir un bell somni
el primer que cal és estar despert,
mà ferma per dur les brides
i fer-se un projecte a mida
comptant que tot s'encongeix.

Materials de primera.
Amples i profunds els seus fonaments,
a prova de malentesos,
compromisos, interessos
i accidents.
...

Per construir un bell somni
cal posar-s'hi a plena dedicació
i estar pendent, a tota hora,
de si riu, si dorm, si plora
com si es tractés d'un nadó.

I pel bé de l'empresa
és indispensable estar assabentat
que a la fi de la proesa
serà una sorpresa
el seu resultat.
...

Joan Manuel Serrat, 1989

ÍNDICE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	19
CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONFLICTO.....	19
<i>ESQUEMA DEL CONFLICTO.....</i>	25
<i>INTERVENCIÓN EN CONFLICTOS</i>	35
<i>CONSIDERACIONES FINALES</i>	39
LA MEDIACIÓN Y LOS MEDIADORES	41
<i>FUNDAMENTOS DE LA MEDIACIÓN</i>	44
<i>EL MEDIADOR.....</i>	46
<i>ESCUELAS DE MEDIACIÓN</i>	48
<i>UTILIDADES Y VENTAJAS DE LA MEDIACIÓN</i>	56
<i>CONSIDERACIONES FINALES</i>	57
EL CONFLICTO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD	58
<i>INTERVENCIONES ORGANIZACIONALES PARA LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS.....</i>	73
<i>CONSIDERACIONES FINALES</i>	78
LA FORMACIÓN CONTINUADA Y LAS HABILIDADES MEDIADORAS.....	79
<i>EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN: EL MODELO DE D.L. KIRKPATRICK.....</i>	82
<i>LA FORMACIÓN EN HABILIDADES MEDIADORAS.....</i>	90
<i>CONSIDERACIONES FINALES</i>	97
3. OBJETIVOS	99
OBJETIVO GENERAL.....	99
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	99
4. METODOLOGÍA	101
<i>LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....</i>	101
<i>LA EPISTEMOLOGÍA: EL PARADIGMA CONSTRUCTIVISTA Y EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL</i>	103
<i>LA PERSPECTIVA TEÓRICA: EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.....</i>	105
<i>LA METODOLOGÍA: LA TEORÍA FUNDAMENTADA.....</i>	107
<i>EL CONTEXTO</i>	111
<i>LOS PARTICIPANTES.....</i>	113

<i>LAS HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS</i>	118
<i>LOS PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE DATOS</i>	128
EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	132
EL RIGOR CIENTÍFICO	136
LOS ASPECTOS ÉTICOS	139
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	141
“A PESAR DE”	150
<i>COMPETENCIAS Y SATISFACCIÓN VINCULADA A LA FORMACIÓN</i>	156
<i>BENEFICIOS DE LA MEDIACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL</i>	162
<i>GESTIÓN DEL CAMBIO</i>	167
<i>IMPORTANCIA DEL CAMINO INICIADO</i>	180
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	190
6. LAS CONCLUSIONES	193
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....	195
REFERENCIAS	199
ANEXOS	215
ANEXO 1: GUIÓN PRIMERA ENTREVISTA	217
ANEXO 2: GUIÓN SEGUNDA ENTREVISTA	219
ANEXO 3: GUIÓN TERCERA ENTREVISTA.....	221
ANEXO 4: GUIÓN CUARTA ENTREVISTA.....	223
ANEXO 5: GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN.....	225
ANEXO 6: GUIÓN ENTREVISTA CARA A CARA	227
ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO	229

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a mi amigo y director de tesis, Dr. Juan M. Leyva, por su guía y asesoramiento, por estar en mis momentos más bajos y lograr que creyera nuevamente en mí misma.

En lo personal,

A Foix por formar parte de nuestra familia.

A Neus, Roser y Anna que me han ayudado a avanzar en esta investigación al liberarme de determinadas tareas.

A mis padres por creer siempre en mí.

A Montse y Albert, y Carmen por su constante estímulo y apoyo.

En lo profesional,

A mi directora de tesis, Dra. María Feijoo por aportar una nueva y sabia mirada a esta tesis.

A Gemma por su desinteresada e inestimable colaboración.

A la Dra. Gloria Novel, por introducirme en el apasionante mundo de la mediación y por su apoyo e impulso cuando más necesario ha sido.

A la Dra. Dolors Bernabeu por su apoyo incondicional.

A mis compañeras, compañeros y directora de la ESIM con los que he compartido este proyecto profesional.

En definitiva, a todas las personas que han pasado por mi vida y, que de una forma u otra, me han ayudado a llegar hasta aquí.

Y por último, una especial mención a las personas informantes, núcleo clave de esta tesis puesto que sin ellas esta investigación no se hubiese llevado a cabo.

Muchas gracias a todas y todos.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tesis es el colofón a un deseo de muchos años relacionado con mi actividad profesional. Para comprender porque he querido abordar el tema de “La formación en habilidades mediadoras”, es necesario que cuente la “historia” de como he llegado hasta aquí. Considero necesario matizar que una trayectoria profesional, de casi cuarenta años, no va a ser un listado histórico y cronológico de actividades y formaciones, sino que va a responder al recuerdo y vivencias que me han quedado impregnados después de estos años. Todo ello, mediatizado por el propio quehacer diario y la superación de adversidades, lo que incluirá aspectos gratificantes que he ido acumulando. De este modo, mi narración es un mirar hacia atrás y buscar en el recuerdo una vida profesional y personal dedicada, de corazón, a los cuidados enfermeros desde el ámbito docente.

El año 1976 obtuve mi título de ATS¹ y empecé a trabajar como enfermera en el Hospital del Mar de Barcelona. Durante mi trabajo en la unidad de cirugía general experimentaba satisfacción tratando con las personas enfermas, que en numerosas ocasiones me hacían partícipe de sus preocupaciones y que, según sus palabras, quedaban confortadas y más tranquilas con mi actitud y quehacer. Además, tutorizaba estudiantes de enfermería en prácticas y comprendí que los conocimientos teóricos no eran suficientes para tratar con el enfermo y sus familias, y que había unos saberes que sólo podían adquirirse en entornos de cuidados reales. De una forma intuitiva y con formación personal en paralelo, empecé a trabajar con ellos los aspectos psicosociales del cuidado.

En el año 1979 pasé a formar parte de la plantilla de profesores de la Escuela de Enfermería del Mar, adscrita a la Universidad de Barcelona, en la formación de los nuevos “Diplomados Universitarios en Enfermería”.

Durante el período de 1977 a 1979, había cursado la especialidad de Enfermería Psiquiátrica para, principalmente, poder comprender las reacciones emocionales y los sentimientos de las personas enfermas por delante de sus problemas fisiopatológicos. Mi función docente la desarrollaba en la formación, seguimiento y control de prácticas de los estudiantes en un centro de cuidados agudos a enfermos psiquiátricos, el IMPU²,

¹ ATS: Ayudante Técnico Sanitario que incluía la formación de enfermeras y practicantes.

² IMPU: Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Ajuntament de Barcelona.

y la formación teórica de asignaturas centradas principalmente en temas de salud mental como la Enfermería psicosocial, la Enfermería psiquiátrica y la Atención al drogodependiente.

Paralelamente, establecí relaciones profesionales con enfermeras³ que participaban en la formación práctica de los estudiantes de enfermería o en formaciones de postgrado en las que yo impartía docencia. Fue en estas interacciones cuando empecé a interesarme por el “Síndrome de burnout” (SB) (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) porque esas enfermeras mostraban signos de estar experimentándolo o manifestaban abiertamente sentirse “quemadas”. De este modo, incorporé a mis actividades docentes estrategias para que los profesionales de enfermería adquiriesen competencias que les permitiesen detectar, en sí mismos o en sus compañeros, situaciones potencialmente generadoras de SB con la finalidad de diseñar e implementar estrategias para su abordaje preventivo y de resolución.

Durante este proceso, tomé conciencia que el SB en las enfermeras no se generaba exclusivamente por la forma de ser de las profesionales, sino que también se detectaban factores laborales y de la organización que influían en su génesis y desarrollo. En ese punto me planteé la cuestión ¿la forma de ser de las enfermeras o de sus condiciones laborales y profesionales las lleva a una mayor vulnerabilidad a padecer el SB?. Según las publicaciones, una de las causas es el hecho de enfrentarse, en su desempeño profesional, a numerosos estímulos que tienen un efecto potencial de generar estrés al tener como objetivo de su trabajo a “personas” en situación de enfermedad y muerte (Fornés, Cardoso, Castelló, & Gili, 2011; Martínez Pérez, 2010; Maslach et al., 2001; Pereira, Fonseca, & Carvalho, 2011; Slatten, David Carson, & Carson, 2011; Ybema, Smulders, & Bongers, 2010).

A mediados de los años 90, en contextos académicos, empezó a comentarse la necesidad de poseer una formación superior, licenciatura y doctorado, para ser titular en estudios universitarios. Hasta esos momentos, una moratoria de la ley permitía que los profesores sin titulación superior, como era el caso de numerosas enfermeras, pudiésemos formar a los futuros profesionales de enfermería. La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), conocido como el Plan Bolonia, implicó una nueva forma de entender el proceso de enseñanza-aprendizaje donde el

³ En esta tesis se utiliza el término “enfermera” en referencia tanto a las enfermeras mujeres como hombres, puesto que la profesión enfermera es eminentemente femenina. Por el contrario, para indicar el resto de profesionales del equipo de salud, se utilizará el término masculino para no sobrecargar el texto con “médico y médica”, “psicólogo y psicóloga”, por ejemplo, sin que deba ser entendido como un hecho discriminatorio hacia las mujeres. CIE. Consejo Internacional de Enfermería. <http://www.icn.cn/es/>

estudiante pasó a ser el centro. Fue ante este nuevo reto que en 2002, finalicé la licenciatura en Psicología por la Universidad Ramón Llull. Mi trabajo de final de carrera, siguiendo con mi interés por la salud emocional de las enfermeras, consistió en una propuesta de intervención para profesionales de enfermería con niveles medio y alto de SB.

En esos momentos aún no tenía claro si quería obtener el grado de doctora, y mientras me decidía me pasó por encima una nueva ordenación del doctorado⁴, de modo que para acceder al él, tuve que cursar un máster oficial⁵. Mientras cursaba el máster entré en contacto con la Mediación, de la mano de la doctora Gloria Novel, que me propuso participar como “estudiante” en una formación en habilidades mediadoras (HHMM) para profesionales de organizaciones de salud que ella había diseñado e impartía. El tema se me presentó apasionante, puesto que era una forma de intervenir en la prevención y gestión de conflictos relacionales de baja intensidad de manera que los miembros de los equipos, por el hecho de estar formados en la cultura de la paz, fuesen capaces de manejarlos desde el propio núcleo del grupo. Por otra vía, volvía nuevamente al tema del sufrimiento emocional de las enfermeras en sus contextos laborales que tanto me interesaba.

De este modo, consideré la formación en HHMM como una estrategia adecuada para la capacitación de los profesionales de la salud, en tanto que sin ser mediadores profesionales, estarían en disposición de prevenir e intervenir en determinados conflictos interrelacionales que se diesen entre los miembros de los equipos de salud, los profesionales con sus superiores jerárquicos y gestores, y con pacientes y familiares. Por otro lado, en el transcurso del curso me fui dando cuenta de cómo los participantes evolucionaban desde un cierto escepticismo, al inicio, hacia la participación activa y el entusiasmo con la dinámica y el contenido del curso y las posibilidades de aplicación de las competencias que estaban adquiriendo.

En este punto, ya estaba decidida a cursar el doctorado. El tema a investigar sería conocer como los participantes en el programa formativo en HHMM vivían la posibilidad de transferir las competencias adquiridas a su práctica profesional y el significado que le daban. Por ello busqué información científica al respecto que abarcó a las organizaciones de salud, los conflictos interpersonales principalmente entre los

⁴ Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *BOE*, 10 de febrero de 2011(35):13909-26.

⁵ Màster en Lideratge i Gestió dels Serveis d'Infermeria. Universitat de Barcelona, 2010

equipos, las estrategias de capacitación (la formación continuada) y comunicación (las habilidades mediadoras) para profesionales y la mediación.

En las organizaciones de salud para adaptarse a los cambios sociales y tecnológicos, se precisa la generación de soluciones creativas para mantener su competitividad y ofrecer servicios de calidad (García-Jueas & Figueiredo-Ferraz, 2009; González Consuegra, 2010). Asimismo, todo proceso de cambio organizacional conlleva implícito numerosas tensiones entre los miembros del equipo que pueden llegar a convertirse en conflictos. Son abundantes los factores que generan estos conflictos. Entre ellos se describen por un lado, la resistencia de las personas a los cambios como consecuencia de la salida de la zona de confort para adentrarse en un mundo lleno de incertidumbres (Martínez González, 2011). Por otra parte, factores psicosociales inherentes al desempeño profesional como la carga de trabajo, la ambigüedad de rol y la gestión y el liderazgo, entre otros, que generan estrés profesional, violencia ocupacional y acoso laboral (Benavides et al., 2002; Gil-Monte, 2009).

Para preservar la salud de los equipos y sus profesionales es preciso que se establezcan acciones que incidan en la prevención de los conflictos generados y en el desarrollo de los mismos una vez instaurados para disminuir sus consecuencias nocivas. En este sentido, en las últimas décadas, la mediación se ha revelado útil y eficiente (Vinyamata, 2009).

La formación continuada se considera un elemento clave para la optimización de los recursos humanos de las organizaciones para que se disponga de profesionales cualificados que posibiliten la consecución exitosa de los cambios a implementar (Pineda Herrero & Serramona López, 2006).

Los sistemas de mediación incluyen intervenciones y estrategias encaminadas a la transformación de los conflictos (Novel, 2009). Entre ellas, la formación de mediadores formales y de profesionales capacitados en HHMM que, perteneciendo a los propios equipos, sean capaces de desarrollar habilidades comunicativas para actuar en conflictos de baja intensidad o en su prevención (Novel, 2010). La formación de profesionales en HHMM para la prevención y gestión precoz de conflictos entre los miembros de equipos de organizaciones de salud, con sus gestores y con los pacientes y familiares, es un tema novedoso tanto en el ámbito español como en el internacional. La primera experiencia conocida desde una perspectiva de decisión política e institucional, de insertar la mediación como un recurso para la mejora y el cambio

organizacional, tiene su origen en el proyecto de “Mediación sanitaria”, creado y dirigido por la Dra. Gloria Novel Martí, que supuso abrir cuatro unidades de mediación en el sistema sanitario catalán así como formar a mediadores especialistas en el ámbito de la salud para que actuaran como facilitadores de diálogos en sus lugares de trabajo y relación (Novel, 2012). Este proyecto que pretendía no solo la gestión de conflictos, sino introducir el paradigma de la mediación para un nuevo reenfoque cultural de la organización sanitaria, se diseñó desde un planteamiento claramente sistémico con el fin de introducir en toda la estructura organizacional el cambio requerido para esta innovadora perspectiva.

Por ello y en analogía con el mundo sanitario en el que se pretendía incidir positivamente, se diseñaron diferentes niveles de intervención (Novel, 2010):

- a. *Sistema de Atención Primaria del Conflicto*: Esto supuso la creación de la figura del “mediador interpar” o “mediador interno” que actuaría como referente en el sistema sanitario catalán para insertar la cultura del diálogo, del consenso y de la prevención y gestión precoz del conflicto, desde sus lugares concretos de trabajo, creando una red de apoyo entre sí y trabajando en íntima colaboración con las Unidades de Mediación Sanitaria abiertas. Su objetivo general era formar profesionales de la salud en habilidades y técnicas mediadoras para que actuaran como referentes internos para sus equipos de trabajo y para la organización, y como sistema de apoyo para los líderes de los equipos, en la prevención y gestión del conflicto, así como en la mejora del ambiente laboral y la efectividad en el trabajo. De él se desprendieron otros objetivos más específicos: 1) facilitar la comunicación pacífica entre partes con diferencias de difícil autogestión, 2) mediar entre partes con un conflicto identificable para encontrar una solución acordada, 3) actuar como "repetidores" de los conocimientos obtenidos para implementar y sostener los principios de cultura de paz en su lugar de trabajo, y 4) preparar, facilitar y/o asesorar al líder de equipo o al equipo completo, en comunicaciones y/o reuniones difíciles.
- b. *Sistema de Atención Especializada del Conflicto*, que lo conformaban las Unidades de Mediación Sanitaria, altamente especializadas en tratamiento de conflictos organizacionales y con un equipo de mediadores especialistas para trabajar en el fomento de la salud y el ambiente laboral, la prevención y tratamiento del conflicto, así como en la rehabilitación de las estructuras grupales que pudieran estar dañadas por los efectos del conflicto sin resolver o cronificado.
- c. *Sistema transversal de transferencia del conocimiento*. Este componente, incide en toda la organización y difunde la cultura de paz y del diálogo pacífico y

resolutivo, haciendo más costo-eficientes a los otros dos. Ello suponía formar a todos los grupos diana de la organización (directivos, mandos intermedios, líderes de equipos, departamento o proyectos, todos/s los profesionales) para que la institución dispusiese de personas con recursos y con una línea común a seguir, transmitiendo y haciendo visibles los valores añadidos de la organización, a través de la mediación.

Así fue como en el año 2009, se formaron los primeros "mediadores inter pares" con la función de actuar como referentes y transmisores directos del nuevo enfoque organizacional, en el sistema sanitario catalán (Novel, 2012).

En la actualidad en el Consorcio Sanitario de Terrassa (Barcelona), que dispone de una Unidad de Mediación Sanitaria estable desde el año 2005, y por lo tanto, de esta figura del mediador inter pares reconocida en los equipos, se continua con el programa de transferencia de conocimiento. En estos momentos se dispone de los siguientes resultados⁶:

- Total de casos tratados: 173, con un total de 778 personas implicadas en la gestión del conflicto.
- El porcentaje de acuerdos en casos de conflictos es de un 84,62%. Cabe mencionar que si se suman las mediaciones cerradas sin acuerdos formales pero con autoacuerdos y cambios positivos, el resultado acerca de la capacidad de ayuda de la mediación para contener, resolver o transformar los conflictos, es del 95%.
- Transferencia de conocimiento:
 - 85% de los directivos, están formados en "Técnicas de negociación de Harvard"
 - 74% de los mandos intermedios, están formados en "Técnicas de negociación de Harvard"
 - 68% de los mandos intermedios, están formados en "Habilidades mediadoras y técnicas de diagnóstico, gestión del conflicto y construcción de consenso".
 - Los trabajadores de la institución reciben continuamente formación de corta duración, para la difusión e impregnación de la cultura de la mediación a todos los niveles.
 - La institución dispone de 30 mediadores inter pares formados, que se mantienen en procesos de formación continuada.

⁶ Novel G. (2015) Informe d'activitats i resultats Anys 2005-2015. Observatori de Mediació. Universitat de Barcelona. [documento inédito].

- La valoración del recurso de mediación por parte de los profesionales y trabajadores del CST, es la siguiente: el 83,3% de las personas con las que se ha trabajado para la gestión de conflictos, han valorado como “muy bueno” (valoración máxima) el recurso de mediación aplicado y la actuación de los mediadores y las mediadoras tanto especialistas como inter pares. El 16% lo han valorado como “bueno”.

Todo ello da una idea muy positiva de la necesidad de la mediación aplicada en un sentido amplio para la mejora y el cambio de las organizaciones, creando espacios de felicidad en el trabajo, compromiso, reconocimiento, fortalecimiento de los equipos y calidad en la atención de los servicios. Sin embargo las publicaciones donde se evalúe la transferibilidad y sostenibilidad de las competencias adquiridas tras la implementación de proyectos para el cambio en organizaciones de salud es escasa. Los referentes científicos han de buscarse en la educación que cuenta con una extensa tradición en cuanto a la evaluación la transferencia de las competencias adquiridas (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008; Medina Moya, Jarauta Borrasca, & Urquizu Sánchez, 2006; Salmerón, 2013).

Para evaluar la formación, Kirkpatrick (2006) propone el Modelo de Evaluación de actividades formativas. Este modelo establece cuatro niveles de evaluación: reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados. La reacción se corresponde con la satisfacción de los participantes, el aprendizaje con las competencias adquiridas, el comportamiento con la transferencia y sostenibilidad de estas competencias y los resultados con el impacto de la formación en la organización, es decir, la eficacia y la eficiencia. Expertos en el tema (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; Jiménez Rodríguez & Barchino Plata, 2011; Pineda, Ciraso, & Quesada, 2014; Smidt, Balandin, Sigafos, & Reed, 2009; Tejada Fernández et al., 2008) coinciden que los niveles más evaluados son los dos primeros por su simplicidad, en tanto que esta valoración está determinada principalmente por la satisfacción de los participantes en el diseño, impartición y competencias adquiridas en el programa de formación. Por el contrario, los niveles tres y cuatro presentan dificultades en su evaluación puesto que resulta complejo establecer concretamente los factores que la están condicionando, no pudiéndose considerar la formación como factor único de la transferencia, la sostenibilidad y el impacto. Por ello, la verificación de estos niveles es mucho menos frecuente que la de los dos primeros, aún cuando se considera muy necesaria para el desarrollo de las organizaciones (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008).

En este sentido, esta tesis pretende comprender el significado que los profesionales de la salud participantes en un programa formativo en HHMM han otorgado a las competencias adquiridas y a las posibilidades o dificultades de transferencia y mantenimiento a su práctica profesional diaria, es decir como perciben la incidencia del esfuerzo realizado en implementar cambios y cómo es la respuesta que la organización les devuelve. Asimismo se busca identificar y relacionar tanto los condicionantes personales y profesionales de los participantes como los de la organización que se perciben como facilitadores o distorsionadores de la implementación de las competencias alcanzadas. En el caso de la organización se centra en el apoyo proporcionado a los profesionales para la implementación de esas competencias.

Por todo ello, el uso de la metodología cualitativa de investigación es adecuada al permitir la comprensión de la vivencia de los participantes en el programa formativo en cuanto a la transferencia y mantenimiento de las competencias adquiridas y el significado que le han otorgado según sus propias voces.

La idoneidad de este trabajo se justifica por la importancia que se otorga a la evaluación e impacto de programas de formación continuada que se desarrollan en todas las organizaciones, y entre ellas las de la salud (Pineda et al., 2014; Tejada Fernandez & Ferrandez Lafuente, 2012). Evaluación que forzosamente comporta comprender como los profesionales implicados perciben no sólo la adquisición de competencias, sino también el significado que atribuyen a la implementación y mantenimiento de tales competencias. Además este trabajo es pionero ya que no existe investigación española en cuanto a comprender el proceso de transferibilidad y sostenibilidad de las competencias adquiridas en HHMM.

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONFLICTO

Las relaciones entre las personas generan conflictos por muy diversas causas. En términos generales puede parecer sencillo llegar a un acuerdo en la definición de conflicto, pero cuando se quiere precisar aparece como un constructo complejo que en ocasiones se confunde con otros términos como disputa o problema. Ahondando en el concepto *disputa*, señalar que se refiere a una riña, una discusión o un enfrentamiento entre dos o más personas o grupos (Suarez, 2004). Así mismo, mencionar que el conflicto está constituido por a) aspectos privados o no visibles relacionados con la persona, que son subjetivos y que puede que sólo ella conozca e incluso no sea consciente de que están presentes (percepciones, sentimientos y emociones, intereses y necesidades) y b) por aspectos públicos o visibles que son los que se ponen de manifiesto (contexto, actores, relaciones, recursos materiales o simbólicos, comportamientos) (Vinyamata, 1999). En este último grupo, se incluye la disputa por lo que no se la puede considerar un conflicto en tanto que forma parte de él (Suarez, 2004). Por otro lado, el Diccionario de la Lengua Española (2001) define “problema” como un “conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin”. Una incorporación relevante a esta definición la aporta Suarez (2004) que postula que las personas también pueden ser obstáculos para la obtención de los objetivos previstos de otros sujetos y que por ello, en el marco de las relaciones interpersonales, pueden generar conflictos. En consonancia con este planteamiento, los términos problema y conflicto tampoco pueden considerarse intercambiables.

Por lo expuesto y dada la complejidad y variabilidad conceptual del término “conflicto” y en aras de una mejor comprensión, a continuación se presenta el pensamiento de algunos autores considerados relevantes en el desarrollo de las teorías del conflicto y algunas de sus aportaciones.

El conflicto desde la perspectiva de L. Coser (1956)

Lewis Coser, sociólogo estadounidense de origen alemán, centró sus estudios en el conflicto social que consideró como una transformación del conflicto cuando éste trascendía de lo individual. Postuló que, en la sociedad, el conflicto posee unas funciones determinadas tanto en los individuos como en los grupos. Algunas de estas funciones son (Coser, 1961):

- Proporcionar estabilidad a las relaciones puesto que la ausencia de conflictos no puede considerarse indicador de fortaleza y estabilidad.
- Aumentar la cohesión interna del grupo cuando el conflicto se da con grupos extraños que favorecerá la capacidad de enfrentarse al adversario.
- Crear asociaciones y coaliciones entre personas o grupos que en caso de no existir conflicto no se unirían.
- Establecer y mantener el equilibrio de poder favoreciendo que se mantengan y consoliden las sociedades.

Por todo ello, Coser considera que el conflicto tiene unas repercusiones positivas en tanto que, al favorecer la comunicación entre sus miembros también se beneficia, en los sujetos implicados, la cohesión grupal y la asunción de roles más activos para oponerse a los adversarios. Por tanto, según las características e intensidad del conflicto, se estimula el mantenimiento de una sociedad y se favorece su prosperidad.

El conflicto desde la perspectiva de J. Galtung (1967)

Johan Galtung, sociólogo noruego, se ha considerado como uno de los primeros estudiosos del conflicto. Este autor entiende el conflicto como un acontecimiento inherente a *“todo sistema vivo”* y motor para el proceso de desarrollo y la construcción de la paz y el cambio social, en tanto que representa un “reto” en el sentido que, a nivel intelectual y emocional, puede ser un desafío para la persona. Asimismo, juzgaba que no era conveniente eliminarlo sino que incluso podía estimularse para favorecer el desarrollo y crecimiento de la organización. Los autores que consideran el conflicto desde una perspectiva positiva, le atribuyen la característica de favorecer siempre, de un modo u otro, a las partes implicadas (Farré Salvá, 2004). El autor en su desarrollo teórico introdujo el concepto “Triángulo de la violencia” (*Figura 1*) para representar, en forma de iceberg, como se genera la violencia en los conflictos sociales. Según esta simbolización, sólo una pequeña parte del conflicto es visible, el que corresponde a la *violencia directa*. En otro de los vértices se sitúa la *violencia cultural* que justifica la violencia y se pone de manifiesto a través de las actitudes. Por último, en el tercer vértice coloca la *violencia estructural*, que según el autor es la más negativa, por ser difícil de identificar y combatir, al ser ejercida por estructuras (gobiernos, órganos directivos de las organizaciones...) que abusando de su poder niegan las necesidades de las personas y por tanto impiden su satisfacción (Galtung, 1998). A modo de conclusión, para Galtung, la violencia estructural provoca violencia directa que es legitimada por la violencia cultural.

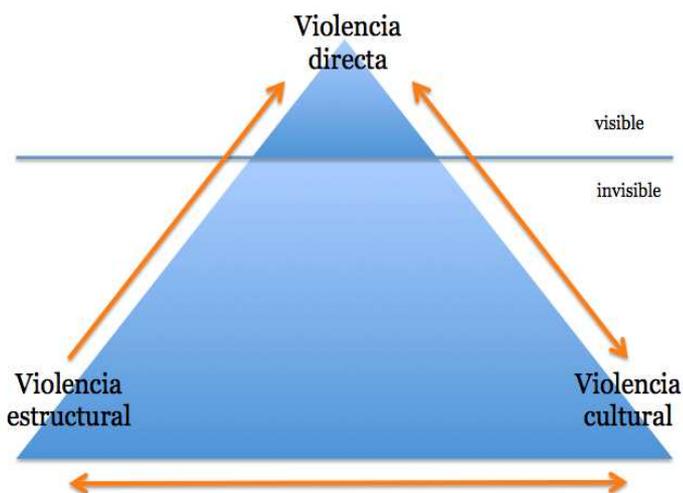


Figura 1. El triángulo de la violencia. Adaptado de Galtung, 1998

El conflicto desde la perspectiva de C.W. Moore (1986)

Christopher W. Moore, estadounidense, doctor en sociología política, fue uno de los pioneros de la negociación y la mediación con una vasta experiencia en el trabajo con grupos de diferentes orígenes étnicos, culturales, profesionales, técnicos y de organizaciones. Para él, el conflicto es inherente a la interacción humana y considera que sus efectos pueden ser positivos al favorecer el desarrollo de la persona y ser productivo para las partes (Moore, 1995). Una de las aportaciones científicas de Moore fue la clasificación de los conflictos en 5 dimensiones: conflictos de valores, estructurales, de intereses, de relaciones personales y de información, que en su propuesta gráfica “Esfera del conflicto” (Figura 2) relacionó las causas de los conflictos con las intervenciones correspondientes.

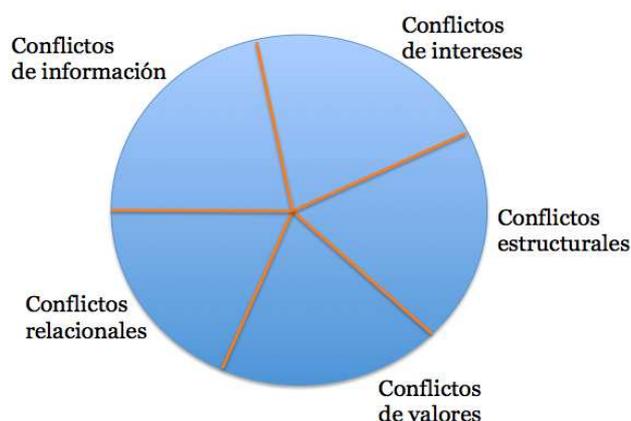


Figura 2. Esfera del conflicto. Adaptado de Moore, 1995

El conflicto desde la perspectiva de J.P. Lederach (1995)

John Paul Lederach, estadounidense, doctor en sociología, experto a nivel mundial en resolución de conflictos y mediación. El autor defiende que el conflicto, según como se gestione, puede ser un elemento de cambio y positivo en las relaciones interpersonales o bien, coincidiendo con los planteamientos de Moore, incluir aspectos negativos y destructivos para todos los implicados (Pastor Pérez, Morillas, Peris, Moreno, & Crespo, 2005). Lederach realizó importantes aportaciones a las teorías del conflicto y su abordaje, siendo dos de éstas referidas al campo de la mediación. Por un lado, definió el concepto “Transformación de conflictos” en el que defendía que al “transformar” las situaciones conflictivas éstas se convertían en situaciones de aprendizaje en las que se enfatizaba la comunicación, el respeto, el reconocimiento, el empoderamiento y el diálogo entre las partes (París Albert, 2005). Por otra parte definió los tres elementos que constituyen la estructura del conflicto: la Persona, el Proceso y el Problema (*Figura 3*).



Figura 3. Estructura del conflicto. Adaptado de Lederach, 2000

El autor propone en primer lugar establecer la extensión del problema y aislar lo esencial de lo secundario, aclarando los intereses y las necesidades de las partes que se hallan implicadas y condicionan el conflicto. A continuación es necesario reconocer las partes, las personas, y su relación entre ellas y sus actitudes ante el conflicto. Asimismo, remarca que no deben confundirse las personas con el conflicto y por ello es preciso que durante todo el proceso de transformación se diferencien claramente (Lederach, 2000).

El conflicto desde la perspectiva de M. Suares (1996)

Marinés Suares, psicóloga argentina, mediadora y autora de textos y artículos científicos relacionados con la mediación y la cultura de la paz que son referentes en el mundo de habla hispana. Una de sus aportaciones principales es la recopilación de los

artículos y materiales docentes del modelo Circular-Narrativo de Sara Coob⁷, que ésta última no llegó a publicar como tal, en donde describía un modelo de mediación fundamentado en las historias particulares de las partes en relación al conflicto en el que participaban. Las autoras, entienden que las “historias” son la visión que aporta cada persona implicada, del mismo acontecimiento y donde, además de los hechos, se incluyen las percepciones, los intereses y los valores. Para Suares, el conflicto se da en el marco de las relaciones interpersonales, como un proceso dinámico con un punto de partida más o menos claro que se va desarrollando y puede evolucionar hasta desaparecer o bien mantenerse latente. De este modelo deben señalarse dos puntos clave. Uno, la conceptualización de conflicto como un acontecimiento que se “co-construye” mutuamente entre las partes implicadas, es decir, que son principalmente las personas las que intervienen y determinan su desarrollo. Y dos, que para su resolución debe buscarse una “historia alternativa” en la que las partes se sientan cómodas y les permita hallar puntos en común para gestionarlo y resolverlo (Suares, 2004).

El conflicto desde la perspectiva de E. Vinyamata (2001)

Eduard Vinyamata, doctor en Ciencias Sociales, considera el conflicto como la discrepancia entre una o más personas o grupos por intereses o puntos de vista distintos, con la aparición de actitudes hostiles y conductas agresivas, valorándolo como necesario para la sana relación entre personas y grupos (Vinyamata, 1999). El autor propone elementos teóricos y prácticos sobre los conflictos y su resolución, incorporando el concepto de “transformación” del conflicto para indicar que ni es posible ni aconsejable resolver el conflicto (entendido como eliminarlo) puesto que la situación resultante no será idéntica a la inicial sino que se habrá modificado y por ello, el conflicto y su modificación habrá “transformado” a los participantes y sus circunstancias (Vinyamata, 2005).

El conflicto desde la perspectiva de J. Redorta (2002)

Otro de los autores relevantes es Josep Redorta, abogado, doctor en sociología y experto en gestión de conflictos. Redorta desarrolla el conflicto como el proceso que se

⁷ Sara Cobb es doctora en comunicación (Universidad de Massachussets), directora del Instituto de Análisis y Resolución de Conflictos (Universidad George Mason), directora ejecutiva del Programa de Negociación de la Harvard Law School y rectora asociada del Programa de Desarrollo Humano y Organizacional del Institute Fielding de Santa Bárbara (California). Es el referente teórico del modelo circular-narrativo para la resolución de conflictos. Divulgó su obra a partir de numerosos artículos publicados en revistas especializadas. Uno de los puntos clave de su teoría lo constituye la creencia que la construcción de las narrativas de las partes, en relación al mismo hecho problemático, y su resolución favorecerán la transformación del conflicto puesto que si no se resuelve se mantendrán latentes (Munuera Gómez, 2007).

genera en una situación de incompatibilidad acompañada del deseo de solucionar las discrepancias, con componentes cognitivos y emocionales representando un proceso beneficioso para las partes (Redorta, 2007b). Una importante aportación del autor a la gestión de conflictos, ha sido la elaboración de un instrumento, el '*Conflict Analysis Typology*'® (CAT), orientado a la comprensión de lo que sucede en un conflicto. La sencillez práctica del instrumento permite su uso en mediadores⁸ sin una notable experiencia en la resolución de conflictos, sino que es precisamente con su uso como ésta se va adquiriendo y, como el propio autor menciona, su utilización permite la validación puesto que la escala puede presentar problemas de validez dada la complejidad del propio conflicto y los numerosos factores internos y externos que en él intervienen (Redorta, 2007b).

El conflicto puede comprenderse desde cuatro enfoques que se presentan a continuación en orden cronológico a su desarrollo.

El modelo tradicional-racionalista

El modelo *tradicional-racionalista*, vigente entre los años 1930 y 1940, considera el conflicto como un fenómeno anómalo, destructivo y violento que afecta a personas, grupos y organizaciones. En vista de este planteamiento asociado a violencia y destrucción, se comprende que su resolución comporte la eliminación de las causas, como una comunicación deficiente o la falta de claridad, honradez y confianza, entre otras (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008). En este modelo tradicional y en relación al conflicto social se pretende una sociedad sin conflictos donde la enseñanza es el instrumento para adquirir estrategias de control para evitar o prevenir las situaciones conflictivas (Ortiz, 1999).

El modelo basado en las relaciones humanas

Un segundo enfoque, que se impuso desde finales de los años 40 hasta mediados de los años 70, del siglo pasado, fue el que se basaba en las relaciones humanas que planteaba el conflicto como algo natural e inevitable y que no siempre era negativo sino beneficioso para los grupos y las personas (Robbins, 2009).

El modelo interactivo-interpretativo

El tercer enfoque surgió a mediados de los años 60 del siglo XX y, partiendo del enfoque relacional, lo amplió. Es el denominado modelo *interactivo-interpretativo* en

⁸ En el desarrollo de este trabajo de tesis utilizaré el término “mediador” referido a todo profesional de la mediación, independientemente de su género para no sobrecargar el texto con expresiones como “mediador/a” o “profesionales de la mediación”.

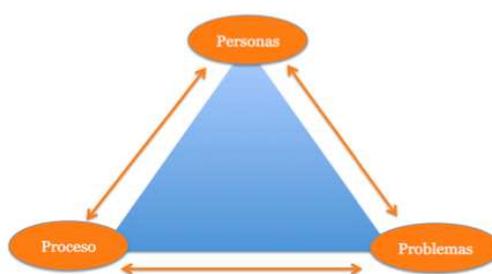
el que el conflicto es provocado por distorsiones en la percepción de las personas y la defectuosa comunicación entre ellas. Considera al conflicto como necesario para el desarrollo de las personas y los grupos por su potencialidad constructiva y su capacidad para transformarse y por lo que debe estimularse en las organizaciones, en grados controlables, para provocar la creatividad, la reflexión, la toma de decisiones, el trabajo en equipo y la predisposición para el cambio (Torres, 1999).

El modelo socio-afectivo

El cuarto enfoque, el *socio-afectivo*, amplía algo más la perspectiva del interpretativo de forma que, en la organización, la estimulación del conflicto se considera imprescindible para fomentar el dinamismo y la creatividad de la organización y es por ello que es necesario para el desarrollo de la organización y de sus miembros. Desde este planteamiento se considera básico la calidad de las relaciones entre los miembros de los grupos (familia, escuela, empresa) y se favorece el afrontamiento del conflicto desde una visión no violenta que se denomina: utilización didáctica del conflicto (Farré Salvá, 2004). Es en el marco de estas últimas corrientes cuando, en los años 70 del siglo XX, bajo el influjo del movimiento en pro de los derechos civiles, aparecen los *Medios Alternativos de Resolución de Conflictos* (MARC) en contextos de convivencia familiar, comunitaria, escolar y empresarial. Los modelos MARC se presentaron en contraposición al abordaje del conflicto con métodos tradicionales, autoritarios y punitivos, de ahí la denominación de alternativos como una tercera vía de resolución. Su principal aportación es la de permitir el abordaje del conflicto desde una perspectiva holística e interdisciplinar y no desde la confrontación (Novel, 2008).

ESQUEMA DEL CONFLICTO

Ante un conflicto y para su mejor comprensión es necesario trazar un esquema o mapa en el que se vislumbren las relaciones entre los tres elementos claves del conflicto: las personas, el proceso y el problema (Lederach, 1986). Este mapa y su uso de forma positiva comporta que se modifiquen los modelos existentes de comprensión y transformación de los conflictos por otros más integradores y transformadores (*Figura 4*).



*Figura 4. Elementos que configuran el conflicto.
Adaptado de Lederach, 1986*

Personas

El primer elemento de la estructura del conflicto son las *personas* que están involucradas y afectadas de forma directa o indirecta por la situación conflictiva. También se las denomina partes o beneficiarios de la mediación. Por otro lado, para poder conocerlas, comprenderlas y establecer de qué forma van a influir en el desarrollo del conflicto, deben determinarse sus actitudes, sus necesidades y percepciones, sus sentimientos y emociones, y su capacidad para ponerse en el lugar del otro (Dapena et al., 2004). Debe señalarse, también, que es importante separar las personas, elementos participantes en el conflicto, del conflicto mismo entendido como aquello que generó la disputa (Suares, 2004).

Relacionados con las personas, los componentes básicos del conflicto que deben valorarse, en tanto que en mayor o menor grado todos van a aparecer en un momento u otro del proceso, son las necesidades, los intereses y las posiciones (Redorta, 2007b). La relación entre los tres componentes se presenta en forma de pirámide (*Figura 5*), a partir de la teoría de Burton y simbolizando un iceberg (Farré Salvá, 2004). Al observar la figura, una de las primeras ideas que aparecen se refiere a que determinados componentes del conflicto son visibles y asequibles al observador. Por el contrario, son numerosos los elementos que se mantienen ocultos o con dificultad para ser visibilizados y que están influyendo, en mayor o menor medida, en su desarrollo (Novel, 2008).

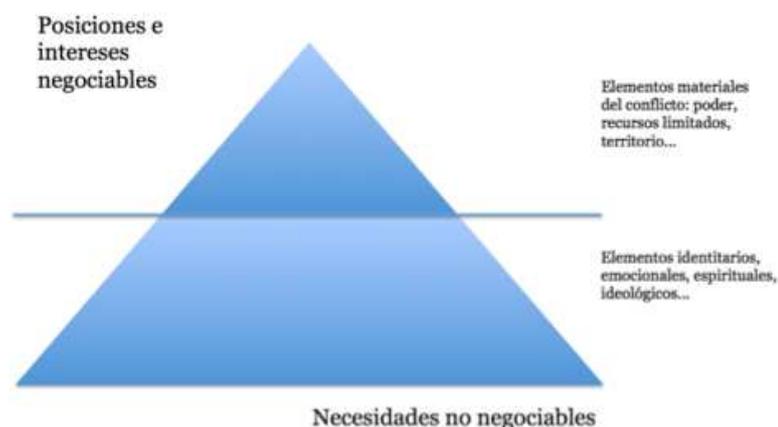


Figura 5. Componentes del conflicto. Adaptado de Farré Salvá, 2004

Tal y como se advierte, en su base se hallan las *necesidades* entendiéndolas como aquello que es imprescindible para la persona, lo sustantivo, lo mínimo para que se sienta satisfecha. Debe considerarse que, ante determinadas situaciones vitales, la persona experimenta miedo por la posibilidad de no lograr lo que desea o de perder

aquello que ya tiene. Del mismo modo la persona siente temor a no poder satisfacer sus necesidades humanas, especialmente las más básicas. Si se parte del supuesto que las necesidades corresponden a aspectos nucleares de la persona, toda situación que pueda amenazar su seguridad e identidad la llevará a reaccionar y actuar en la búsqueda de estrategias y métodos que le permitan reparar esta carencia y si, esta persona, considera que otra está interponiéndose en su satisfacción, puede derivar en un conflicto interpersonal (Vinyamata, 2005). Las necesidades corresponden a elementos principalmente inmateriales (de identidad, emocionales...), que para la persona no son fáciles de verbalizar y que o bien comportan dificultades para llegar a acuerdos o no son negociables, en tanto que se considera importante que se posean (González-Capitel, 2001).

En cuanto a los *intereses*, ubicados en una posición intermedia y por encima de la línea de flotación del iceberg, se refieren a elementos materiales por los que las partes están dispuestas a negociar. Los intereses guardan relación con aquello que la persona desea alcanzar estando en disposición de combatir por ello (González-Capitel, 2001).

Por último, en el vértice se hallan las *posiciones* referidas a la expresión de los intereses y corresponden a la postura inicial de las partes ante la situación conflictiva, la manifestación más explícita, de lo que se quiere (Novel, 2008). Además es necesario añadir que los sentimientos, las creencias y los valores que configuran la posición son frecuentemente los motivos que llevan a una o ambas partes a enrocarse en el conflicto. En la mayoría de situaciones problemáticas las verdaderas causas son la necesidad de las personas de salvaguardar, frente a los demás, su identidad configurada a partir de su propia percepción y de la interacción con su entorno (González-Capitel, 2001).

Los estudiosos del conflicto coinciden en que frente a él las personas pueden adoptar diversos planteamientos comportamentales según su estilo de afrontamiento particular. Según Thomas y Kilmann (Kilmann & Thomas, 1977), en una situación conflictiva el comportamiento y actitud del sujeto podrá representarse en un modelo bidimensional en función de dos ejes. En uno se sitúa el grado de asertividad, definido como la capacidad de la persona para hacer prevalecer sus derechos sin despreciar los de los otros (*Figura 6*). La persona asertiva está implicada en sus propios intereses y busca la forma de llegar a acuerdos en caso de conflicto (Castanyer, 2012). En el otro eje se halla el grado de cooperación, descrito como el interés de la persona con la satisfacción de la otra parte y el mantenimiento de la relación con ella (Lederach, 2000).



Figura 6. Estilos de afrontamiento ante el conflicto.
Adaptado de Thomas & Kilmann, 1977

En los ejes descritos, la actitud y el comportamiento manifestados configuran cinco tipos de afrontamiento a los conflictos:

“Competición”. Se busca dominar el conflicto y la relación en beneficio propio, hacer prevalecer los propios objetivos y mostrar nulo o escaso interés por el otro sin importar cómo continuará la relación entre los protagonistas. El hecho de “competir” busca el beneficio individual completo que puede lograrse a través del uso de la autoridad, agresión, manipulación o desestimando los deseos del otro (Amezcu, 2012; García Vívar, 2006; Lederach, 2000; Novel, 2010).

“Acomodación”. Consiste en no exponer los intereses propios para, entre otras causas, no enemistarse con la otra parte. En este sentido, Leyva (2008) plantea en su trabajo sobre silencio organizacional⁹ que en él intervienen cuestiones relacionadas con el abuso de poder en el que, por un lado, los gestores con su actitud estimulan la no participación de sus profesionales, y por otro, estos últimos consideran que con el silencio pueden obtener mayores beneficios o menos perjuicios que exponiendo claramente su opinión (Leyva-Moral, 2008). Cabe señalar que este fenómeno colectivo de silenciar los problemas relevantes de la organización de salud puede representar una amenaza a la seguridad de los pacientes (Henriksen & Dayton, 2006). Las personas que funcionan según este estilo se sienten molestas consigo mismas ante el conflicto. Su comportamiento está anclado en la creencia que disputar va a comprometer las relaciones con el otro, por lo que optan por ceder y mantener la unión a pesar del discomfort. En ocasiones, la acomodación puede revelarse como adecuada para prevenir

⁹ El autor define el *silencio organizacional* como la negativa de los trabajadores a comunicar sus opiniones o preocupaciones sobre los problemas presentes en la organización, siendo las principales causas del silencio: el temor, la desvinculación y la cooperación entre compañeros para que no se evidencien deficiencias o crisis.

nuevos conflictos o para no perjudicar a otras personas (Farré Salvá, 2004; García Vivar, 2006; Lederach, 2000; Leyva-Moral, 2008; Novel, 2010).

“Evitación”. En esta posición, las partes reconocen el conflicto pero ninguna de las dos desea enfrentarse a él, pretenden evitar el conflicto manifiesto y desean su finalización “espontánea”. La relación entre los protagonistas es impersonal, sin puntos en común, y al no hablar del problema pueden desconocer que les sucede a los demás sin la posibilidad que se ponga de manifiesto el problema, con lo que se instaura el desconcierto que en ningún momento ayuda a encontrar estrategias adecuadas de resolución. La actitud evitadora puede ayudar a disolver el conflicto si se mantiene una actitud respetuosa con la posición y los intereses del otro en tanto que la escalada del conflicto disminuirá de intensidad y, de acuerdo con García-Vivar (2006), la reacción a la situación problemática puede posponerse hasta que se recoja más información y el problema se haya analizado, entonces se aumentará la disposición para manejar el conflicto (Cornelius & Faire, 2005; García Vivar, 2006; Leyva-Moral, 2008; Novel, 2008).

“Compromiso”. Corresponde al punto central entre las dos dimensiones. En esta posición hay un nivel medio de implicación con los intereses y también con la relación siendo el poder de las partes uniforme. Los protagonistas suelen darse por satisfechos y consideran justo que se llegue a un acuerdo donde los beneficios para ambos sean equitativos, cada parte gana y, a la vez, también cede (Cornelius & Faire, 2005; García Vivar, 2006; Lederach, 2000; Novel, 2010).

“Colaboración”. En este enfoque, se da el deseo de ganar en los intereses y mantener la relación. En él se estimula la identificación de espacios para el acuerdo y la búsqueda de una solución que incorpore los intereses y las necesidades de ambas partes. Desde la perspectiva psicoemocional, se valora como el estilo de afrontamiento más ambicioso puesto que comporta una importante inversión personal en energía para alcanzar posiciones donde ambos ganan. Debe tenerse en cuenta que esta posición no es habitual en las relaciones interpersonales ya que la mayoría de seres humanos, fruto de su educación, están convencidos que para que uno gane forzosamente otro ha de perder (Farré Salvá, 2004). Por el contrario desde la transformación positiva del conflicto se promueve que la resolución se realice desde planteamientos en los que los dos ganen y que las personas conozcan que la resolución girará en torno a ello (Cornelius & Faire, 2005; García Vivar, 2006; Lederach, 2000).

Cada persona, ante un conflicto, adopta una o más posiciones e incluso según el contexto alguna puede ser más apropiada que otra (Farré Salvá, 2004). A pesar de ello, dentro de la cultura de la paz es preciso que se favorezca un estilo de colaboración basado en el compromiso y se recomienda que este estilo se aprenda y practique con frecuencia (Lederach, 2000).

Proceso

El *proceso* se refiere a la forma como se desarrolla el conflicto, es decir su historia, y no simplemente un acontecimiento puntual, sino que se desarrolla a lo largo del tiempo. Además incluye la manera como se sienten los protagonistas y como se toman las decisiones para gestionarlo. Cabe añadir que hay dos aspectos fundamentales que no pueden obviarse en tanto que si no se modifican será más difícil y costoso transformar el conflicto. Por una parte, el tiempo transcurrido desde su inicio, puesto que su comprensión y gestión se complica al enquistarse, añadiéndose elementos poco relevantes pero de costosa discriminación donde, incluso las partes, puedan no tener claro que fue lo que lo desencadenó. Por otro lado, la intensidad que tiene actualmente, si es muy alta, las partes pueden presentar dificultades para escucharse y malinterpretarse todas las aportaciones de la otra parte (Lederach, 2000). Por todo ello y en aras del menor coste material y afectivo en los protagonistas, es clave que se determine en qué fase se encuentra el conflicto para aplicar unas u otras intervenciones de resolución. La intervención en un conflicto puede no ser efectiva si las estrategias de transformación no son adecuadas a su momento evolutivo (Muñoz-Hernan & Ramos-Perez, 2010).

Cuando el conflicto, de una forma más o menos clara, empieza a manifestarse y no se han utilizado estrategias adecuadas de gestión, va a generarse un proceso dinámico denominado de escalada y desescalada que seguirá las fases que se describen a continuación (Novel, 2010).

1. Escalada.

La dinámica conflictual se produce de una forma gradual y ordenada. Este proceso está mediatizado por las frustraciones, las polarizaciones, las malas percepciones y la incomunicación que se da en las personas y en su interrelación. En cuanto a las personas en conflicto, ellas mismas se consideran en el punto correcto otorgando a los otros protagonistas la consideración de intransigentes y que impiden la resolución de la situación. Durante la escalada cada parte intenta que a) sus razones y posiciones prevalezcan perdiendo empatía hacia el otro, b) se buscan los beneficios propios por lo

que disminuye o desaparece la posibilidad de cooperación, c) predisposición a no alterar la visión que se tiene del otro produciendo una imposibilidad de valorarlo como “capaz de ofrecer soluciones”, y d) se actúa según la expectativa formada y con dificultad para modificarla (Choliz Montañés, 2004; González-Capitel, 2001).

Según la propuesta de Ury (2000) previamente a la escalada, se dan divergencias entre las partes, diferencias de criterios, pero aún no se percibe el conflicto. El autor lo denomina período de latencia y considera que es el momento idóneo para la prevención.

Debe indicarse que pueden producirse dificultades para la resolución del conflicto si se dan nuevos elementos como (Dominguez Bilbao & Garcia Dauder, 2003):

- La incorporación progresiva de problemas y personas implicadas
- La aparición de críticas personales entre las partes, siendo éste el indicador de que se ha identificado el problema con la persona
- La disminución de motivaciones para su resolución que deja paso al afán de dominar al otro.

2. Estancamiento.

En esta segunda fase, el conflicto no sigue agravándose por falta de recursos económicos o estrategias de las partes, entre otros factores. Se manifiesta por la disminución de las discusiones tanto en número como en intensidad y se instala un sentimiento de frustración y fracaso en los implicados. La aparente “resolución del conflicto” es ficticia puesto que no han desaparecido el deseo de ganar ni la intención de ceder en los intereses pero se incrementa la idea de que no se va a poder conseguir el objetivo. En esta fase denominada también *impasse*, las partes abandonan la discusión pero no el deseo de ganar al otro. Siguiendo con la propuesta de Ury (2000), el conflicto debe contenerse para que no se convierta en destructivo y provoque el deterioro de las capacidades y relaciones entre las personas. En esta fase del proceso, es un buen momento para proponer a las partes la intervención de un tercero neutral (Lederach, 2000; Novel, 2008; Redorta, 2007b).

3. Desescalada.

Es en esta fase cuando el problema puede abordarse en tanto que las partes comprenden que están y tienen un conflicto y acceden a entenderse. Sin embargo debe gestionarse con cuidado para que las personas no vuelvan a cerrarse si consideran que muestran signos de debilidad y que el otro, captándolo, pueda crecerse y lastimarlas.

Incidir en el hecho que resulta complicado una resolución espontánea del conflicto si el conflicto se ha dejado escalar sin que haya habido una intervención externa neutral en algún momento del proceso. La etapa de desescalada puede no alcanzarse y el conflicto quedar latente si no se ha gestionado eficazmente, por lo que cualquier contratiempo puede reavivar la problemática anterior o desencadenar un nuevo conflicto (Dominguez Bilbao & Garcia Dauder, 2003; Lederach, 2000; Novel, 2008). Para que la desescalada se produzca, Vinyamata considera que a) debe disminuir la tensión entre las partes y si es necesario, previamente, las partes pueden recibir ayuda psicológica, b) establecer con la máxima claridad las necesidades y los problemas para favorecer una comunicación efectiva entre las partes que permita la expresión de sus preocupaciones, intereses, miedos y posiciones, y c) reconstruir conjuntamente la relación entre las personas ya que es la mejor forma para transformar el conflicto (Vinyamata, 1999).

Problema

El problema es la discrepancia entre los protagonistas, el acontecimiento o hecho que ha motivado el desacuerdo. Para la gestión del problema es imprescindible que se determinen los intereses profundos que separan a las partes, así como sus necesidades y los valores que comparten (Redorta, 2007a; Vinyamata, 2005).

Lederach propone una clasificación de los conflictos basada en los factores pueden que propiciar su aparición (Lederach, 2000):

- a. *Factores culturales*, referidos a relaciones interpersonales y experiencias de vida que inciden en la manera de pensar, sentir y actuar de la persona. Entre estos factores se incluyen los mitos, los símbolos, los valores y las ideas que condicionan las relaciones en tanto que constituyen un importante elemento identitario. En ocasiones la cultura apoya, junto con una actitud competitiva, un pensamiento polarizado del tipo “*si yo estoy en lo cierto, tú estás equivocado*” que puede favorecer la aparición del conflicto. Del mismo modo pueden darse si, por diferencias en el estatus, se originan abusos de poder (Chapi Mori, 2012).
- b. *Factores estructurales* referidos, según Lederach (2000), a los elementos que son intrínsecos al conflicto como las expectativas, las metas, el contexto, las partes, las relaciones interpersonales, las percepciones, el desencadenante, la evolución y la complejidad del conflicto. Desde otra perspectiva, en esta categoría deben incluirse aquellos elementos que, en la sociedad, perpetúan las desigualdades y la explotación como la falta de información, el acceso difícil acceso a la educación, a la sanidad, las diferencias de oportunidades entre hombres y mujeres, entre otros (Gledhill, 2008).

- c. *Factores de comportamiento* o conducta visible que son debidos a la percepción amenazante de las diferencias, escasas habilidades comunicativas y alta reactividad emocional que pueden modificar el conocimiento que la persona posee de cómo se satisfacen o respetan los factores culturales o como se mantienen o modifican los factores estructurales que afectan a las partes (Orue & Calvete, 2012).

En párrafos anteriores se apuntó que una de las aportaciones de Moore fue la clasificación de los conflictos en 5 dimensiones o tipos: conflictos de valores, estructurales, de intereses, de relaciones personales y de información, que ejemplificó con la “Esfera del conflicto” (*Figura 7*) donde relacionó las causas que los originan con sus intervenciones de modificación correspondientes (Moore, 1995):

- a. *Conflictos de valores*. Los corresponden a sistemas de creencias que se construyen para dar sentido a la vida, y que hacen referencia a creencias culturales, sociales o religiosas que se respetan puesto que definen a las personas y las guían en la toma de decisiones. Las disputas de valores se dan principalmente cuando se intenta imponer a un grupo unos valores que le son nuevos y que no se van a respetar los que el grupo posee al no tolerarse la diversidad de opiniones y creencias. El conflicto de valores son de los más frecuentes ya que aparecen cuando se compromete la identidad personal y valores esenciales como la autonomía para tomar decisiones sin limitaciones (Armadans, Aneas, Soria, & Bosch, 2009; Moore, 1995; Redorta, 2007a). Las intervenciones para la modificación del conflicto de valores, propuestas por Moore, tienen como finalidad centrarse en el valor que se halla en cuestión y que se llegue a un punto de encuentro donde se respeten esos valores sin que implique que prevalezcan unos sobre otros.
- b. *Conflictos estructurales* referidos a los “conflictos sociales”. Son producidos por la desigualdad de recursos físicos en cuanto al control, la propiedad o la distribución de la riqueza, desigualdad en el poder o la autoridad, condicionantes geográficos que impiden la cooperación, limitaciones o exceso de tiempo, estructura de la organización o falta de roles bien definidos. De este modo, puede afirmarse que este tipo de conflictos se dan en situaciones de escasez (Moore, 1995; Redorta, 2007a; Vinyamata, 2009). La finalidad de intervenir en los conflictos estructurales comporta que se sustituyan los comportamientos destructivos de manera que las partes salgan lo menor dañadas posibles con la máxima limitación de las presiones externas.

- c. *Conflictos de intereses*, aquellos en los que el conflicto se genera por el encuentro entre necesidades inconciliables o apreciadas como tal. En su desarrollo intervienen tres tipos de elementos a) materiales (recursos físicos, dinero, tiempo...), b) de proceso (la manera como la divergencia debe resolverse), o c) psicológicos (percepción de confianza en los otros, deseo de participación y colaboración, respeto por los otros y sus opiniones, comunicación escasa...), por lo que se considera que este tipo de conflictos están íntimamente vinculados con los conflictos de poder. Diversos autores sostienen que, por la vía del acuerdo y la negociación, estos conflictos se gestionan con mayor facilidad que otros (Lederach, 2010; Moore, 1995; Redorta, 2007a; Vinyamata, 1999). En este caso, la intervención debe centrarse en las necesidades que permitan aumentar las posibilidades de resolución con propuestas integradoras y creativas.
- d. *Conflictos de relaciones personales* provocados por intensas emociones (incredulidad, ira, melancolía, tristeza...), estereotipos, errores en la comunicación y el comportamiento negativo repetitivo que al focalizar la atención exclusivamente en la disputa, las personas no pueden mantener una conversación racional. Ello impide la comprensión amplia de la situación y sale a la superficie la desconfianza recíproca y la falta de sintonía. Al inicio del proceso conflictivo deben detectarse los componentes e identificar emociones como la ira y la depresión ya que cuando se dan aparecen dificultades para razonar y tomar decisiones haciendo ineficaz la intervención de resolución (Armadans et al., 2009; Coser, 1961; Moore, 1995; Redorta, 2007a). En el área de las relaciones interpersonales las intervenciones incluirán la estimulación de la expresión no destructiva de las emociones con el reconocimiento del derecho que la persona tiene a ello para que no influyan negativamente en el proceso resolutivo.
- e. *Conflictos de información*. Inicialmente Moore (1995) lo definió como un conflicto de “datos” referido principalmente a la información insuficiente, errónea o discrepante que poseen las partes. El núcleo de estos conflictos está en a) los errores del significado, por exceso, defecto o pertinencia, y b) diferentes puntos de vista entre las partes o interpretaciones contrapuestas de lo que es relevante en la comunicación y que dificulta la adecuada toma de decisiones (Redorta, 2007a; Vinyamata, 2005). Para el abordaje de los conflictos de datos se consensuará la información relevante y los criterios para evaluarla para que las partes conozcan el punto de partida



Figura 7. Intervenciones según tipos de conflicto. Adaptado de Moore, 1995

INTERVENCIÓN EN CONFLICTOS

La Conflictología o Resolución de Conflictos es definida y elaborada por Vinaymata (2005) que la concibe como técnicas y sistemas para la prevención e intervención de conflictos en cualquier ámbito, desde el personal y laboral al internacional. Además el autor incluye elementos clave como la reconciliación y la reparación. Para Vinyamata (2009) la conflictología es una ciencia que posee unos métodos específicos de análisis que provienen de diversas disciplinas y permiten la comprensión holística de los conflictos sea cual sea su ámbito de desarrollo y su intensidad (personales, familiares, laborales, sociales, políticos, criminales, internacionales y armados). Por otra parte, el mismo autor expone que la conflictología posibilita el desarrollo de formas de relación que no se basen en posiciones violentas de las partes y que en su forma de pensar y actuar incorporen planteamientos de búsqueda de la paz (Vinyamata, 2009).

Para Suares (2004) el término “resolución de conflictos” puede llevar a engaño en tanto que puede significar resolverlo o eliminarlo. Sin embargo, si se considera que posee una dimensión positiva, el conflicto no debe ser suprimido sino que ha transformarse y convertirse en un instrumento de cambio y crecimiento.

Lederach (2010), fruto de su experiencia y de acuerdo con planteamientos de Suares, se identifica con el término “Transformación de conflictos” ya que considera que va más allá de la resolución del problema al incorporar la actuación proactiva de las partes para generar un cambio constructivo. El mismo autor incide en que la transformación da claridad al objetivo de alcanzar la restauración de relaciones sanas porque para ello

se precisan cambios profundos en las formas de interactuar de las personas. Por lo que, con la transformación se pretende que sean las partes, las que a través de la cooperación, puedan llegar por sí solas a gestionar y modificar satisfactoriamente el conflicto (Vinyamata, 2005). Otros autores, siguiendo a Lederach, consideran que la transformación de conflictos va más allá de la aplicación de métodos específicos al entenderla como una forma de mirar y ver, observar y comprender el conflicto. Añaden que al incluir como elemento clave el reconocimiento de las partes, les proporciona el poder necesario para que puedan, autónomamente, tomar sus decisiones (París Albert, 2005).

Redorta (2007a) apoya que la intervención en conflictos no es sencilla ya que no basta con buscar relaciones lineales ante un problema complicado cargado de elementos que no se interrelacionan uniformemente a lo largo del proceso, sino que van variando de acuerdo a factores internos y externos de la persona. De este modo, la terminología más acorde al pensamiento actual es la de “transformación”. Debe también añadirse que numerosos desarrollos teóricos actuales incorporan el término “resolución” pero intrínsecamente están planteando un enfoque transformativo (Lederach, 2010).

Estrategias y técnicas de transformación del conflicto.

Son numerosos los autores que proponen la incorporación de la prevención como estrategia para evitar, contrarrestar o minimizar los efectos destructivos que el conflicto pueda ocasionar, incorporando estrategias favorecedoras del diálogo y puntos de encuentro entre las partes. Además, inciden en que se eliminen al máximo las condiciones personales y sociales que sean favorecedoras de situaciones en las que se alimente la violencia. Debe destacarse que la prevención ha de incluir a toda la sociedad implicando a sus miembros y estructuras para que se implementen compromisos sociales y políticos con la finalidad de modificar las situaciones conflictivas (Fisas Armengol, 1998; Pastor Pérez et al., 2005; Vinyamata, 1999).

Entre las estrategias que se plantean para la prevención de conflictos se encuentra la *formación* tanto a nivel de las personas para su desarrollo y crecimiento como de las organizaciones. En el plano individual, uno de sus objetivos principales de la educación es formar personas que sean capaces de resolver sus problemas cotidianos y afrontar las situaciones que la propia vida y la sociedad plantea convirtiéndolas en sujetos capaces de tomar responsablemente sus decisiones. Además con la educación se adquieren capacidades para desarrollarse como persona, aprendiendo a vivir y convivir con otras personas (Zabalza Beraza, 2001). En cuanto al desarrollo de las

organizaciones, cobra especial importancia la “Formación continuada” que tiene como objetivo principal mantener a los profesionales de una organización capacitados para el desempeño laboral y posibilitarlos para que a) asuman los valores operativos de la organización y b) se garantice la calidad de sus “productos” (López Rodrigo, 2012). De este modo, a la formación se la considera una herramienta estratégica de la organización que si a) se diseña de acorde a los requisitos y necesidades tanto de la institución como de sus miembros, b) se ejecuta con los recursos materiales y humanos adecuados y c) se realiza el seguimiento y la evaluación de todo el proceso incluyendo la transferencia al entorno laboral y la relación coste-beneficio, se transforma en elemento esencial para el éxito de la institución y factor de excelencia empresarial (Pineda Herrero, Belvis Pons, Duran-Belloch, & Úcar Martínez, 2012).

Las estrategias y técnicas que se proponen para la prevención de conflictos y para su modificación deben diseñarse contemplando el nivel individual, el colectivo y las organizaciones (Acland, 1993; González Consuegra, 2010; Novel, 2010; Robbins, 2009). De este modo, en el plano personal puede implementarse actividades para:

- *Gestionar las emociones* de tal forma que se alcance un estado anímico que favorezca la comprensión de la situación y la búsqueda y selección de estrategias.
- *Escribir una narrativa o diario* donde se plasmen, de forma positiva y constructiva, aquellos aspectos de la situación que la persona considere relevantes, que estimulen la reflexión y amplie sus perspectivas.
- *Buscar otras formas de actuar*. A menudo las personas tienen dificultades para modificar situaciones porque se focalizan, una y otra vez, en las mismas intervenciones sin que se produzcan cambios.
- *Realizar proyectos “terapéuticos”*. Se denominan terapéuticos porque los beneficios se obtienen en su planificación y en el posible cambio de entorno más que en el producto final terminado.
- *Cuidar la salud* con la finalidad de recuperar la armonía y la homeostasis que se ha perdido durante el conflicto.

Por otro lado, en el plano organizacional pueden plantearse actividades para:

- *Compartir los problemas y ayudar en los de los otros*. Compartir comporta dos tipos de beneficios a) el hecho de que la persona puede darse cuenta de que no es la única que ha pasado por estas situaciones, y b) exteriorizar la situación puede generar su re-valoración desde otra perspectiva, por el hecho de “escucharla” y no sólo estar imbuida en ella. En el caso de ayudar a otros, la finalidad es “olvidarse de

uno mismo” y desarrollar una actividad desinteresada y altruista (Morrison Valfre, 1999).

- *Elaborar un “mapa”*. Referido al proceso de plasmar todos los elementos y circunstancias del conflicto, según la persona, de tal forma que su reflexión posibilite la perspectiva global del problema y el establecimiento de estrategias. A este proceso cognitivo se le denomina “cartografía del conflicto” (Vinyamata, 2005).
- *Juegos de rol*. Los juegos de rol o *rolplay* son muy útiles para que la persona se comporte de manera distinta a como lo hace habitualmente como consecuencia del conflicto. La persona a partir de desarrollar determinados roles asignados por un tercero neutral estará en disposición de darse cuenta que puede haber otras formas de actuar favoreciéndose la capacidad de empatizar con el otro (Martínez-Riera, Sanjuán-Quiles, Luis-Cibanal, & Pérez-Mora, 2011).
- *Trabajar la comunicación* centrándola en escuchar más que en hablar. Los patrones habituales de comunicación suelen centrarse en que cada parte narra su historia sin escuchar la historia del otro, con lo cual se dificulta la comprensión de los intereses y las preocupaciones del otro, limitándose la posibilidad de llegar al acuerdo (Aseguinolaza & Tazón, 2000).

Desde la intervención del conflicto se proponen como estrategias de modificación, entre otras, la negociación y la mediación, con la intención de modificar condiciones y circunstancias concomitantes para que se produzca un cambio en los planteamientos de la situación conflictiva y se modifiquen los estados de ánimo y las emociones para llegar a soluciones pacíficas (Vinyamata, 2005).

- a) La negociación es un proceso de interacción y comunicación entre personas en el que se protegen unos intereses concretos que son considerados como inconciliables. Aquí son siempre las personas las que han de llegar a un acuerdo, aunque alguna de ellas represente a otros. De este modo, al no intervenir un tercero externo se considera un proceso privado y con la máxima responsabilidad y autonomía de las partes para llegar al acuerdo. Este proceso de intervención favorece la consecución del consenso siguiendo estos principios (Fisas Armengol, 2005; Novel, 2008):
- . Separar a las personas del problema, referido a lo que hace no a lo que es
 - . Trabajar las necesidades y los intereses en vez de las posiciones
 - . Buscar opciones para el mutuo acuerdo
 - . El resultado debe sustentarse en criterios de legitimidad
 - . Creación de vínculos de confianza para asegurar el éxito presente y futuro de las negociaciones
 - . Las partes tienen total control sobre el resultado y el proceso de negociación.

- b) La mediación es un proceso voluntario de resolución alternativa de conflictos, para el cual es imprescindible que esté asistido por un intermediario, persona u organización, tercero neutral, que favorece que los protagonistas analicen el conflicto y trabajen colaborativamente para hallar la mejor forma de resolverlo superando sus diferencias. El mediador no es un juez sino que, en palabras de Novel, es un “planificador creativo” que guía el proceso pero son las partes las que gestionan sus desigualdades y consensuan los compromisos (Fisas Armengol, 2005; Novel, 2008)

CONSIDERACIONES FINALES

El conflicto, en cuanto a su conceptualización y según las aportaciones presentadas por los diversos autores, comprende un conjunto de fenómenos o expresiones que tienen lugar en el contexto de las relaciones interpersonales siendo consustancial a ellas y en todos sus niveles, intrapsíquico, interpersonal, intragrupal e intergrupalo. Asimismo, en relación a las partes, los puntos clave que lo configuran se refieren a) a la idea de que entre ambas lo co-construyen, b) la consideración de ser un proceso interactivo entre ellas, c) la carga implícita de significado que cada parte aporta y d) el ámbito donde interactúan. Además si la persona, como una de las partes, siente amenazadas sus necesidades porque no están siendo respetadas o bien porque no son atendidas adecuadamente, se desestabiliza y debe movilizar sus recursos y habilidades para alcanzar nuevamente su equilibrio. Si se da el caso que la comunicación y la relación pacífica no permiten que la persona alcance la homeostasis, ésta va a utilizar como mecanismo de protección estrategias más combativas para manejar la situación pudiéndose generar un conflicto que, en relación a la gestión negociada, comportará más recursos humanos y materiales.

Otro de los aspectos que se ha modificado en cuanto a la manera de conceptualizar el conflicto, es la consideración de “beneficioso” que se le otorga y que ha significado un cambio sustancial en la manera de entenderlo y gestionarlo y ha pasado de ser un acontecimiento que debía ser evitado y combatido a tener características de elemento transformador, tanto de las personas y las organizaciones como de la sociedad. Además, si se considera que el conflicto a través de las actitudes y comportamientos de las partes implicadas se constituye como una relación social no puede valorarse, per se, como negativo –aunque pueda llegar a serlo- sino que debe aceptarse como un acontecimiento que está siempre presente en las relaciones y que por su función renovadora, permite que la persona y los grupos prosperen, mejoren y obtengan beneficios de la situación conflictiva.

En relación a los factores predisponentes capaces de desencadenar conflictos, deben destacarse los estructurales, aquellos que se refieren a la “sociedad”, en tanto que en la interacción entre sus miembros, pueden percibirse situaciones de desigualdad frente a las estructuras de poder y en circunstancias sociales de crisis económica donde están en juego los valores, la equidad, la justicia y el poder generándose importantes desavenencias y conflictos tanto en y entre pequeños y grandes núcleos sociales. En estas situaciones el componente relacional de los conflictos no suele ser una causa determinante en su desarrollo, pero a medida que el conflicto progresa las relaciones interpersonales se van deteriorando y se propicia la escalada progresiva y destructiva del conflicto. Por ello, para un adecuado abordaje del conflicto, es necesario realizar un diagnóstico en sus momentos iniciales para prevenir o abordar la instauración de dinámicas destructivas para las partes. Además en este proceso diagnóstico es esencial que se separen, los hechos de las personas, y que las partes lo reconozcan en el sentido de que la persona hace pero no es. Si se tiene en cuenta, que una persona puede usar uno o varios estilos de afrontamiento dependiendo del tipo de conflicto y del contexto en que éste se dé, debe separarse a la persona de la “posición” evitando referirse a “es una persona competitiva” para transformarlo en “se ha comportado de forma competitiva”. Por otro lado, debe resaltarse que la modificación del conflicto cuando se ha producido de un modo colaborativo entre las partes y se han alcanzado acuerdos satisfactorios para ambas, resulta muy beneficioso para todos los involucrados ya que comporta que se realicen aprendizajes muy valiosos de uno mismo y del entorno.

A partir de lo expuesto, puede incidirse en que una vida sin conflictos comportaría la existencia de un pensamiento y comportamiento únicos, lo cual es totalmente imposible en tanto que, incluso en sociedades cerradas en las que se sigue sin cuestionarse manifiestamente al líder, existe la posibilidad de plantearse la discrepancia. Por lo que se refuerza el posicionamiento de que el conflicto se considere un proceso natural, inherente a las relaciones humanas, y necesario para el crecimiento de los seres humanos, que debe ser comprendido desde un enfoque creativo.

Para ir finalizando y en relación a la intervención del conflicto, debe aclararse que los términos resolución, gestión o transformación, en los que se posicionan los autores, divergen en sus conceptualizaciones pero también comparten significados. Así la “resolución” enfatiza los aspectos negativos del conflicto y de ahí la consideración de que debe eliminarse. Por otro lado el término ‘gestión’ es también incompleto en tanto que no puede esperarse que un conflicto responda a parámetros estables que sólo se hallan en la naturaleza, sino que al implicar relaciones entre seres humanos pueden ser

numerosas las situaciones en las que el patrón no encaje. Finalmente la idea de ‘transformación’ se contextualiza como la potencialidad del conflicto para construir y reconstruir las situaciones humanas convirtiéndolas en oportunidades positivas.

Y por último, mencionar que como autora de este trabajo estoy de acuerdo con la idea de “transformación” para la intervención en conflicto por considerar que integra de una forma holística todos sus componentes. A pesar de ello y para no sobrecargar el texto con la misma palabra (transformación) y teniendo en cuenta que actualmente los autores que se han posicionado en los términos resolución o gestión también incluyen de manera más o menos explícita matices de transformación, cuando no se modifique la comprensión de la narración, se utilizarán los tres términos como sinónimos.

LA MEDIACIÓN Y LOS MEDIADORES

La mediación se presenta como una opción a los métodos tradicionales de gestión de conflictos como son el juicio, el arbitraje y la conciliación, conceptualizados como formas no negociadas de intervención que se articulan por vía judicial, en las que un tercero con autoridad es el que resuelve la situación conflictiva, con poca o nula intervención de las partes en la decisión final (Suarez, 2004).

En la *figura 8* se representan los distintos métodos de gestión de conflictos según el protagonismo las partes, partiendo de los menos intervencionistas en la base hasta llegar a los que la intervención de un tercero con autoridad será el determinante de la resolución del conflicto sin que intervengan los implicados (Novel, 2010).



Figura 8. Métodos de gestión de conflictos según el poder de las partes. Fuente: Novel, 2010

Profundizando en los métodos de gestión de conflictos y en aras de una mejor comprensión del tema, Moore (1995) propone la organización de diferentes estrategias para su resolución que varían en función de la formalidad del proceso, su perspectiva pública o privada, las personas implicadas y el nivel de coacción de las partes o sobre ellas. En la parte superior de la figura (Figura 9) se hallan las estrategias privadas e informales que implican sólo a las partes y en la inferior se encuentran la coacción como forma de someter a una parte y la violencia como instrumento de resolución mediante la fuerza.



Figura 9. Métodos de gestión de conflictos según la intervención de terceras partes. Adaptado de Moore, 1995

Al analizar el esquema anterior, se observa que de entre las estrategias formales para la resolución de conflictos, aquellas en las que el acuerdo lo consiguen directamente las partes sin la intervención de una tercera persona con autoridad, se encuentran la negociación y la mediación. Ambas estrategias otorgan todo el protagonismo a los participantes en lo referente a la co-decisión de la resolución de su situación problemática (González-Capitel, 2001).

Tal como se apuntaba en el apartado del conflicto, ambos métodos tienen puntos en común y divergencias que se exponen a continuación en forma de tabla a partir de los desarrollos de Moore (1995) y Novel (2008) (Tabla 1)

NEGOCIACIÓN	MEDIACIÓN
. Modo específico de “conversación”	. Experiencia de aprendizaje
. Sin una tercera parte	. Incorpora un tercero neutral que guía el proceso
. Proceso privado y voluntario	. Proceso privado y voluntario
. Máxima posibilidad de las partes para la elección de la solución adecuada	. Máxima capacidad para gestionar sus diferencias y consensuar un acuerdo
. Dificultades para llevarla a cabo si se da un alto componente emocional en y entre las partes	. La presencia de un alto componente emocional es gestionado por el mediador para disminuir sus efectos negativos
. Posiciones de ganar-ganar (en la negociación colaborativa)	. Posiciones de ganar-ganar (en todo el proceso)

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre negociación y mediación. Elaboración propia

La mediación, en el marco de la construcción de la Cultura de la paz, se incluye en los denominados Medios Alternativos de Resolución de Conflictos (MARC) en contraposición a los métodos tradicionales, autoritarios y punitivos de la intervención del conflicto (Farré Salvá, 2004). Los MARC, según el autor que se consulte, también pueden denominarse GAC (Gestión Alternativa del Conflicto) o RAC (Resolución Alternativa de Conflictos). Es importante no confundir la mediación con el asesoramiento ya sea jurídico, realizado habitualmente por abogados o profesionales de la judicatura, o psicológico, propio de profesionales de la salud mental como enfermeras especialistas o psicólogos. En este último caso parece obvio que puedan diferenciarse puesto que la mediación no aborda problemas intrapsíquicos sino interpersonales (Dapena et al., 2004). Con la creación de los MARC se configuró un cuerpo de conocimientos transdisciplinar e integrador, académico y profesional que comprendía métodos y estrategias para la prevención, la gestión y la transformación de conflictos por la vía pacífica (Redorta, 2007a). La aportación de los MARC radica en que permite incidir en el conflicto desde un nuevo posicionamiento que incluya a todos los profesionales implicados, sin recurrir a la lucha (Novel, 2008).

En el proceso de mediación intervienen uno o más mediadores sin autoridad para decidir en la resolución del conflicto por lo que la decisión que alcancen las partes será construida por ellos y no por el mediador. Por consiguiente la mediación, mediante un proceso creativo, evidencia un abanico de posibles soluciones más amplio que el que los participantes son capaces de apreciar desde sus posiciones preliminares, estimulando su capacidad de negociación a partir de sus intereses y necesidades (Pastor Seller, 2013). Por todo ello, la mediación se fundamenta en el diálogo entre los participantes que, con el acompañamiento del mediador, pueden expresar y compartir sus

argumentos, necesidades y expectativas para que, por sí mismos, puedan alcanzar voluntariamente una solución parcial o total al conflicto donde ambas partes se sientan ganadoras (Farré Salvá & Gutiérrez, 2004; Pastor Seller, 2013). Con el diálogo y el poder de las partes se pretende eliminar las intervenciones punitivas favoreciéndose la comunicación libre y respetuosa entre los implicados puesto que en ella se articulan las relaciones humanas (Lederach, 2010). Para que se produzca transformación ambas partes deben estar dispuestas a reunirse y poner sobre la mesa sus planteamientos y, con el apoyo del mediador, aceptado plenamente por ellos, coordinar sus movimientos y ser más eficaces en la búsqueda de acuerdos (Moore, 1995).

FUNDAMENTOS DE LA MEDIACIÓN

La mediación como estrategia para la resolución de conflictos se sustenta en dos pilares claves: el poder y la confianza (Redorta, 2009b) (*Figura 10*).

La relación de *poder* que se establece entre un tercero con autoridad y las partes es asimétrica en tanto que, esta figura con potestad para imponer su decisión unido a la amenaza de una sanción si las partes rechazan esta medida, ejerce coerción sobre ellas (Weber, 2002). Sin embargo, la relación de poder entre las partes y el mediador no se asienta en la dominación de uno hacia los otros sino que se constituye a partir de dos dimensiones:

- a) Empoderamiento considerado como un proceso de desarrollo de la persona en el que intervienen elementos cognitivos, afectivos y conductuales que conlleva que la persona reconozca que posee aptitudes y actitudes que no le eran conscientes y que la va a llevar a confiar en sus valores y posibilidades (Silva & Martínez, 2004). Por ello se favorece que recupere su responsabilidad, tome sus propias decisiones y alcance acuerdos desde posiciones de poder similares a la otra parte en litigio (París Albert, 2005; Pastor Seller, 2013). El empoderamiento se considera punto fundamental para la sostenibilidad de los acuerdos (Novel, 2008).
- b) Imparcialidad hacia las partes que debe darse y asegurarse en todo el proceso de mediación. Este principio procede de la obligación del mediador de garantizar el equilibrio y el derecho de las partes a la igualdad en todo el proceso, siendo tratadas con objetividad, evitando que se den actuaciones de trato de favor hacia unos en detrimento de los otros. Unido a la imparcialidad debe darse la neutralidad, desarrollada y garantizada por el mediador que procurará no mostrar sus opiniones y preferencias para que no se modifiquen los deseos de las partes en el acuerdo final (Bush & Folger, 1996; Novel, 2010; Silva & Martínez, 2004; Suares, 2004; Vilalta & Pérez Martell, 2012).

El segundo pilar de la mediación es la *confianza* que se desarrolla a partir del poder. Resulta claro que cuando las partes perciben y poseen la seguridad que en sus manos está la decisión de alcanzar lo que desean y necesitan se sienten capacitados para establecer acuerdos satisfactorios de manera pacífica. Acuerdos que comporten la posibilidad de ceder en algún aspecto a sabiendas que los otros también harán concesiones favoreciéndose el establecimiento de la confianza tanto en el proceso de mediación como en el mediador. Para que se desarrolle la confianza deben darse tres principios básicos (Farré Salvá, 2004; Fisas Armengol, 2005; Novel, 2010; Vilalta & Pérez Martell, 2012; Vinyamata, 2009)

- a) Voluntariedad. La confianza empieza a desarrollarse cuando las partes dan su consentimiento para que se inicie el proceso y tienen el convencimiento que se respetará la posibilidad de permanecer en él o abandonarlo en el momento que quieran, así como de llegar al acuerdo, sin que ello conlleve consecuencias de algún tipo. El mediador puede dar a conocer a las partes las ventajas de la mediación pero no puede influirles en permanecer o abandonar el proceso. El hecho de participar en una mediación no implica continuar en ella hasta el final si alguno de los participantes no lo desea.
- b) Confidencialidad. El conocimiento de que los temas abordados en el proceso de mediación no serán compartidos con personas o grupos influirá directamente en el establecimiento y mantenimiento de la confianza al permitir que el diálogo transcurre con absoluta libertad garantizando compromisos satisfactorios y perdurables. Por ello toda información conseguida en el marco del proceso será considerada estrictamente confidencial. La única excepción es el documento final que recoge el acuerdo alcanzado. Si alguno de los participantes desea hacer pública determinada información, será necesario que ambas partes den su consentimiento por escrito.
- c) Proactividad. El último principio que facilita la confianza se basa en el hecho que la mediación busca siempre avanzar, mirar hacia delante. Así, los hechos o sucesos que fueron origen del conflicto, en tanto que su esencia puede haber quedado desvirtuada por acontecimientos sucedidos posteriormente, se utilizarán como punto de partida pero siempre con un enfoque de futuro con el objetivo de llegar a un acuerdo a partir del “aquí” y el “ahora”. Del mismo modo los mediadores deben mostrar una actitud activa para alcanzar un acuerdo.



Figura 10. Fundamentos de la mediación. Adaptado de Redorta, 2009

EL MEDIADOR

El mediador se considera uno de los elementos claves del proceso de mediación puesto que su calidad está condicionada por las habilidades de los mediadores. La impresión que las partes se configuren de él, ya desde el primer contacto, va a determinar, en gran medida, el desarrollo del proceso y el resultado que se alcance.

Independientemente del modelo o escuela que siga el mediador, éste deberá poseer unas competencias básicas imprescindibles (habilidades, actitudes, conocimientos) que guiarán el proceso de mediación (Novel, 2010):

- a) Profesional debidamente formado, acreditado y supervisado. Los mediadores se han formado específicamente en mediación, con conocimientos propios de la psicología, la sociología y el derecho. Además deben poseer una formación previa universitaria o similar preferentemente relacionada con las ciencias humanas y sociales. Del mismo modo, para comprender las situaciones en las que han de intervenir les será útil poseer nociones sobre temas jurídicos, culturales y religiosos, entre otros. Por otro lado la Ley de “Mediación en asuntos civiles y mercantiles”, establece que suscribirá un seguro que cubra su responsabilidad civil¹⁰.
- b) Ser garante de la voluntariedad de las partes para el acceso al proceso y su retirada en cualquier momento del mismo, aun cuando el proceso no se considere finalizado. La voluntariedad no se refiere exclusivamente a las partes sino también al mediador puesto que puede interrumpirlo si considera que no es necesario seguir con él o bien decidir no mediarlo en aras de sus principios. Si la mediación hubiese

¹⁰ Ley 5/2012, de 6 de julio, de Mediación en asuntos civiles y mercantiles. Boletín Oficial del Estado nº 162, de 7 julio de 2012; pp. 49224-42.)

sido indicada y determinada como obligatoria por una instancia legal superior deberá entenderse que la obligatoriedad se refiere a la participación y no al hecho de llegar al acuerdo (Redorta, 2007a; Suares, 2004).

- c) Neutral, esto es ser independiente del problema o conflicto. A lo largo del proceso de mediación, no puede totalmente asegurarse que el mediador no ejerza, sin que sea su pretensión, algún poder sobre las partes. Debe tenerse en cuenta que en toda interacción social se produce influencia de unos hacia los otros y al darse la posibilidad que los participantes consideren al mediador como “experto”, sus intervenciones puedan condicionar de una forma más o menos explícita las decisiones que se tomen en el proceso (Redorta, 2009b). Siguiendo las ideas de Foucault (2005), se refiere a la capacidad de los “poderosos” (gobernantes, gestores) para, mediante diversas estrategias y herramientas, obtener el control sobre sus conciudadanos o subordinados (el “*biopoder*”) que va a llevar a un desequilibrio en la percepción de la autonomía que las personas tienen de sus organismos y capacidades (Foucault, 2005). Cabe señalar que para garantizar la neutralidad e imparcialidad del proceso, el mediador debe reconocer sus capacidades y aceptar sus limitaciones y por ello, si es necesario, puede solicitar una co-mediación o bien interrumpir el proceso (Suares, 2004).
- d) Velar por la confidencialidad a lo largo de todo el proceso hallándose amparado por el secreto profesional. Si el mediador vulnerase este principio puede ser inhabilitado por ello. Sin embargo, queda dispensado de este deber en casos de abuso contra niños, adolescentes, ancianos o discapacitados. Por lo que, al inicio del proceso deberá exponerlo claramente a las partes asegurándose que se comprenda que la confidencialidad es un compromiso mutuo que incumbe a los mediados, al mediador y a toda persona relacionada con el proceso (Bush & Folger, 1996; Sherrill, 2012; Suares, 2004).

El mediador, entre sus objetivos se encuentran (Farré Salvá, 2004; Novel, 2008, 2010; Suares, 2004):

- Provocar cambios de comportamiento que desescalen el conflicto de manera que, al disminuir la carga emocional, se posibilite que los protagonistas transformen su visión de la situación conflictiva.
- Generar cambios de actitud positiva que permita a las partes escuchar y comprender las posiciones y los intereses de sus oponentes y encuentren soluciones satisfactorias.

- Propiciar un espacio de diálogo siendo co-responsable de la situación que facilite alcanzar de forma colaborativa el acuerdo entre los mediados.
- Facilitar el aprendizaje de estrategias comunicativas no violentas que favorezcan que las partes puedan resolver y prevenir conflictos.
- Actuar como elemento transformador en las partes en cuanto a la manera de entender y manejar el conflicto.

ESCUELAS DE MEDIACIÓN

Los modelos, teorías o escuelas de mediación guían la práctica profesional del mediador a partir de la elaboración de unos objetivos que determinan un proceso metodológico en el que se utilizan unas técnicas más o menos específicas. Los modelos de mediación difieren en la forma de entender el conflicto, conceptualizar la mediación y la importancia que se le atribuye al acuerdo (Suares, 2004). Sin embargo cada vez con mayor frecuencia, en los procesos de mediación se incorporan estrategias y técnicas, de uno o varios modelos, que se consideran útiles y necesarias para el caso concreto de mediación. En los profesionales de la mediación y en base a un planteamiento más integrador, se da la propensión a utilizar las técnicas precisas en función del tipo de conflicto a mediar y la situación de las partes (Munuera Gómez, 2007). Así, tal y como propone Novel (2010:119) *“en la mediación entre dos o más personas en conflicto intervienen aspectos negociadores (Modelo tradicional-lineal), aspectos de reconstrucción de historias vividas (Modelo circular-narrativo) y aspectos de transformación del conflicto y de las personas que lo están experimentando (Modelo transformativo)”*.

A continuación se presentan las tres escuelas clásicas de mediación a las que se ha incorporado un cuarto modelo, el *“apreciativo”*, que es considerado por un buen número de expertos como útil en el ámbito organizacional para trabajar con equipos y grupos donde las situaciones conflictivas afectan a más de dos personas o grupos específicos y es dificultoso establecer el número concreto de personas implicadas en el conflicto. Estos contenidos se presentan en forma de tablas. Los autores relevantes y los principales objetivos del modelo se abordan en la *Tabla 2*. La conceptualización del conflicto se especifica en la *Tabla 3*. Las características esenciales de cada modelo en la *Tabla 4*. Las estrategias y herramientas utilizadas en la *Tabla 5*, y en la *Tabla 6*, los ámbitos preferentes de actuación (Bush & Folger, 1996; Farré Salvá, 2004; Fisher, Ury, & Patton, 2002; Munné Tomás & Mac-Cragh Prujá, 2006; Munuera Gómez, 2007, 2013; Novel, 2010; París Albert, 2005; Suares, 2004; Subirana Vilanova & Cooperrider, 2013).

Tabla 2. AUTORES RELEVANTES Y OBJETIVOS PRINCIPALES

Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)	Modelo Circular-Narrativo
<p>Roger Fisher, William Ury, Bruce Patton</p> <ul style="list-style-type: none"> Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2002). <i>Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder</i>. México DF: Compañía Ed Continental 	<p>Sara Cobb</p> <ul style="list-style-type: none"> Cobb, S., & Rifkin, J. (1991). Practice and Paradox: Deconstructing Neutrality in Mediation. <i>Law & Social Inquiry</i>, 16(1), 35–62 <p>Marinés Suares</p> <ul style="list-style-type: none"> Suares, M. (1996). <i>Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas</i>. Buenos Aires: Paidós
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar el acuerdo. Disminuir las diferencias entre las partes. Aumentar las semejanzas, los valores y los intereses. 	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificar la relación entre las partes aumentando su protagonismo mediante el empoderamiento.
Modelo Transformativo	Modelo Apreciativo
<p>Robert A. Baruch Bush, Joseph P. Folger</p> <ul style="list-style-type: none"> Bush, R. A., & Folger, J. P. (1996). <i>La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento</i>. Barcelona: Granica <p>John Paul Lederach</p> <ul style="list-style-type: none"> Lederach, J.P. (1998). <i>Construyendo la paz: reconciliación sostenible en sociedades divididas</i>. Bilbao: Bakeaz 	<p>David Cooperrider, Suresh Srivastva, Diana Whitney</p> <ul style="list-style-type: none"> Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). <i>Diálogos apreciativos y la evolución consciente</i>. Ohio: Case Western Reserve University Cooperrider, D., & Whitney, D. (1999). <i>The change handbook</i>. San Francisco: Berret-Koehler Publisher <p>Gloria Novel Martí</p> <ul style="list-style-type: none"> Novel Martí, G. (2010). <i>Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido</i>. Madrid: Reus
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar y transformar la relación entre las partes como base para el 	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Transformar la visión propia y la relación con el entorno.

<i>acuerdo.</i>	- <i>Convertir a las partes en agentes de cambio.</i>
-----------------	---

<i>Tabla 3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONFLICTO</i>	
Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)	Modelo Circular-Narrativo
<ul style="list-style-type: none"> • Negativo, debe eliminarse • Concepción lineal de la causalidad • Acultural, atemporal, apersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la comunicación y relación interpersonal • Concepción circular de la causalidad • Proceso mental determinado por el punto de observación escogido
Modelo Transformativo	Modelo Apreciativo
<ul style="list-style-type: none"> • Consustancial al ser humano y motor de cambio • Concepción circular de la causalidad • Del enfoque individualista al relacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparece de las discrepancias y las luchas de poder • Posibilita el reconocimiento de lo positivo de la organización • Oportunidad de crecimiento organizacional

<i>Tabla 4. CARACTERÍSTICAS ESENCIALES</i>	
Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)	Modelo Circular-Narrativo
<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en el acuerdo y no en las relaciones • Separar las personas del conflicto posibilita desculpabilización • Soluciones rápidas al trabajar sobre criterios objetivos (útil en organizaciones) • MAAN (Mejor Alternativa al mejor Acuerdo Negociado) • Paradigma de la simplicidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Importante llegar al acuerdo y establecer canales de comunicación • Construir la narrativa alternativa • Trabajar el aquí y ahora • El acuerdo llega con la mejora de la comunicación y el reconocimiento • Fundamentado en las teorías postestructurales de la narrativa • Paradigma de la complejidad desde la Psicología y la Teoría General de Sistemas
Modelo Transformativo	Modelo Apreciativo
<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja con la relación, no la resolución del conflicto; el acuerdo es secundario 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en las potencialidades para favorecer el empoderamiento • La pregunta apreciativa permite

<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar las situaciones y las relaciones entre las personas • Llegar al empoderamiento y reconocimiento • Paradigma de la complejidad desde la sociología 	<p>construir una narrativa positiva sobre las personas y la organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización se transforma cuando su misión se convierte en un diálogo interno: nada es fijo y permanente • Ciclo dinámico de 4 procesos (4D's): <i>Discover, Dream, Desing, Destiny</i> • Enfocado al futuro
---	---

Tabla 5. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)	Modelo Circular-Narrativo
<ul style="list-style-type: none"> • Aporta técnicas usadas en otros modelos • Trabaja con: la comunicación verbal, la relación, los intereses y las opciones de acuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminadas a la deconstrucción del conflicto y la reconstrucción de la relación
Modelo Transformativo	Modelo Apreciativo
<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja con: necesidades no negociables, protagonismo de las partes, corresponsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogos apreciativos • Cambio de narrativas • Buscar “la parte sana de la relación” • Procesos autodirigidos

Tabla 6. ÁMBITOS PREFERENTES DE ACTUACIÓN

Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)	Modelo Circular-Narrativo
<ul style="list-style-type: none"> • Negociaciones empresariales e internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediación intercultural, familiar, escolar, organizacional
Modelo Transformativo	Modelo Apreciativo
<ul style="list-style-type: none"> • Mediación intercultural, comunitaria, escolar, organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediación escolar, en hospitales, universidades y grandes organizaciones en general

Cabe destacar que Novel (2013b), en el desarrollo práctico del enfoque apreciativo e incorporando elementos conceptuales y aplicados de los otros modelos, propone uno nuevo, al que denomina “integrador”, al incorporar a los objetivos ya establecidos de gestión y transformación de conflictos, el fomento, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud relacional y convivencial.

Según su propuesta, la autora considera que la mediación no debe contemplarse exclusivamente como la gestión y transformación de conflictos, sino que debe utilizarse con una visión más amplia: como disciplina. Así pues, razona que la mediación debe ser vista como:

1. “Proceso” que utiliza una metodología con unos principios, etapas y acuerdos para la resolución de conflictos principalmente familiares y comunitarios.
2. “Sistema” que utiliza distintas metodologías según las características de las partes, que son empleadas según los valores, creencias y principios de la mediación en organizaciones y grandes comunidades.
3. “Modelo para liderar el cambio” en tanto que, en palabras de Novel, *“supone trabajar desde la recuperación y la suma de valores fundamentales para la buena convivencia, tales como: co-responsabilidad, inclusividad, complementariedad positiva, transparencia en el actuar, honestidad con uno mismo y con el otro, respeto por las diferencias, reconocimiento de los valores humanos y buena fe”*. Desde esta perspectiva, es de gran beneficio para las organizaciones de salud donde *“los valores de humanización del sistema, son reconocidos, necesarios, imprescindibles e incluidos en los criterios de satisfacción de los trabajadores, profesionales y usuarios del sistema”* (Novel, 2012:69).

En cuanto al desarrollo de las fases del proceso de mediación, voy a utilizar las etapas propuestas por Novel (2010) y la incorporación de las aportaciones de otros modelos y teorías relevantes en la construcción de la paz (Acland, 1993; Alcover de la Hera, 2006; González-Capitel, 2001; Lederach, 2010; Moore, 1995; Munuera Gómez, 2007; Novel, 2008; Suares, 2004) (Figura 11).



Figura 11. Etapas del proceso de mediación. Fuente: Novel, 2010

La fase previa a las etapas propiamente dichas del proceso mediador, es la denominada Premediación: *“Preparar a las partes y el contexto”*, que Lederach considera como “la entrada” (Farré Salvá, 2004) y se inicia cuando una de las partes en conflicto consulta con un mediador. Éste recogerá información sobre ¿qué está pasando?, ¿a quién implica?, ¿cómo les está afectando?, y decidirá si el caso es mediable y si es la persona indicada para gestionar este proceso. En el supuesto que el mediador no se considere adecuado para desempeñar esta función (conflicto de intereses) puede derivar el caso a otra persona o institución.

La mediación propiamente dicha, va a transcurrir por una serie sucesiva de etapas. Cabe subrayar que estas fases son flexibles y no existe un límite claro entre ellas sino que se van solapando y la transición entre ellas es difusa.

Primera etapa. “Acoger y acordar compromisos de mediación”

En esta etapa se reúnen las partes en conflicto juntamente con el mediador. En primer lugar se procede a la presentación de las personas implicadas y en representación de quién están en el proceso, ¿son los propios implicados en el conflicto o son sus representantes? ¿están reconocidos y autorizados por las partes para tomar decisiones?. Después el mediador ha de exponer cuales son los principios de la mediación, insistiendo en la voluntariedad y confidencialidad de la misma. Posteriormente se firma el documento de aceptación. En esta etapa se pretende que los participantes se sientan atendidos y se establezcan los compromisos de todos a lo largo del proceso mediador, con la finalidad de construir una coalición consensuada por todos y en la todos sepan que se espera de ellos.

Segunda etapa. “De la confrontación a la colaboración”

En palabras de Farré Salvá (2004) “del caos al orden”. Es el momento de separar y diferenciar la persona del problema por lo que ha de estimularse la comunicación entre las partes y la creación de un clima de colaboración entre ellas. De ahí que deban recogerse datos, es decir “las historias” que cada parte ha construido de la situación conflictiva.

El mediador invita a los protagonistas a narrar su historia para legitimar las percepciones y necesidades y favorecer que el problema se vuelva comprensible para todos, dando reconocimiento a los sentimientos, responsabilidades y preocupaciones de las personas en conflicto.

Tercera etapa. “Reconstruir y transformar la relación”

En esta etapa, el mediador debe reforzar los primeros acuerdos tomados, revalorizándolos, para que los protagonistas comprendan y se den cuenta que, aunque sean pequeños resultados, son capaces de avanzar hacia la colaboración de forma progresiva. Los acuerdos más importantes se generan con la utilización de un enfoque apreciativo que, además de fortalecer a las personas, estimula la construcción conjunta de una visión global de la situación problemática que va a aumentar la confianza entre las partes y la transformación de su interacción. Es el punto en el que las partes identifican con mayor claridad el núcleo del conflicto, las personas implicadas, los propósitos y los procesos comunicativos, entre otros. En esta tercera fase, se progresa del “yo/tú” al “nosotros”, del “tú eres el problema” al “compartimos un problema” (Lederach, 2010). Esta es una etapa que se considera transversal puesto que va a estar presente en todo el proceso de mediación que le otorgará la característica de dinámico.

Cuarta etapa. “Proponer y crear la agenda”

Este es el momento en que se inicia la negociación colaborativa. Paralelamente al reconocimiento y la revalorización de las partes, se van constituyendo los temas que han de desarrollarse en el resto del proceso de mediación. Es por ello que ha de profundizarse en los intereses y las necesidades de cada parte para describir los puntos que los acercan y los discrepantes. Es necesario que el mediador ponga en evidencia que lo importante es aquello que es nuclear para las personas, aquello que constituye parte de su identidad y restar importancia desde qué posición lo están defendiendo. Primeramente deben abordarse los temas a tratar que sean más fácilmente negociables para que disminuya la percepción en las personas de acuerdos inalcanzables.

Quinta etapa. “Realizar propuestas transformadoras”

En simultaneidad con la exploración de puntos de acuerdo y desacuerdo se va desarrollando la búsqueda de los mejores acuerdos comunes consensuados. Se deja de lado que el mejor acuerdo para una parte ha de ser el peor para la otra y se pasa a la elaboración del mejor acuerdo para los dos, el MAAN, acrónimo referido a la “*Mejor alternativa al acuerdo negociado*”, concepto procedente de la escuela de Harvard utilizado comúnmente en negociaciones de grupos o colectivos. Mediante la “lluvia de ideas” (*brainstorming*) se busca la aparición de propuestas que vayan más allá de lo típico y tópico y que, por su novedad, se pueda llegar al compromiso en tanto que no habían sido planteadas por ninguna de las partes. Se han de seleccionar las opciones más beneficiosas y el mediador ha de permitir que sean los protagonistas los que decidan por dónde empezar y se sientan co-partícipes de la selección.

Sexta etapa. “Concretar el acuerdo”

Esta etapa es la última en cuanto a las sesiones presenciales pero aún no se ha llegado al final del proceso de mediación. Este es el momento de formalizar el acuerdo a partir de propuestas realistas y alcanzables, identificando las aportaciones de cada parte. Es el mediador quien redacta el acuerdo que ha de contener la voz de las partes donde han de comprometerse que, en el caso de aparecer situaciones similares, van a recurrir nuevamente a la mediación para su resolución. Finalmente el acuerdo será firmado por todas las personas implicadas y los mediadores.

Séptima etapa. “Seguimiento y cierre del proceso de mediación”

A los tres meses de la firma del acuerdo, el mediador ha de contactar con las partes para verificar la sostenibilidad del proceso, detectar dificultades en la implementación del acuerdo y, si es preciso, actualizarlo. La sostenibilidad es una característica clave en el proceso de mediación en tanto que indica su efectividad. Una vez el mediador ha verificado que se están cumpliendo los acuerdos, destruye todas sus notas e informes personalizados y da el cierre administrativo al proceso de mediación.

En otro orden, si se entiende la mediación exclusivamente como el proceso estructurado de gestión alternativa a la resolución de conflictos y que precisa que las personas que lo desarrollen posean una formación específica, entonces se está definiendo la mediación formal, donde sus profesionales poseen competencias para prevenir, gestionar y transformar conflictos de alta intensidad (Novel, 2008).

Por otro lado, si se es más flexible y se amplía el concepto de mediación como una estrategia de intervención o asesoramiento ante situaciones problemáticas o bien para acercar las partes hacia un diálogo constructivo que les ayude a mejorar sus relaciones cuando no son capaces de hacerlo sin usar la confrontación, se habla de mediación informal o intermediación (Novel, 2010). Debe destacarse que en este tipo de mediación se aplican estrategias conciliadoras o facilitadoras que pueden basarse en principios de la mediación pero que al no seguir la estructura del proceso y pudiéndose no alcanzar todas las etapas, no se la considera mediación formal (Mola Sanna & Igual Ayerbe, 2010). Estos profesionales intervienen en conflictos de baja o media intensidad o en la conducción de interacciones entre equipos que a priori se consideren de difícil gestión (Novel, 2008). Asimismo, estos profesionales pertenecen a la organización, incluso pueden formar parte de los propios equipos en conflicto, y han de convertirse en referentes internos para sus equipos de trabajo y para la institución, por lo que deben ser reconocidos por los miembros de la organización como personas

merecedoras de confianza y justas (Paulero, 2011). Sus funciones se circunscriben al abordaje de situaciones interprofesionales en las cuales deba prevenirse y gestionarse un conflicto para que se mejore el ambiente laboral y la eficacia en el trabajo. En su formación han adquirido competencias en habilidades y técnicas mediadoras. Un mediador inter pares o entre iguales, ante situaciones que sobrepasen su nivel competencial tiene como referente a un mediador formal (Novel, 2010).

UTILIDADES Y VENTAJAS DE LA MEDIACIÓN

El proceso de mediación representa un beneficio para las partes por el crecimiento personal que representa participar en él (Fisas Armengol, 2005). Asimismo es útil en conflictos interpersonales entre grupos, parejas, familias o colectivos cuando las partes están interesadas en que su relación se mantenga (Novel, 2010). Sin embargo su eficacia queda más limitada en conflictos internacionales donde la despersonalización de las partes impide la empatía entre ellas (Casanovas, Magre, & Lauroba, 2011). Por otra parte, como cualquier estrategia no está exenta de limitaciones ya sea por la propia conceptualización de la mediación y su estructura, como por el hecho de que al darse entre personas le confiere la característica de singularidad, particularidad y de proceso único, como por ejemplo en las relaciones sociales asimétricas referidas a la falta de equilibrio o similitud entre las partes (Weber, 2002).

Las ventajas más reconocidas por los expertos en cuanto al proceso de mediación se refieren a que es un procedimiento rápido y que, en relación a un proceso judicial, ahorra costes económicos y esfuerzos para las partes. Asimismo, el hecho que no existan perdedores sino que todos ganan, comporta poco desgaste en las personas por lo que en la mayoría de los casos las relaciones interpersonales se mantienen (Novel, Poch, & Davi, 2011). Por otro lado, mediante el reconocimiento y la revalorización, el poder de las partes se garantiza por la autonomía que se les ha otorgado en los aspectos clave del proceso como son su continuación o finalización. Del mismo modo, este poder se refuerza con la garantía del mediador en la confidencialidad y el respeto de su intimidad. Además debe añadirse su alto potencial educativo que fomenta la creatividad y favorece la prevención de mayores y futuros conflictos (Casanovas et al., 2011; González-Capitel, 2001; Novel, 2010).

Finalmente mencionar que existen una serie de situaciones en las que por sus características propias o bien por la imposibilidad de llegar a un acuerdo no es aconsejable utilizar la mediación y se recomienda la utilización de estrategias más directivas:

1. Interacciones que impidan un contexto propicio para la negociación por el hecho de desavenencias y rencillas muy arraigadas que han conducido a un conflicto enquistado y difícil de ser abordado (Novel, 2010).
2. Situaciones con un desequilibrio de poder importante entre las partes, en tanto que la respuesta de una de ellas puede verse coaccionada y condicionada por la posición “superior” de la otra parte. Del mismo modo, si las personas tienen otros medios para conseguir sus intereses, puede ser complicado que participen en un proceso mediador (Lederach, 2000).
3. Casos de negligencia, de responsabilidad civil grave, expedientes disciplinarios u objeción de conciencia (Armadans et al., 2009).
4. Casos con importantes injerencias por parte de los gestores de la institución (Novel, 2010).

CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar y a modo de recapitulación, considero importante tener en cuenta que el proceso de mediación, por el hecho de enmarcarse en los Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos, otorga el máximo protagonismo a las personas que en él están interviniendo de tal manera que son ellas las que establecen el objetivo de la mediación y la resolución está en sus manos y no en las del mediador. Además obtiene su máxima efectividad cuando las partes se dan cuenta que por sí mismas no pueden llegar a entenderse y el coste de permanecer en conflicto es elevado.

Por otro lado, el poder que las partes poseen a través de una relación asimétrica garantiza el derecho a la igualdad generando su autorresponsabilidad en el proceso. En paralelo al poder se encuentra la confianza que es imprescindible para la consecución de un acuerdo satisfactorio para ambas partes y que se fundamenta en la participación voluntaria y el derecho a la confidencialidad. Además la revalorización y el reconocimiento que se logra a lo largo del proceso modifica las relaciones con uno mismo y con los demás en tanto que al ir más allá de aportar una resolución pacífica y satisfactoria de conflictos, favorece la reflexión, el desarrollo de nuevas capacidades en las partes y el establecimiento de procesos sostenidos que va a generar una nueva interacción entre los ciudadanos.

En cuanto al mediador actuando como tercero neutral proporciona orientación y ayuda para que las partes consigan unos acuerdos sin que tome partido ni esté influido por ninguno de los participantes. Asimismo, el mediador busca satisfacer las necesidades de las personas en conflicto por lo que normaliza el proceso de comunicación y, con la

colaboración activa de las partes, se llegue a una solución en la que todos se sientan satisfechos. Por otra parte, por el hecho de considerar que el conflicto pertenece a las personas que están implicadas en él, al mediador le corresponde la responsabilidad del proceso para llegar al acuerdo.

En relación a las escuelas de mediación, una premisa fundamental que todas comparten es que el proceso de mediación ha de proporcionar elementos para que la persona implicada reconozca su capacidad para responsabilizarse de sus actos y asumir decisiones que le permitan tomar las riendas de su vida. Otro de los puntos básicos de la mediación para su éxito es la transformación del conflicto al pasar del “Tú contra Yo” al “Tú y Yo frente el problema”, como una forma de separar a las personas de ese problema.

Otro aspecto a tener en cuenta se refiere al hecho que la mediación, pese a su demostrada utilidad, sigue estando infrutilizada. Por una parte, por las personas que se encuentran inmersas en un conflicto relacional que pueden sentirse reticentes y rechazar una estrategia de la que tienen poca o nula información sobre su desarrollo y sus ventajas. Por otro lado, por los propios profesionales que intervienen en la gestión de conflictos y que están más versados en intervenciones directivas, como el arbitraje, sintiéndose más inseguros en el proceso de mediación en tanto que deben ceder parte de su poder a las partes.

Por último mencionar que los ciudadanos demandan, cada vez más, soluciones rápidas y poco costosas para el abordaje de sus conflictos relacionales. De igual modo, ante situaciones de conflicto, solicitan participar activamente en la búsqueda de soluciones alternativas y que se limite la intervención de profesionales con reconocido poder y autoridad social exclusivamente a aquellos conflictos que no puedan abordarse desde la autonomía de los participantes. Es en este escenario social donde la mediación tiene un lugar clave de actuación y su expansión a todos los ámbitos de la vida se convierte en imprescindible.

EL CONFLICTO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

En una situación económica y social como en la que actualmente se encuentra inmersa la sociedad global, se precisan organizaciones con un elevado grado de productividad y eficiencia que ofrezcan productos de calidad (González Consuegra, 2010). Como

consecuencia de estas exigencias, las empresas y sus trabajadores deben adaptarse a los cambios que se generen aportando soluciones creativas con el fin de mantener su supervivencia y competitividad (García-Juesas & Figueiredo-Ferraz, 2009). La organización y las personas que la componen son complementarias puesto que no se puede comprender una organización si no se reconoce a sus miembros, desde aquellos que desarrollan una labor más sencilla hasta los que están directamente implicados en la toma de decisiones (Vall Rius, 2004).

En estas situaciones y relacionado con las interacciones de las personas que conforman las instituciones, es inevitable que surjan situaciones tensas, discrepancias y conflictos que no deben ser considerados como disfunciones anecdóticas sino como realidades dentro del marco de las relaciones humanas (García-Juesas & Figueiredo-Ferraz, 2009). De este modo, las situaciones conflictivas que se dan y deben darse, por el simple o “complejo” hecho de la interrelación entre sus miembros, han de abordarse y gestionarse como elementos que van a favorecer el crecimiento de la organización, sus profesionales y sus clientes (González Consuegra, 2010; Redorta, 2012).

En la bibliografía son abundantes las definiciones de “organizaciones” y desde los más variados ámbitos: la psicología, el derecho, la antropología, la economía, por citar algunos. Asimismo se encuentran organizadas según sus actividades en: públicas o privadas, con fines lucrativos o sin ánimo de lucro, gubernamentales o no gubernamentales, entre otros. En esta tesis se presentan tres conceptualizaciones que permiten la comprensión del conflicto en las organizaciones.

La primera de Stoner (1998) se ha incorporado por su simplicidad en tanto que propone que una organización es un conjunto de dos o más personas que trabajan de forma estructurada y cooperativa, para alcanzar unos objetivos específicos comunes, (Robbins, 2009). La segunda, más compleja que la anterior, es la dada por Morin (2008) que concibe la organización como un sistema que posee atributos que no pueden alcanzarse a nivel individual de los sujetos que lo constituyen. Para el filósofo francés, precursor de la teoría de la complejidad, en una organización se establecen relaciones entre las personas generando una cultura organizacional específica de esa institución, que le ha de permitir desarrollarse en una sociedad (Villarreal Solís, Villarreal Solís, & Briones Salinas, 2012). Además la relación entre los miembros posibilita que sea la organización la que se ordene, perdure, compense y desenvuelva (Morin, 2007). La última de las definiciones y más actual corresponde a Robbins (2009), experto en el estudio de los conflictos en las organizaciones y el desarrollo de

las habilidades interpersonales eficaces, que compartiendo con Morín la idea de sistema, define la organización como poseedora de unos objetivos aceptados por todos sus miembros y que la configuran como una entidad particular y distinta a cualquier otra.

Las conceptualizaciones anteriores comparten componentes como a) la presencia de personas que constituyen un sistema, b) la fuerte interacción social entre ellas para alcanzar unos objetivos y propósitos comunes, c) el trabajo cooperativo y de intercambio que da sentido y coherencia a la misión de la organización y d) su éxito o fracaso está supeditado a la relación entre sus miembros (Mompert García & Durán Escribano, 2009; Morin, 2007).

Las organizaciones de salud se han definido como de alta complejidad tanto por sus características propias y las personas que las configuran, como por el contexto social en las que están inmersas donde las necesidades, las demandas y las expectativas están en un cambio continuo. Los factores básicos que determinan esta complejidad son: la actividad que desarrollan, los numerosos elementos que configuran su estructura, el equilibrio necesario entre sus necesidades y recursos, y las características de las personas que la constituyen, sus relaciones entre ellas y con el entorno (Novel, 2010).

Para la comprensión de los conflictos que pueden aparecer en ellas, es importante conocer que elementos incorporan estas instituciones que las hacen aún más complejas. Este punto lo desarrollo a partir del planteamiento de Novel (2010) en su “Modelo de Mediación Organizacional” en instituciones de servicios de salud que ha sido ampliamente desarrollado por la autora. Novel concibe la mediación organizacional como una nueva especialización de la mediación que partiendo de un marco diferente en las relaciones interpersonales de los profesionales implicados y mediante los diálogos pacíficos, la mejora del desempeño profesional y la reducción los costos vinculados al conflicto, se obtiene mayor satisfacción en todas las personas que configuran la organización (Novel, 2010). Asimismo, la autora plantea que los elementos de complejidad de las organizaciones de salud pueden separarse en dos grupos. Uno referido a cuestiones que afectan principalmente a lo individual y el segundo, a situaciones relacionadas con los equipos y la organización (Novel, 2012) (*Figura 12*).



Figura 12. Complejidad de las organizaciones de salud. Elaboración propia

A nivel individual se describen cuatro factores:

a) *El desafío que conlleva trabajar con los procesos de salud-enfermedad.* Los profesionales de la salud en general y los de enfermería en particular, cotidianamente se encuentran acompañando a pacientes y familiares en situaciones de vulnerabilidad física y emocional lo que les supone un desgaste psicológico, que si bien no es de alta intensidad, por su condición constante y acumulativa tiene un alto poder desestabilizador de su homeostasis (Womble, 2012). El contacto directo con el sufrimiento de las personas en situación de falta de salud, conlleva que estos profesionales aun no siendo en ocasiones totalmente conscientes de ello, hayan de replantearse sus necesidades y valores, sus actitudes ante el dolor humano, su filosofía de vida y sus creencias ante la muerte. Asimismo, en tanto que las situaciones de cuidados nunca son idénticas puesto que los enfermos y sus familias son únicos e idiosincráticos, el acercamiento a la fragilidad humana incide en su actuación profesional y por extensión en su forma de vivir en lo personal (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fraccolli, 2008).

b) *El servicio ofrecido.* Las organizaciones de salud se consideran “espacios de alto contenido emocional” en tanto que en ellas, los enfermos se enfrentan a situaciones de crisis, de pérdida y muerte que les afectan tanto a ellos mismos y sus familias como a las personas de su entorno (Novel, 2012). Para ello, Novel propone que las organizaciones diseñen programas para que sus profesionales reciban una intervención específica con la finalidad de reducir el impacto emocional negativo generado en tales circunstancias como es el estrés profesional (Novel, Lluch, & Miguel, 2003).

c) *Las decisiones a tomar.* En las organizaciones de salud se presentan numerosas situaciones individuales o de equipo, como tratamientos o cuidados específicos que comportan riesgo vital para los pacientes y en las que se requieren decisiones rápidas

que, con mayor frecuencia de la deseada, se dispone de escasos recursos (Cavalheiro, 2008). Además, tal como propone Novel, en la toma de decisiones se entremezclan elementos de interdependencia profesional y especialización que configuran la complejidad diaria que va a afectar a las personas, los equipos y la propia organización (Novel, 2012).

d) *Las relaciones establecidas*. Las actividades que se desarrollan en las organizaciones de salud tienen como eje vertebrador las relaciones entre los miembros de los equipos interprofesionales (Serrano Gil, Tejedor Muñoz, & Ayuso Murillo, 2013). Asimismo, según Novel, la relación terapéutica y la confianza que los profesionales establecen con los usuarios deviene un elemento básico para que estos se adhieran o abandonen las prescripciones enfermeras y los tratamientos médicos. Las relaciones que se establecen entre los miembros del equipo son intensas, significativas y a largo plazo, que se construyen en base al apoyo mutuo y favorece la cohesión grupal y el desarrollo profesional (Novel, 2012). Por todo ello, los equipos interprofesionales son imprescindibles para la consecución de los objetivos de cualquier organización de salud (Puchol Moreno & Ongallo, 2007).

En el segundo nivel relacionado con los equipos y la organización, se desarrollan cinco factores:

a) *Los tipos de contrato*. En las organizaciones de salud, es muy usual encontrar profesionales de la misma categoría con distintos contratos que puede suponer unos derechos adquiridos y privilegios para unos que no están al alcance de los otros. En numerosas ocasiones el tipo de contrato comporta períodos cortos de permanencia en una unidad asistencial que puede ir acompañado de frecuentes cambios de servicio con especificidades muy diversas (Puchol Moreno & Ongallo, 2007). Tal como desarrolla Novel, en el caso de los profesionales de enfermería, se producen contrataciones breves (meses, semanas, días e incluso horas) para cubrir incapacidades laborales transitorias, vacaciones o períodos muy concretos en los que se prevé un aumento del volumen asistencial, lo que supone para esos profesionales y para los que van a recibirles, situaciones proclives a la aparición de problemas puesto que más que un refuerzo pueden ser vividos como una sobrecarga. Estas situaciones problemáticas aparecerán en cuanto que a los primeros se les va a exigir una alta capacidad de integración y adaptación rápida para que su contribución a la dinámica del servicio no influya negativamente, y a los receptores se les pedirá el sobreesfuerzo del trabajo que va a suponerles “formarles”, no tanto en relación al desarrollo competencial sino a la

ubicación y conocimiento de las características propias del acto asistencial (Guest, 2004; Novel, 2012).

b) La especialización como requisito. Las organizaciones de salud cada vez van desarrollando un nivel más alto de especialización para dar respuestas adecuadas y de calidad a las necesidades de la sociedad. La especialización es uno de los factores que permite establecer la eficiencia de las instituciones de salud. Asimismo, se exige de sus profesionales que también adquieran un elevado grado de formación en sus disciplinas (Martin Martin & Puerto Lopez del Amo, 2007). En este punto cabe señalar que entre profesionales generalistas y especialistas pueden aparecer conflictos de competencias si no se poseen habilidades interpersonales para manejar determinadas situaciones (Lawrence & Lorsch, 1991). Es en estos procesos de especialización donde los objetivos de los equipos interdisciplinarios y las expectativas de sus miembros pueden alejarse y generarse situaciones problemáticas (Novel, 2012).

c) El nivel de interdependencia en el trabajo. Dentro de los equipos interdisciplinarios, los profesionales de la enfermería y de la medicina son los que han tenido unas relaciones más difíciles y donde ha sido más delicado entender que sus respectivos trabajos son complementarios (Kalisch, Weaver, & Salas, 2009). Tal como se ha mencionado anteriormente, las relaciones interprofesionales son claves para el desarrollo de los objetivos de la organización y dentro de ellas las relaciones entre enfermeras y médicos son imprescindibles para una intervención asistencial de calidad (González Castro, Moreno Martínez, García Mancipe, & Vélez Ferreira, 2010). Sin embargo, la base del conocimiento de cada profesión es distinta. Por un lado, en medicina el razonamiento crítico de la práctica profesional procede del conocimiento empírico de las ciencias naturales, mientras que en enfermería los conocimientos, para proporcionar cuidados enfermeros de calidad, proceden de la evidencia centrada en la "experiencia vivida" de la persona y su familia en cuanto a los cuidados físicos, emocionales y espirituales que reciben en su proceso de enfermedad (Storch & Kenny, 2007). Novel (2010), citando a Floyer, afirma que la interdependencia permanente en servicios donde todos se necesitan mutuamente para alcanzar objetivos comunes en condiciones de tiempo y recursos específicas, más la redefinición frecuente y el consenso de tales objetivos puede comportar una fuente potencial de conflictos.

d) El trabajo en equipo. En las organizaciones en general y las de salud en particular se precisa, de forma sistemática y multidisciplinaria, la necesidad de un trabajo en equipo de forma cooperativa e integradora para alcanzar las metas propuestas, la satisfacción

de todos los miembros implicados (profesionales y usuarios) y la calidad del servicio prestado (González-Romá, 2011; Novel, 2012). Para que se consigan los objetivos, el equipo de trabajo debe poseer unas características básicas e imprescindibles, entre las que se citan (Kalisch et al., 2009; Palomo Vadillo, 2013) :

- Estar constituido por dos o más sujetos, con unos objetivos comunes y que trabajen en interdependencia (Ballenato Prieto, 2005; Mompert García & Durán Escribano, 2009)
- Un liderazgo participativo que estimule y potencie la innovación (González-Romá, 2008; Palomo Vadillo, 2013). El buen funcionamiento relacional y comunicativo entre el líder y los miembros del equipo va a redundar en unos cuidados y una atención sanitaria de calidad (García Vivar, 2006)
- La confianza mutua que va a permitir que se evolucione desde el “yo” al “nosotros” con la consolidación del sentimiento de pertenencia al grupo (Han & Harms, 2010; Storch & Kenny, 2007).

e) *Los espacios sanitarios*. El ambiente de trabajo es también una de las causas de problemas entre los miembros del equipo (Ríos Erazo, Moncada Arroyo, Llanos Román, Santana González, & Salinas Gálvez, 2009). De este modo la ordenación arquitectónica y las condiciones estructurales, entre otras, se configuran como factores predisponentes al desarrollo del estrés profesional (Flores-Villavicencio, Troyo-Sanroman, Valle Barbosa, & Vega-Lopez, 2010; Martínez Pérez, 2010). Novel (2012) plantea que los espacios pequeños, cerrados y carentes de luz natural aumentan la vulnerabilidad de los profesionales que en ellos desarrollan su práctica profesional, haciéndoles más sensibles a los conflictos interpersonales y menos habilidosos para el consenso ante las discrepancias.

De este modo, si los conflictos en las instituciones de salud no se gestionan adecuadamente y se transforman en motor de cambio, inciden negativamente tanto en la organización y el servicio que proporciona como en sus profesionales. Por un lado y como consecuencia del conflicto, en la institución, se produce una disminución de la calidad y de la eficiencia asistencial que pueden valorarse a partir de los efectos indeseables y secundarios ligados a la hospitalización (Aranaz Andres, Aibar Remon, Vitaller Burillo, & Ruiz López, 2006) y de las reclamaciones de los pacientes y sus familiares por negligencias de los profesionales y mala praxis asistencial¹¹.

¹¹ Asociación del defensor del paciente. [sede web]. Memoria 2011. (consultado 25 diciembre 2014). Disponible en: https://www.google.es/?gfe_rd=cr&ei=Y2eXU5GTCInf8gfo44GICw&gws_rd=ssl#q=Asociaci%25C3%25B3n+del+defensor+del+paciente+memoria+2011,2011

En cuanto a la salud de los profesionales que atienden directamente a pacientes y familiares, es importante señalar que los conflictos no resueltos o mal gestionados, relacionados con el desarrollo profesional, se convierten en factores psicosociales de riesgo para la salud física y emocional de los trabajadores (Redorta, Bisquerra Alzina, & Obiols Soler, 2006). Entre otras situaciones de alteración de la salud citar el estrés laboral, el acoso laboral y la violencia verbal y física, tanto entre los propios compañeros de trabajo como con los pacientes y familiares, que afectan directamente a las propias personas y a la organización (Astudillo, 2014). Mencionar que los riesgos psicosociales se corresponden más a características organizacionales que no del propio trabajador (Benavides et al., 2002). Es por ello, que para minimizar la incidencia de los factores psicosociales de riesgo deben detectarse precozmente y reducir sus efectos negativos (Carnero de Blas, 2012).

Los factores psicosociales se definen como condiciones de la persona, del contexto laboral y extralaboral, que en circunstancias de alta intensidad y prolongado tiempo de exposición provocan efectos negativos en la organización y los trabajadores con afectación a nivel fisiológico, emocional y social (Benavides et al., 2002). Es de resaltar que su incidencia se da en cualquier parte del proceso del desempeño laboral: la organización de las actividades, el contenido del puesto de trabajo, el ejercicio de la tarea y el entorno donde ésta se desarrolla (Gil-Monte, 2009). Por todo ello, destacar que en el riesgo psicosocial intervienen por un lado, la interacción entre el desempeño del trabajo, la satisfacción del profesional, las características de la organización y el entorno laboral (Astudillo, 2014). Por otra parte están en juego las capacidades, necesidades y cultura del profesional así como su situación personal dentro y fuera del entorno de trabajo (Gil-Monte, 2009). En este mismo sentido, debe señalarse que los factores psicosociales como la cultura empresarial, el clima laboral y el liderazgo, entre otros, no son negativos *per se* sino que se convierten en perjudiciales cuando no están adecuadamente definidos y liderados, en tanto que impiden la mejora de competencias profesionales, niveles altos de satisfacción laboral y aumento de la productividad y motivación (Astudillo, 2014).

Los factores psicosociales se convierten en factores de riesgo cuando se dan las siguientes circunstancias: tiempo prolongado de contacto, alta o baja intensidad y frecuencia, y características propias del fenómeno potencialmente dañino (Gil-Monte, 2009). Profundizando en este punto, los efectos de los factores de riesgo sobre la salud de la persona dependen de las particularidades intrínsecas de la situación, de las características físicas y de personalidad de los trabajadores así como de la valoración

que éstos hagan de la situación en la que se encuentran y sus estrategias de afrontamiento (Astudillo, 2014).

Entre los factores de riesgo psicosociales característicos de las organizaciones de salud y sus profesionales, se encuentran (Figura 13):



Figura 13. Factores de riesgo psicosociales. Elaboración propia

a) *La carga de trabajo.* Referido a la sobrecarga laboral que se genera por un alto grado de exigencia hacia el profesional que sobrepasa sus capacidades y habilidades. En relación a la carga de trabajo se incluyen como factores de riesgo: la toma de decisiones, una alta capacidad de concentración, habilidad técnica y relacional especializada y limitación de recursos humanos y materiales (Díaz-Cabrera et al., 2008). Asimismo debe tenerse en cuenta la elevada tensión emocional con la que se enfrentan los profesionales de la salud por el contacto directo y continuo con el sufrimiento humano y la energía que deben poner en juego para gestionar sus emociones de modo que no interfieran negativamente en la relación terapéutica (Gil-Monte, García-Jueas, & Caro Hernández, 2008).

b) *El control de la tarea.* Relacionado con la autonomía y la limitación de la capacidad de decisión del profesional para la planificación de su actividad, el método de ejecución y el control de los resultados (Tapp, Stansfield, & Stewart, 2005). En el campo de la enfermería la autonomía se ha vinculado con una elevada calidad de vida de sus profesionales que la relacionan directamente con los entornos de cuidados y su satisfacción por la calidad de esos cuidados (Tapp et al., 2005). De este modo las enfermeras gestoras han de capacitar y proporcionar oportunidades a las enfermeras, empoderándolas, para que aumenten su autonomía clínica y su iniciativa para aportar sus ideas y se le permita desarrollarlas (Silva & Martínez, 2004; Tapp et al., 2005). Por otra parte, el establecimiento fijo de tareas sin que sea posible que el trabajador pueda

modificar ni un ápice de lo que está establecido va a disminuir la percepción de control y por consiguiente su autoresponsabilidad (Kramer & Schmalenberg, 2003).

c) Gestión y liderazgo. Los modelos de gestión y liderazgo en las organizaciones de salud condicionan en gran manera las actitudes y comportamientos de los trabajadores (Contreras, Barbosa, Juárez, Uribe, & Mejía, 2009). El establecimiento de liderazgos transformacionales y transaccionales crea cultura de grupo al modificar de forma proactiva los valores, las creencias y las actitudes iniciales de los trabajadores hacia la consecución de los objetivos organizacionales (Hernandez-Vargas, Llorens-Gumbau, & Rodríguez-Sánchez, 2014).

d) Ambigüedad de rol. Es el factor psicosocial con mayor afectación sobre la salud mental del profesional. Esta situación se origina cuando las actuaciones del profesional están poco definidas, con objetivos a alcanzar confusos y poca claridad en sus responsabilidades. Otro factor psicosocial relacionado con el desempeño del rol es el “conflicto de roles” que aparece cuando se dan situaciones problemáticas entre los objetivos de la organización y los valores propios del trabajador (Mansilla Izquierdo, 2011). En el caso de las enfermeras, donde el porcentaje de mujeres es superior al de los hombres (López Blanco, Carbajo Arias, Gimenez Maroto, Jorge Gallego, & Camarero Bernabé, 2010) y con el rol social establecido culturalmente de cuidadora familiar, al conflicto de roles se añaden las dificultades y problemas para conciliar la actividad laboral con la familiar (Xu & Song, 2013). Khan y cols (1964), validaron que los profesionales que se hallaban en situación de ambigüedad o conflicto de rol encontraban menos satisfactorio su trabajo, experimentaban mayor tensión emocional con respuestas inadecuadas e incongruentes a determinados estímulos profesionales y una autoestima más baja (Mansilla Izquierdo, 2011).

e) Apoyo social. El apoyo social se ha revelado como el factor psicosocial que guarda una relación directa con la salud de los trabajadores de modo que, si se favorece la comunicación y el apoyo mutuo es el que más les protege (Topa, Moriano, & Morales, 2009). Esta dimensión abarca tanto el soporte que el profesional recibe de su contexto familiar y amigos, como el de las relaciones interpersonales en la organización de salud. En lo referente a estas últimas, se incluyen las relaciones con los iguales, los superiores y los subordinados que pueden convertirse en factores negativos cuando el grupo no está cohesionado, no recibe el feedback adecuado, el clima de trabajo es malo o el profesional se siente relegado e infravalorado en su lugar de trabajo (Kalisch et al., 2009; Topa et al., 2009; Van den Bossche, Segers, & Jansen, 2010).

Las principales repercusiones de los factores de riesgo psicosociales y que más negativamente inciden sobre las organizaciones son: el estrés profesional, la violencia ocupacional y el acoso laboral.

El estrés profesional

Es importante señalar que los conflictos generan, en los profesionales que atienden directamente a los pacientes y familiares, situaciones estresantes que desembocan en discusiones por malentendidos y malas interpretaciones, en agresividad verbal e incluso física tanto entre profesionales como entre profesionales y pacientes (Zambrano Plata, 2009). Las situaciones generadas, se corresponden con el constructo “estrés laboral” y si persiste en el tiempo puede convertirse en crónico. El estrés profesional crónico fue definido por Freudenberguer en 1974, que lo denominó Síndrome de Burnout (SB). Este constructo fue posteriormente redefinido y validado por Maslach y Jackson (2001) que consideraron al SB compuesto por tres dimensiones interrelacionadas entre sí (Martinez Pérez, 2010; Maslach, 1998):

- *Cansancio emocional.* El profesional siente que las actividades profesionales le superan, acompañándose de cansancio físico y psicológico.
- *Despersonalización.* Referida al grado en que cada profesional reconoce a) poseer actitudes de frialdad y distanciamiento emocional hacia los pacientes y familiares, y b) incapacidad para empatizar con ellos.
- *Baja realización personal.* Entendida como la disminución de la percepción y los sentimientos de competencia profesional, la autoevaluación positiva y la capacidad para crear un buen ambiente de trabajo.

Asimismo, las autoras establecen que las tres dimensiones están interrelacionadas, de tal forma que el profesional ante el sufrimiento que le genera la idea de no ser capaz de hacer o dar nada a los demás (cansancio emocional) utiliza como conducta de afrontamiento la despersonalización, por lo que pone distancia y reduce la implicación entre él y el sujeto. Si bien una cierta distancia emocional es necesaria y beneficiosa para mantener un grado de objetividad y evitar la sobreimplicación, cuando esta distancia es excesiva pueden generarse actitudes negativas y poco profesionales desarrollando progresivamente desmotivación y aparición de autopercepciones negativas (Martinez Pérez, 2010).

Estas situaciones problemáticas y mantenidas en el tiempo, llevan implícitas un deterioro importante de la salud física (fatiga crónica, migraña, problemas de sueño, dermatológicos, gastrointestinales, disfunciones sexuales, alteraciones en el sistema inmunológico, entre otros), de la salud psicológica (ansiedad, depresión, cambios de humor y llanto, alteraciones de la autoestima, consumo de alcohol y drogas, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros) e implicaciones laborales (absentismo, desmotivación, reducción de la efectividad, alteración de la calidad del servicio prestado, frustración profesional y deseos de abandonar la profesión, por citar algunos) (Martínez Pérez, 2010).

Cabe añadir, que aunque los constructos SB y Estrés laboral se utilizan como sinónimos presentan, a nivel conceptual, ciertas diferencias. Así mientras el estrés laboral se refiere al proceso que puede experimentar cualquier trabajador, el SB se concreta en profesionales que desarrollan su actividad desde una perspectiva humanista y que están constantemente comprometidos con situaciones emocionales de mucha exigencia con otras personas; son las denominadas “profesiones de ayuda” como los profesionales de la enfermería, la medicina y la psicología, entre otros (Peiró Silla & Rodríguez, 2008).

La violencia ocupacional

Considerada en las instituciones de servicios de salud como un acontecimiento de hostilidad ejercida por pacientes y familiares hacia los profesionales que, de forma puntual o repetitiva, pone en peligro su salud, denominándola violencia externa (Astudillo, 2014; Cantera, Cervantes, & Blanch, 2008; Farías, Sánchez, Petiti, Alderete, & Acevedo, 2012). Para DiMartino (2003), la violencia ocupacional es un comportamiento inadecuado en las relaciones interpersonales que se caracteriza por agresividad con afectación a la salud de los profesionales en su lugar de trabajo. La violencia laboral puede desarrollarse en cualquier dispositivo asistencial y darse tanto donde se desarrolla específicamente el acto clínico, como la consulta, la propia habitación o el quirófano, entre otros, o bien en su exterior, como en salas de espera, ascensores o aparcamientos (Cantera et al., 2008).

Por otra parte, se define la violencia interna como la que ejercen trabajadores y superiores jerárquicos que suele manifestarse de una forma velada y sutil pudiendo pasar desapercibida, como son el rumor destructivo, la descalificación, las llamadas de atención en público, las amonestaciones o el perjuicio (Cantera et al., 2008; Farías et al., 2012). Así, tal como apunta Farré (2004), el despido de un trabajador puede

considerarse una forma extrema de violencia puesto que implica que no se ha querido o podido invertir esfuerzos y recursos para gestionar y transformar adecuadamente las situaciones problemáticas (Redorta, 2009a). Ha de resaltarse que la violencia laboral, en cualquiera de sus modalidades, representa una amenaza hacia la eficiencia y calidad de las organizaciones (Farías et al., 2012).

Otro tipo de violencia mucho menos documentada, es la que aprecian recibir pacientes y familiares de las instituciones de salud (Burgos Moreno & Paravic Klijn, 2003; Cervantes, Blanch, & Hermoso, 2010). De este modo, a partir del Modelo Interactivo de Violencia ocupacional de Chappell y DiMartino (2006) se han desarrollado investigaciones que plantean que los pacientes perciben violencia relacionada con la gestión de la organización y por parte de sus profesionales, a pesar de reconocer que no la comunican abiertamente por miedo a sus represalias (Barrios-Casas & Paravic Klijn, 2011). Los tipos de violencia que se describen hacia pacientes y familiares, por citar sólo unos cuantos son: violencia verbal, falta de intimidad por no respetar de forma repetida el espacio íntimo, petición encubierta de sumisión y obediencia exigida en aras de una competencia profesional de la que supuestamente carecen los enfermos, indiferencia o falta de empatía hacia su situación, falta de atención del personal al responder con tardanza a las solicitudes de ayuda, diferencias en el trato según el estatus del enfermo, falta de respeto al aplicar el tuteo sin consentimiento de enfermos y familiares y relaciones defectuosas entre los profesiones que se ponen de manifiesto ante ellos (Burgos Moreno & Paravic Klijn, 2003).

Es importante señalar que cuando la violencia se da paralelamente a un conflicto, éste pierde toda posibilidad de ser valorado como positivo, en tanto que ha sobrepasado toda consideración de ser motor de cambio y transformación de las relaciones interpersonales (Dapena et al., 2004).

El acoso laboral

Cuando la violencia psicológica es ejercida por compañeros o superiores se denomina acoso laboral o “mobbing”, concepto definido por el doctor Heinz Leymann (1990). El profesor Piñuel y Zabala (2003), a partir de la definición de Leymann, considera a la violencia psicológica en el trabajo como un comportamiento hostil en forma de maltrato verbal y moral continuo y denigrante que un trabajador o grupo de trabajadores ya sean compañeros, subordinados o jefes ejercen sobre otro trabajador (Fornés et al., 2011; Topa Cantisano, Depolo, & Morales Domínguez, 2007). Cabe señalar que estas actuaciones hostiles pueden parecer inofensivas si se valoran fuera de

contexto pero que de forma sistemática y persistente en el tiempo, van provocando el desmoronamiento del profesional por su afectación sobre la autoconfianza y la autoestima para lograr que ese trabajador abandone su lugar de trabajo (Piñuel y Zabala, 2003; Vall Rius, 2004). Los estudios llevados a cabo por Piñuel revelan que las personas del sector servicios son las más afectadas por acoso psicológico. Otro dato reseñado por Piñuel (2003) incide en que el mobbing suele darse en trabajadores válidos, creativos, con reconocimiento entre el grupo que son vulnerables a la envidia profesional y no en trabajadores mediocres que fallan en sus obligaciones laborales y a los que se les atribuye la responsabilidad del acoso (Piñuel y Zabala, Iñaki, 2004).

En relación a las causas generadoras de acoso laboral se establecen los factores de tipo organizacional muy por encima de los factores de personalidad del trabajador acosado (Topa Cantisano et al., 2007). Por ello, es más frecuente su aparición en organizaciones en las que se da mayor ambigüedad y conflicto de rol, sobrecarga de tareas, climas laborales insatisfactorios, predominancia de estilos de liderazgo autocráticos y alto control sobre la tarea realizada (Bortoluzzi, Caporale, & Palese, 2014; Ertureten, Cemalcilar, & Aycan, 2013). A menudo, en el acoso se pone de manifiesto, por parte de supervisores y gerentes, la proyección de su miedo e inseguridad a la hora de gestionar adecuadamente determinadas situaciones y se busca un trabajador o grupo de trabajadores como chivos expiatorios (Piñuel y Zabala, Iñaki, 2004).

Los efectos y consecuencias del mobbing se encuentran tanto en el trabajador acosado como en las organizaciones (Ertureten et al., 2013; Fornés et al., 2011). En relación al trabajador mencionar: alteraciones orgánicas y mentales, absentismo y pérdida del lugar de trabajo, reducción de la calidad de vida laboral que afecta a las otras esferas de la persona, pérdida de prestigio y respeto social, abandono de la profesión y suicidio. Entre las relacionadas con la organización citar: bajo rendimiento y compromiso, alteraciones en la comunicación de los profesionales, bajas laborales elevadas, pérdidas económicas importantes y disminución en la calidad del servicio prestado (Bortoluzzi et al., 2014; Cornoiu & Gyorgy, 2013).

Por todo ello, la gestión de conflictos en las organizaciones de salud siempre comporta costes económicos (Novel, 2012). Los costes del conflicto se consideran siempre en el plano económico puesto que, tanto si son personales como sociales, siempre acaban repercutiendo en pérdidas económicas como gasto sanitario para atender las enfermedades derivadas de él o si hay que hacer frente a reclamaciones, demandas, absentismo, bajas laborales por enfermedad, entre otros (Novel, 2012). Es importante

señalar que los costes de los conflictos vienen determinados por su “no” resolución y por el efecto que su escalada conlleva en los profesionales que en él están implicados y en los usuarios atendidos por estos profesionales (Bender & Farvolden, 2008; Novel, 2012).

Femenia (2006) plantea que se dan unos factores relacionados con los efectos de los conflictos que pueden ser calculados en términos económicos (*Figura 14*).

- a. *Tiempo perdido*. Referente a las horas invertidas por las personas involucradas directamente en el conflicto, las de aquellas que se ven afectadas por el mismo y las de los profesionales encargados de gestionarlo (Novel, 2008; Ybema et al., 2010).
- b. *Calidad de las decisiones*, en tanto que fruto del conflicto, las decisiones se toman sin la información adecuada y relacionadas con la disputa (Leiter & Spence Laschinger, 2006; Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen, & Van de Heyning, 2009).
- c. *Pérdida de profesionales cualificados*. Profesionales que en relación directa o indirecta con el conflicto, se infravaloran e infrautilizan. A menudo las decisiones inadecuadas comportan que ciertos profesionales sean “cabezas de turco” de sus superiores jerárquicos. Asimismo profesionales que están desarrollando un proceso de burnout también pueden dejar su lugar de trabajo e incluso, abandonar la profesión. A todo esto, deben añadirse los costes que supone substituir estos profesionales así como la pérdida de su experiencia y competencia profesional (Pereira et al., 2011; Vinyamata, 2013).
- d. *Costes asociados a la salud*. En relación a los daños morales y emocionales, y los efectos negativos sobre la salud de los profesionales (Arrogante & Pérez-García, 2013; Novel, 2012; Slatten et al., 2011).
- e. *Costes legales*. Referidos a las indemnizaciones, los gastos por incapacidad laboral transitoria y permanente, los salarios de los profesionales que intervienen en la resolución del conflicto desde dentro de la propia institución (mediadores formales e informales) o por vías adversariales (abogados, procuradores ...) (Esparrica, Cervera, & Armadans, 2009).



*Figura 14. Costes derivados de los conflictos.
Elaboración propia*

INTERVENCIONES ORGANIZACIONALES PARA LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS

Ante el conocimiento de las situaciones que pueden generar burnout o violencia en las organizaciones y de las manifestaciones que indican su desarrollo, los profesionales utilizan estrategias de afrontamiento encaminadas a su prevención, minimización de sus efectos y resolución en tanto que si no se gestionan adecuadamente pueden ser generadoras de conflictos.

Las estrategias de afrontamiento para prevenir conflictos pueden categorizarse en dos grupos, en uno las individuales y grupales, y en el segundo las organizativas (Arrogante & Pérez-García, 2013). Entre las estrategias de afrontamiento a nivel individual y grupal, pueden incluirse:

- La formación continuada
- las técnicas de relajación (método de relajación muscular progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz, la meditación, el biofeedback, entre otros)
- las técnicas cognitivo-conductuales (el autoconocimiento, la detención del pensamiento, el pensamiento positivo, el método de resolución de problemas, los objetivos realistas, por citar algunos)
- las habilidades de interacción (el entrenamiento en habilidades sociales, la asertividad, las habilidades de negociación, la expresión de sentimientos, realizar demandas, la clarificación de valores, búsqueda de apoyo social, entre otras) (Novel, 2008; Salmurri Trinxet & Skoknic Cvitanic, 2003).

Debe especificarse que las estrategias individuales sirven para reducir la tensión y ansiedad que experimentan los profesionales que va a permitirles aumentar la capacidad para obtener una visión más amplia de la situación y la valoración realista de sus habilidades y recursos personales (Macías, Orozco, Amarís, & Zambrano, 2013; Sora Miana, Caballer, & Peiró Silla, 2014). Por otro lado, la aplicación única de estrategias centradas en la persona, puede ser en definitiva poco útil en el contexto laboral, en tanto que el control de la situación no depende exclusivamente del

profesional (Andrés Cebrián, Juan Ferrer, Escobar Palacios, Jarabo Izquierdo, & Martínez Novo, 2004).

Entre las estrategias organizacionales pueden mencionarse: la formación en servicio, la implicación de los trabajadores en los objetivos finales, la adaptación de las capacidades y habilidades de los profesionales al lugar de trabajo, favorecer la conciliación familiar, la mediación formal e informal, entre otros (Andrés Cebrián et al., 2004; Sora Miana et al., 2014).

Las estrategias de transformación de los conflictos una vez instaurados, según la intervención de las partes, van desde estrategias privadas que competen exclusivamente a las partes, como la negociación y la mediación, hasta aquellas en que un tercero con autoridad decide y dictamina la solución al conflicto, como la conciliación, el arbitraje y el juicio (Novel, 2010). Tal como desarrollé anteriormente, la negociación y la mediación denominados *Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos* (MARC), en la práctica, se han revelado más ventajosos que los sistemas convencionales de resolución de conflictos (Vall Rius, 2004). En esta tesis, y basado en el modelo propuesto por Novel (2010) desarrollaré las “unidades de mediación sanitaria” como estrategia para la transformación de conflictos en las organizaciones de salud.

Las organizaciones que precisan un trabajo compartido entre sus miembros con la interacción de diversas disciplinas y niveles jerárquicos de funcionamiento, conllevan situaciones y elementos que implican conflictos de características (Carnero de Blas, 2012). Sin embargo, tal como se he desarrollado anteriormente, en las organizaciones de servicios de salud se observan conflictos debido al desarrollo profesional específico, a la atención al paciente y a la relación que se establece con ellos y con sus familiares (Novel, 2008). En estas situaciones problemáticas, las relaciones interpersonales quedan afectadas negativamente sobre los grupos profesionales y la relación con enfermos y familiares, así como sobre la calidad de la asistencia sanitaria y, en definitiva, sobre la propia organización. En este sentido, tal como ya se ha dicho, la mediación se ha evidenciado como una estrategia eficaz y eficiente para la gestión y transformación de conflictos en las organizaciones de salud (Acland, 1993; Moore, 1995; Novel, 2012; Vall Rius, 2004; Vinyamata, 2013).

En su modelo de mediación organizacional, Novel centra su interés en las personas que constituyen la organización enfatizando en la salud de los profesionales y equipos,

cuidando sus interrelaciones y afrontando sus conflictos de forma saludable (Valls Calvet, 2012). Por ello, Novel (2009) en la implementación de su modelo planteó la incorporación de “Unidades de Mediación Sanitaria” (UMS) ubicadas en las propias organizaciones para transformar conflictos internos, entre los miembros y la propia organización, y externos con los pacientes y familiares. La autora considera las UMS espacios transversales para la gestión de conflictos en las propias organizaciones, enfatizando en la “transversalidad” para reforzar la condición que las UMS no guardan dependencia jerárquica con la institución lo que permite garantizar a los usuarios del servicio independencia y neutralidad en el proceso (Novel, 2008).

Los servicios que proporcionan las UMS son “*Sistemas de mediación*”. Novel se refiere a ellos como intervenciones de prevención y gestión de conflictos que, bajo el paradigma de la mediación, combina y complementa diversas estrategias ofrecidas desde los servicios de mediación de las organizaciones (Novel, 2010), tales como:

- *Intervenciones diagnósticas* que van a posibilitar que se establezca el mapa del conflicto y consecuentemente la intervención más idónea (Novel, 2012).
- *Asesoramiento* que incluye dos tipos de intervenciones, la preventiva y la curativa. En el primer caso el conflicto no está instaurado y una persona solicita adquirir formación para analizar y diseñar un plan de actuación que le permita abordar la situación problemática. En el segundo, el conflicto está instaurado pero una de las partes no desea iniciar un proceso de mediación; en esta modalidad, la parte interesada en la resolución adquiere estrategias para mejorar y abordar el conflicto. De este modo el asesoramiento tiene una clara intención educativa en la adquisición de nuevas competencias. Las sesiones de asesoramiento pueden ser individuales o grupales (Rogers, 2000).
- *Coaching* en conflictos. Ante un proceso de cambio, el *coaching* proporciona estrategias e intervenciones para que aquel se genere. El *coaching* es un proceso enfocado hacia el futuro que, a partir de la adquisición de estrategias, técnicas y habilidades propiamente mediadoras, capacitan al directivo y a los equipos implicados en el cambio, para la creación de un vínculo que les cohesione y les lleve al éxito de su proyecto (Farré Salvá, 2004; Martínez González, 2011; Payeras Serra, 2004). En este proceso de aprendizaje juega un papel clave el feedback.
- *Técnicas de consenso grupal*. Favorecen las decisiones conjuntas entre los miembros del equipo, a partir del trabajo colaborativo, consensuado e inclusivo. Señalar que la mayor parte de las intervenciones se realizan desde un enfoque

apreciativo, es decir incidiendo principalmente en lo positivo de las personas. El objetivo primordial de estas técnicas, es la remotivación de los equipos favoreciendo el rendimiento, las relaciones y el compromiso con la organización. A partir de los resultados obtenidos por Novel (2010), se señalan como logros a) mayor sentido de pertenencia y mejora de la autoestima personal y grupal, b) mayor complicidad e ilusiones compartidas, más allá del consenso, c) adquisición de habilidades de negociación a partir del diálogo pacífico, y d) dinamización, mejora y cambio de forma proactiva, con una mayor implicación en el cambio. Entre las técnicas de consenso grupal mencionar a) los diálogos apreciativos que buscan e inciden en lo que funciona dejando de lado las críticas que van desapareciendo en la medida que las sesiones avanzan (Zaidam, 2013) y b) las conversaciones de café o “*world café*”, donde se discute un tema de interés para todos desde una perspectiva creativa; en estas conversaciones los interlocutores se ejercitan en el uso de la “*escucha activa*” (Correa Domènech, González Sabaté, & Serrano Rasero, 2012).

- *Procesos de mediación.* Según la propuesta de Novel (2010), los procesos de mediación se refieren a los pasos a seguir para llegar al acuerdo incorporando los elementos característicos de las distintas escuelas desde una perspectiva integradora y que legitiman todos los recursos que aportan. Este planteamiento se pone en evidencia en la definición dada por Novel (2010:178): “*Proceso (establecido de acuerdo a etapas) mediante el cual los participantes (partes en conflicto), junto con la ayuda de un tercero neutral (el mediador), tratan con un sistema determinado los problemas derivados del conflicto (enfoque mediador), con objeto de encontrar opciones, considerar alternativas, transformar las relaciones en lazos de confianza, unificar las narrativas y llegar a un acuerdo mutuo que se ajuste a sus necesidades*”.
- *Apoyo estratégico* para la mejora y el cambio. Según el modelo integrador de Novel (2012), estos apoyos se dirigen tanto a directivos como profesionales que deseen mejorar sus habilidades de afrontamiento en situaciones problemáticas o de conflicto. De este modo, se diseña como intervenciones preventivas y curativas con un alto componente transformador.
- Técnicas para la *construcción de espacios de diálogo y de consenso grupal.* Con ellas se favorecen la resolución problemas y el cambio y mejora de las

organizaciones y equipos mediante la estimulación del compromiso, la motivación, la participación, la inclusión y la colaboración (Novel, 2013a).

Resaltar que la inclusión de profesionales de las organizaciones de salud a estas unidades, en tanto que conocedores de los valores y conflictos de la institución, implica mayor flexibilidad en la intervención con respuestas y actuaciones más acordes a la situación problemática y al tipo de conflicto (Esparrica et al., 2009).

Las intervenciones mediadoras llevadas a cabo desde las UMS, diseñadas e implementadas por la doctora Novel, implican un avance en la transformación de conflictos con los usuarios y en la prevención y gestión de los que se desarrollan en la organización entre sus profesionales (Armadans et al., 2009). En relación a estos resultados, cabe señalar que por cada intervención en conflictos externos (con los usuarios) se realizaron 6 en conflictos internos por lo que conjuntamente con estos resultados positivos en cuanto a la prevención y gestión de conflictos, se identificaron otros beneficios colaterales, que no pueden en absoluto minimizarse, como son la reducción del absentismo, mayor productividad y reducción de la judicialización (Novel et al., 2011). La relación positiva coste-eficiencia de los sistemas de mediación y la reducción drástica de costes, se evidencia en los datos presentados por Novel (2015) en cuanto que para gestionar conflictos de hasta quince años de evolución, se han realizado, de media, entre 6 y 9 sesiones semanales finalizando con acuerdos totales o parciales en el 84% de los casos.

Otro aspecto importante de la implementación del modelo de Novel, fue la incorporación de profesionales de los propios equipos formados en intervenciones y habilidades mediadoras, como mediadores internos o inter pares que contando con el reconocimiento del grupo se constituyeron como referentes en las organizaciones para la prevención y gestión del conflicto, sin dejar de realizar su actividad habitual en la organización (Martinez-Pecino, Mundate, & J, 2008; Novel et al., 2011). Incidir que existen personas que de forma natural son conciliadoras, como el caso de las enfermeras que por su propia actividad profesional actúan como mediadoras improvisadas con los propios compañeros y con enfermos y familiares, pero que para poder guiar una intervención mediadora deben formarse, no tanto en formación específica en mediación sino en la adquisición de estrategias y habilidades mediadoras para desarrollar una mirada mediadora y una manera específica de entender la relación entre las partes de un conflicto (Mola Sanna & Igual Ayerbe, 2010).

De este modo, las UMS incorporan mediadores profesionales para la gestión de conflictos de alta intensidad y proporcionan soporte a los mediadores internos que dan respuesta a conflictos de baja intensidad, en el sí de los propios equipos (Martinez-Pecino et al., 2008; Novel, 2008). Por otro lado, la actuación conjunta de los mediadores profesionales y los inter pares favorece que éstos últimos vayan adquiriendo experiencia y formación para que actúen con autonomía en los conflictos de baja intensidad y preparen la situación para derivarla a los primeros cuando la evolución del conflicto así lo requiera (Novel et al., 2011). Debe insistirse que la violencia manifiesta o latente será siempre una de las situaciones de derivación hacia un mediador profesional (Dapena et al., 2004).

CONSIDERACIONES FINALES

Uno de los primeros puntos a destacar es que una organización de servicios de salud y los profesionales que la constituyen no pueden comprenderse una sin los otros, en tanto que para alcanzar sus objetivos empresariales, la institución debe velar para que sus trabajadores, sea cual sea su lugar de trabajo y ocupación profesional, estén implicados en todas las etapas del proceso estratégico organizacional. De este modo, en esta interrelación entre una y otros, la aparición de conflictos se convierte en un hecho inevitable que forzosamente debe abordarse de forma constructiva para que sus efectos negativos, como consecuencia de una inadecuada gestión, no incidan en la institución de salud y en sus miembros destruyendo a la primera y afectando seriamente la salud de los trabajadores.

Así, las organizaciones de servicios de salud, por su complejidad, son aún más susceptibles de verse inmersas en procesos conflictivos tanto por sus propias características como por la específica actividad y la implícita toma de decisiones que afectan a personas en situación de vulnerabilidad y sufrimiento. Debe destacarse, que en la mayoría de ocasiones las decisiones deben consensuarse con los miembros del equipo de salud y negociar los recursos con los gestores. Si además se le añaden cuestiones contractuales (horarios, tipos de contrato), profesionales (especialización, interdependencia) y estructurales (ambientes laborales, diseños arquitectónicos) se constata la idea de la complejidad que implica para los profesionales desarrollar su actividad laboral en organizaciones de salud. Como consecuencia, los profesionales de la salud han experimentado un aumento de los riesgos psicosociales que por su intensidad y frecuencia deben ser detectados y gestionados para que no incidan negativamente en su salud física y psicológica. Los factores psicosociales de riesgo repercuten en el rendimiento de los profesionales, que puede manifestarse por diversas

situaciones como absentismo, escasa implicación en los objetivos institucionales y abandono temporal o definitivo del lugar de trabajo e incluso de la profesión, todos ellos, indicadores clave para determinar la salud de la organización. Desde la perspectiva de la sociedad, una profesión se devalúa si un elevado índice de sus profesionales la abandona al poco tiempo de haberse incorporado a ella.

Entre las situaciones más incapacitantes para los profesionales se definen el estrés laboral crónico o Síndrome de Burnout, el acoso ocupacional o Mobbing y la violencia directa o psicológica. Cabe remarcar que en relación al Burnout y al acoso, su génesis se corresponde más con factores relacionados con la organización que con características individuales del profesional que a menudo recibe de su entorno la idea de ser el o la culpable de lo que le está sucediendo. En resumen, es indiscutible que los conflictos generan elevados costes directos e indirectos, materiales y humanos. De este modo, debe plantearse un abordaje preventivo y de intervención que incorpore estrategias individuales para fortalecer a la persona, grupales para facilitar las relaciones interprofesionales y organizativas que incluyan a todos los trabajadores.

Remarcar que una de las estrategias institucionales que se ha manifestado más eficaz es la mediación organizacional. En este sentido, Novel implementó en Catalunya su modelo de mediación sanitaria que ha sido evaluado de forma satisfactoria. El aspecto clave del modelo es la consideración que las personas que constituyen la organización de salud son su eje vertebrador, por lo que establece que la mediación va a favorecer que en las interacciones interpersonales de sus profesionales se limite y reduzca la escalada de conflictos negativos, devolviendo el control de la situación y su resolución a los trabajadores implicados. Finalmente concluir que el desarrollo de la institución de salud se basa en que los profesionales que la configuran sean valorados como el bien más preciado y que deben ser cuidados, por lo que han de considerarse una inversión y no un gasto.

LA FORMACIÓN CONTINUADA Y LAS HABILIDADES MEDIADORAS

En las organizaciones, la manera como se entienda la Formación Continuada (FC) condicionará su abordaje y en función de esa concepción, los resultados de su evaluación se interpretarán de una manera u otra. Llorens (1997) propone tres formas de entenderla:

1. *Inversión o gasto*. La FC entendida como una inversión, significa que la organización confía en que esa formación dé resultados positivos a la empresa y destine recursos para su diseño, planificación, implementación y evaluación (Pineda Herrero et al., 2012; Sánchez-Henarejos et al., 2014).
2. *Servicio o producto*. Si se concibe la FC como un servicio, ésta responderá a las necesidades establecidas en ese momento concreto y que, en tanto que cambiantes, deberán ajustarse a cada circunstancia y situación (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; Palomero Pescador & Gutierrez Martín, 2005; Uribe-Tirado & Pinto Molina, 2013).
3. *Pieza clave de la planificación estratégica o acción esporádica*. Considerar la FC como parte de la estrategia de la organización significa que se la considera imprescindible para el logro de los objetivos institucionales. Por el contrario, definirla como esporádica significa atribuirle un valor momentáneo que puede responder más a una moda que a las necesidades reales de la organización (French, Bell, & Zawacki, 2007; Lusthaus, 2002; Mompert García & Durán Escribano, 2009).

Cabe señalar que aquellas instituciones complejas que consideran la formación como una herramienta estratégica incluida en su gestión, también la consideran una inversión y un servicio, impulsando la consecución de los objetivos propuestos para la mejora de sus prácticas con una función básica en el crecimiento y desarrollo de sus profesionales (Pineda Herrero, 2007; Tejada Fernández & Ferrandez Lafuente, 2007).

La FC es una de las bases fundamentales de toda organización sanitaria. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) la define como “*un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario*”¹². Por tanto en las instituciones de servicios de salud, la FC es imprescindible para el desarrollo y excelencia de sus profesionales, de la propia organización y del servicio prestado a sus usuarios y familiares (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; Tello Bernabé, Izquierdo-Palomares, Aguado Arroyo, & Ferrer Arnedo, 2011). Nótese que si la FC responde a las necesidades de la institución de salud y sus

¹² Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 noviembre de 2003; pp 41442-58.

profesionales, comportará el fortalecimiento de los mismos (López Rodrigo, 2012; Tejada Fernández et al., 2008). De este modo, la importancia otorgada a la FC está justificada, en tanto que las organizaciones podrán responder a las demandas y cambios constantes de la sociedad (Pineda Herrero et al., 2012; Pineda Herrero, 2007).

Por ello, ante la implementación de un nuevo proyecto, las organizaciones complejas diseñan programas formativos específicos para maximizar las probabilidades de alcanzar eficazmente los objetivos establecidos (Dolan, Martín Rubio, & Soto, 2004). En consecuencia, cualquier programa de FC debe planificarse con un estricto rigor metodológico en todas sus fases: determinación de las necesidades, establecimiento de los objetivos, elección de los contenidos, selección de los participantes, diseño del plan de acción, elección de las infraestructuras, selección de los formadores, preparación de los métodos didácticos, coordinación del plan de formación y evaluación de la formación (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; López Rodrigo, 2012) (*Figura 15*).



*Figura 15. Etapas del proceso de formación.
Elaboración propia*

Debe añadirse que, Ford et al (1995) exponen dos circunstancias para que se genere aprendizaje: a) los cambios en las competencias adquiridas han de ser permanentes y deben darse en las dimensiones cognitiva, emocional y conductual, y b) lo aprendido debe transferirse al contexto de trabajo (Llorens Gumbau, 1997).

Entre los efectos negativos de los conflictos en las organizaciones, se describen la disminución de la productividad, los costes de materiales, la rotación del personal, el absentismo, la insatisfacción y la desmotivación de los profesionales, las bajas laborales, entre otros (Cornoiu & Gyorgy, 2013; Femenia, 2006; Fornés et al., 2011). De este modo, para una adecuada modificación de estos efectos negativos se dispone de tres tipos de estrategias. Por un lado, las *preventivas* cuando abordan las causas generadoras de conflictos favoreciendo que no aparezcan o reduciendo considerablemente su intensidad; entre ellas pueden destacarse la formación y asesoramiento o *coaching*. Asimismo, a nivel preventivo, se ha revelado como eficaz la incorporación de profesionales que, poseyendo una cierta relevancia en el equipo y estando bien considerados por sus superiores, actúen como mediadores inter pares ante conflictos de baja intensidad aplicando estrategias comunicativas básicas (empatía, escucha activa y feedback de apoyo). Si se tiene en cuenta que estos profesionales forman parte del propio equipo, la redistribución de sus funciones supone una reducción importante de costes (Carnero de Blas, 2012; Novel, 2010).

Por otro lado, cuando el conflicto se está desarrollando pueden utilizarse estrategias *curativas* para disminuir su escalada y sus efectos más nocivos; entre ellas mencionar los procesos de mediación y los grupos de consenso. Por último, la aplicación de estrategias *rehabilitadoras* resulta imprescindible para gestionar las importantes secuelas que el abordaje de conflictos de alta intensidad haya dejado en todas las partes (Casanovas et al., 2011; Novel, 2008).

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN: EL MODELO DE D.L. KIRKPATRICK

Uno de los puntos clave de la FC es la evaluación de su impacto (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; Pineda et al., 2014; Tejada Fernández & Ferrandez Lafuente, 2007). Para ello, las organizaciones sanitarias han de establecer mecanismos que les permitan determinar los costes y beneficios de la FC en todas las etapas del programa de formación (Pineda Herrero, 2007). Cabe indicar que la determinación de los costes es un proceso más sencillo que el establecimiento de los beneficios puesto que los beneficios generados por la formación, en un alto porcentaje son indirectos y en diferido (Jiménez Rodríguez & Barchino Plata, 2011).

En la *Tabla 7* se presentan los tipos de beneficios en la organización consecuentes a la formación (Duart, 2002).

Categorías de beneficios	Tipos de beneficios	Incidencia directa de la formación	Incidencia en la cuenta de resultados
- Beneficios de fácil cuantificación y expresión en valores económicos	. Ahorro en costes y tiempo . Mejora de la calidad	Alta	Media
- Beneficios con dificultades para la cuantificación y expresión en valores económicos	. Mejoras en el trabajo . Innovación y creatividad . Clima relacional . Políticas de carrera profesional	Media	Media
- Imposibilidad para determinar los beneficios de cuantificación y expresión en valores económicos	. Satisfacción de usuarios y profesionales . Iniciativa y liderazgo . Competencias profesionales	Baja	Alta

Tabla 7. Beneficios para la organización. Adaptado de Duart, 2002

La “evaluación de la formación” es el proceso sistematizado de recogida de datos que conlleva el análisis del valor global de acciones o programas formativos que va a desembocar en la toma de decisiones para la mejora de los profesionales y del propio programa (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; López Rodrigo, 2012; Tejada Fernández et al., 2008). Asimismo, “evaluación del impacto de la intervención formativa” se refiere al proceso dirigido a establecer como, la adquisición de competencias sobre un determinado tema, repercute en el desempeño profesional del trabajador y en los costes-beneficios para la empresa (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Tejada Fernández et al., 2008).

En este punto, el proceso de evaluación de la FC lo presentaré a partir del modelo de Donald L. Kirkpatrick que desarrolló las bases de la evaluación de la FC a finales de los años 50 del siglo pasado (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). El modelo de Kirkpatrick se estructura en cuatro niveles que son interdependientes entre sí y que, de forma jerarquizada, cada nivel sirve de base para construir los siguientes, de tal modo que la evaluación del aprendizaje comienza siempre en el nivel I y termina en el IV. Los cuatro niveles descritos por Kirkpatrick son: *reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados* (Figura 16).



Figura 16. Etapas de la evaluación formativa. Elaboración propia

Cabe señalar que los tres primeros determinan el aprovechamiento del aprendizaje y el cuarto verifica su incidencia en el desempeño laboral (Jiménez Rodríguez & Barchino Plata, 2011). Kirkpatrick plantea que la evaluación de la rentabilidad comporta importantes dificultades considerando erróneo que sea el punto final del proceso evaluativo, puesto que otorgaría una perspectiva limitada del impacto de la formación en tanto que no contemplaría la mejora, permanencia y consistencia de los cambios en el desempeño laboral y en los objetivos institucionales (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; López Rodrigo, 2012; Pineda-Herrero, Quesada-Pallares, Mas, Espona, & Garcia, 2012).

Nivel I. Reacción

En el nivel “reacción” se valora la satisfacción de los participantes con el aprendizaje adquirido y se realiza después de la formación. La satisfacción se establece a partir del modo en que la percepción de lo obtenido en la formación está en consonancia o supera las expectativas previas de los participantes (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Pineda Herrero et al., 2012).

En esta dimensión, por un lado se recoge el agrado de los participantes hacia la actividad formativa al completo: idoneidad de los contenidos, claridad del profesor en la exposición, adecuación de los métodos didácticos, recursos de las instalaciones o material de soporte proporcionado. Asimismo incluye sus expectativas en cuanto a en que medida lo aprendido puede serles útil en el futuro, es decir mide lo positivo y lo negativo del programa desde la perspectiva de los participantes (Pineda-Herrero et al., 2012; Tejada Fernández et al., 2008). Incidir en que las evaluaciones que se realizan inmediatamente después de la formación pueden estar mediatizadas por interacciones entre los asistentes o aspectos emocionales por lo que los resultados pueden no ser del todo fiables para establecer con seguridad que el programa ha resultado o no eficaz (Tejada Fernández et al., 2008). Por ello, siguiendo la propuesta de Kirkpatrick, es importante realizar nuevas mediaciones en un espacio de tiempo más amplio, lo que da paso al segundo nivel (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Nivel II. Aprendizaje

En este nivel se determinan las competencias adquiridas, verificar el grado de consecución de los objetivos planteados y conocer la comprensión e integración de los conocimientos y habilidades desarrollados (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004).

La importancia de evaluar este nivel no radica exclusivamente en determinar que conocimientos se han adquirido sino que, de entre ellos, cuáles van a presentar menos dificultades para ser aplicados. Así pues, entre las numerosas estrategias que pueden aplicarse, mencionar las que van a permitir determinar las posibilidades de transferencia, como la realización de una prueba práctica realizada en el propio lugar de trabajo y poco tiempo después de finalizada la formación, o bien entrevistas a los asistentes para conocer que conocimientos, actitudes y habilidades consideran haber adquirido y las posibilidades de ser aplicados. En este punto, señalar que si los participantes no han percibido la posibilidad de transferir las competencias, se aumenta la probabilidad que no sean aplicados; por lo que el plan de formación debe responder a las necesidades expresadas por los participantes (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Mahtani-Chugani & Sanz-Álvarez, 2008). En conclusión, un programa formativo que contemple sólo las necesidades de la organización está, a medio y largo plazo, encaminado al fracaso (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Este nivel debe evaluarse a corto plazo, poco tiempo después de haber medido la satisfacción. De esta forma, el participante tiene presente y claro lo realizado en el curso habiendo transcurrido el tiempo suficiente para que se haya reducido la intensidad de los componentes emocionales que puedan representar un sesgo para la evaluación (Pineda Herrero et al., 2012; Smidt et al., 2009).

Nivel III. Comportamiento

En el tercer nivel se busca determinar la eficacia de la FC en el desempeño laboral, es decir, si se han transferido las competencias adquiridas a la actividad profesional (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Pineda-Herrero et al., 2012). Señalar que no se pretende establecer la cantidad de aprendizaje conseguido al finalizar la formación, sino que se quiere dar un paso más y determinar de lo que se aprendió, que se está aplicando (Tejada Fernández et al., 2008). Por otro lado, incidir que en las organizaciones de salud, la eficacia de la FC adquiere relevancia cuando mejora el ejercicio profesional y el plan de investigación (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004).

Según Kirkpatrick et al. (2006) la transferencia de las competencias, no guarda relación directa con el hecho de participar en una acción formativa, sino que deben conjugarse unas condiciones que dependiendo de su intensidad y de la relación entre ellas condicionarán la implementación de las competencias en la práctica diaria. Una, es la motivación de la persona para querer cambiar su desarrollo profesional. Dos, el profesional debe conocer qué ha de cambiar y como hacerlo. Tres, el clima laboral debe

ser estimulante y que permita adquirir las competencias e implementarlas. Y cuatro, el profesional debe ser recompensado por el cambio, tanto de forma intrínseca con satisfacción, sensación de valor y pertenencia, como extrínseca por parte de la organización con reconocimiento, incentivos y feedback. Por otro lado el profesional que se sienta recompensado y reconocido por una buena práctica, desarrollará la motivación trascendente tan necesaria para los profesionales de la salud en tanto que permite desarrollar la empatía hacia los pacientes (López Rodrigo, 2010). Las estrategias a utilizar para su evaluación se centrarán, entre otras, en la observación directa de los profesionales por expertos y el establecimiento de un grupo control que permita discriminar la aplicación de las competencias como efecto de la formación (Burns, Grove, & Gray, 2012; D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). La complejidad en la implementación de estas estrategias, da idea de las dificultades y lo costoso que resulta la evaluación de este nivel. Algunos autores plantean, además, la utilización de cuestionarios estructurados o semiestructurados que aun pudiendo ser considerados como menos fiables van a resultar menos costosos (Burns et al., 2012; Tenías et al., 2009). Sin embargo, debe especificarse que, si bien las pruebas escritas permiten averiguar qué competencias han adquirido los participantes no se garantiza que sean transferidas a la práctica, como en el caso de las actitudes y habilidades (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Smidt et al., 2009).

En este punto, si la transferencia se ha producido, es importante conocer qué estrategias se han implementado para que los cambios persistan en el tiempo, es decir, se dé la sostenibilidad (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Se considera sostenible aquel proceso que perdura en el tiempo manteniendo criterios de eficacia y eficiencia en relación a los resultados derivados de una acción (Mokate, 2001). Entre las estrategias que posibilitan que los cambios perduren se encuentran las sesiones formativas de refuerzo, las reevaluaciones periódicas, el asesoramiento y el feedback de apoyo (López Rodrigo, 2012; Williams, 2007). Todas ellas tienen la finalidad de potenciar los puntos fuertes y minimizar las áreas más débiles, utilizando un enfoque de crítica constructiva que ayude a crecer y progresar, separando en todo momento los problemas de las personas (Farré Salvá, 2004; Lederach, 2010; Soares, 2004).

De este modo, en este nivel han de incorporarse, no sólo la opinión de los participantes, sino también las opiniones y comentarios de compañeros, superiores y subordinados en tanto que van proporcionar informaciones de cómo se está produciendo en cambio post-formación y cuál es su percepción del mismo (Martin, 2010; Pineda Herrero et al., 2012). Con la determinación de la aplicabilidad, indirectamente se están evaluando

también los conocimientos adquiridos por lo que se favorece la revisión de la planificación del plan de formación y el feedback (Tejada Fernández et al., 2008). Es de destacar que la satisfacción positiva de la formación no garantiza la transferencia, pero es necesaria para que ésta se produzca (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). En este punto señalar que, si la transferencia de competencias adquiridas no supera el 50%, el plan de formación pierde su necesidad y resulta poco rentable (Pineda Herrero et al., 2012).

Por lo expuesto, la valoración de este nivel debe producirse a medio plazo para detectar que los cambios se están consolidando, dado que el proceso de cambio incluye avances y retrocesos antes de alcanzar las competencias deseadas; además, es clave que los retrocesos se consideren parte integrante del propio proceso y por tanto indicadores de progreso y crecimiento (López Rodrigo, 2012). Si las regresiones se consideran negativas, los profesionales pueden sentirse frustrados y desanimados para alcanzar los objetivos (Prochaska & Prochaska, 1993).

Es importante remarcar en qué factores pueden condicionar el mantenimiento de las competencias adquiridas. Uno, la presión del grupo que boicotee las iniciativas. Dos, la falta de refuerzos periódicos por parte de la organización. Tres, dificultades en los gestores de equipo para impulsar la implementación de las competencias adquiridas. Cuatro, las actividades de refuerzo excesivamente espaciadas en el tiempo. Y cinco, la exigencia y presión del desarrollo profesional diario. Todos ellos posibilitan que el profesional de una forma más o menos rápida, retome nuevamente hábitos, prácticas y actitudes previas a la formación (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Tejada Fernandez & Ferrandez Lafuente, 2012).

En este nivel se utilizan estrategias de evaluación que incorporan la voz de los participantes para conocer en primera persona y de forma directa sus impresiones y reacciones, tal y como las están viviendo proporcionando información emergente no prevista por los evaluadores. Asimismo, se emplean estrategias cerradas que suministran información concreta, diseñada y dirigida por los evaluadores (Burns et al., 2012).

Nivel IV. Resultados

En el nivel “resultados” se pretende determinar la efectividad y la eficiencia de los objetivos planificados en el plan de formación y su impacto en la organización. Este nivel permite relacionar los costes y los beneficios de la formación, es decir, se mide en

qué manera la organización ha mejorado sus servicios y su imagen corporativa. Por ello, se establece en términos económicos puesto que va más allá de la transferencia realizada por el profesional en su desempeño laboral (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Smidt et al., 2009). La medida de este nivel se efectúa a largo plazo. Asimismo, la determinación de los costes y beneficios precisa la implementación un buen plan de trabajo que incluya el momento idóneo para su ejecución, aconsejándose la utilización de un grupo control para disminuir los sesgos (Pineda et al., 2014; Wang & Wilcox, 2006).

En este punto, merece mencionarse que resulta complejo establecer el impacto en relación exclusiva con la actividad formativa, puesto que intervienen factores colaterales relacionados con los profesionales, la propia organización o las políticas sanitarias (Jiménez Rodríguez & Barchino Plata, 2011; López Rodrigo, 2012; Tejada Fernández et al., 2008). Además, no todos los cambios asociados a la FC se producen al mismo tiempo y de manera inmediata en tanto que pueden estar mediatizados por factores internos o externos a los profesionales (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; López Rodrigo, 2012).

Para finalizar, desarrollaré ciertas consideraciones relacionadas con la evaluación de la FC en las organizaciones según el modelo de Kirkpatrick. En primer lugar, se evidencian dos dimensiones de análisis (Figura 17). Una, referida a “quien evalúa” centrada por un lado, en los organizadores de la formación para los niveles I y II que comportan poca dificultad para ser evaluados, y los niveles III y IV mucho más complejos de determinar precisando una estructura organizativa más formal que diseñe un análisis sistemático y pormenorizado de la relación coste-beneficio. La segunda categoría, en relación a “a quien se está evaluando” centrada en los profesionales en los niveles I, II y III, y la propia organización en el cuarto nivel (Pineda Herrero et al., 2012; Pineda-Herrero, Quesada, & Moreno, 2010; Smidt et al., 2009; Wang & Wilcox, 2006).



Figura 17. Dimensiones de análisis de la evaluación de la formación.
Elaboración propia

En segundo lugar, a pesar de la opinión de los gestores en cuanto a la necesidad de establecer la relación coste-beneficios en el momento de la evaluación, el 90% de las organizaciones evalúan los programas de formación a partir de la satisfacción de los participantes; en cuanto a la evaluación de las competencias la cifra que se reduce a la mitad, y desciende al 20% las que evalúan las mejoras concretas en el lugar de trabajo (Biencinto López & Carballo Santolalla, 2004; Pineda Herrero, 2007). De este modo, se da la paradoja que siendo la determinación del impacto en los niveles III y IV la más valiosa para la organización, en las instituciones educativas y de salud son los niveles menos evaluados (Pineda Herrero & Serramona López, 2006; Tejada Fernández et al., 2008). Para ilustrar este planteamiento, en la *Figura 18* se representan los niveles de evaluación de Kirkpatrick relacionados con la dificultad para establecerlos, el tiempo que debe invertirse y la confiabilidad de la información (Gairín Sallan, 1999). En él se observa que a medida que se progresa en los niveles se produce un aumento de la dificultad, en tanto que cada nivel requiere técnicas más elaboradas de evaluación y una mayor inversión de tiempo aumentándose, nivel a nivel, la complejidad.

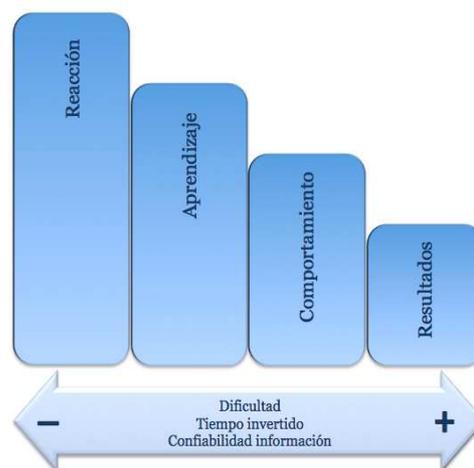


Figura 18. Dificultades en la evaluación de la formación en las organizaciones. Adaptado de Gairín, 1999

Para finalizar, incidiré en que esta tesis se centra en las “personas”, en los “profesionales” participantes en un programa de formación en habilidades mediadoras, por lo que no va a contemplarse la eficiencia sino la efectividad de la intervención formativa. Por ello el trabajo de campo se sitúa en el nivel tres del modelo de Kirkpatrick para conocer, en voz de los propios participantes, el significado que otorgan a la transferencia de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en el programa formativo, y la implementación de intervenciones complementarias para reforzar la sostenibilidad.

LA FORMACIÓN EN HABILIDADES MEDIADORAS

Tal como he expuesto, el conflicto es consustancial con la vida misma en tanto que se genera en las relaciones interpersonales, de modo que en su base se hallan siempre dificultades en la comunicación (Suarez, 2004). De este modo, la comunicación constituye tanto el origen del conflicto como la base para su transformación, y la mediación es una estrategia idónea (Farré Salvá, 2004). Por lo tanto, la gestión positiva del conflicto, se basa en la utilización de estrategias y técnicas de comunicación mediante las que, las partes en conflicto expongan sus intereses y divergencias y lleguen a acuerdos satisfactorios para ambas (Dapena et al., 2004). Por consiguiente, los mediadores formales e informales, deben poseer estrategias comunicativas que posibiliten el cambio en las relaciones interpersonales y la transformación del conflicto (Novel, 2010).

De entre estas intervenciones comunicativas, mencionar las “Habilidades Mediadoras” (HHMM) que se definen como un conjunto de conductas aprendidas mediante formación específica enmarcadas dentro de la cultura de la paz, que utilizadas convenientemente favorecen la comprensión del conflicto y consecuentemente su transformación; asimismo su uso mediante la práctica y el entrenamiento, puede llegar a convertirse en una “estrategia” (Novel, 2010; Whatling, 2013). El constructo “Habilidades Mediadoras” incluye estrategias, técnicas y actitudes que favorecen la comunicación eficaz entre las personas y la intervención positiva del conflicto (Dapena et al., 2004). De este modo, la formación en HHMM permite la capacitación de los profesionales de las organizaciones sanitarias con instrumentos para gestionar convenientemente los conflictos interprofesionales (Novel, 2012; Whatling, 2013).

A continuación se describen, *actitudes y estrategias*, componentes de las HHMM que facilitan una disposición interna positiva que, ante situaciones profesionales potencialmente generadoras de desequilibrio, favorecen la prevención de los conflictos (Novel, 2010) (Figura 19).



Figura 19. Componentes de las habilidades mediadoras. Elaboración propia

Señalar que ante el amplio abanico de habilidades y para alcanzar los objetivos propuestos, el mediador demuestra su maestría cuando escoge la técnica idónea para ese momento concreto, acorde a sus habilidades personales y a las características de las personas con las que ha de mediar (Munuera Gómez, 2007; Whatling, 2013).

Carl Rogers (2000) definió la *comprensión empática*, como la forma en que se percibe y siente el mundo interno del otro como si fuera el propio. En este punto el autor incide en la característica de “como si” como cualidad que el profesional nunca debe olvidar; se experimentan los sentimientos del paciente como si fueran propios pero, se tiene muy claro, que no lo son. Así pues, la empatía comporta mirar la situación “con” los ojos de la otra persona para conocer como lo siente y como lo vive, implicándose en ello pero sin reconocerlo como propio, con la plena consciencia de la individualidad ante una situación (D. L. Kirkpatrick, 2001). Sin embargo, tal como propuso Rogers, no debe olvidarse que ponerse en el lugar del otro y comprenderse con él, obliga a conservar una distancia emocional suficiente como para que no derive en una fusión afectiva entre ambos, a todas luces perjudicial para el paciente o parte y el profesional o mediador (Rogers, 2000; Tazón Ansola, García Campayo, & Aseguinolaza Chopitea, 2000). El profesional que reconoce con claridad el mundo del cliente, está en disposición de hacerle llegar su comprensión (Rogers, 2000).

En cuanto a la gestión de conflictos, el punto clave de la empatía aparece cuando el mediador transmite verbalmente a las partes que les está comprendiendo y manifiesta su aceptación hacia ellos sin juzgarlos (D. L. Kirkpatrick, 2001; Novel, 2010). Además, la disponibilidad y flexibilidad del mediador vinculadas al acercamiento empático, son también actitudes primordiales en la interacción mediadora. Por un lado, en la disponibilidad, el mediador es accesible al interlocutor según las condiciones previas establecidas con el mediado favoreciendo la confianza mutua. (Bimbela Pedrola, 2001; Morrison Valfre, 1999; Novel et al., 2003). Por otro lado, la disponibilidad puede actuar como un arma de doble filo si no cumple los compromisos establecidos o bien los modifica sin tener en cuenta a las partes, quedando su credibilidad en entredicho (Novel, 2010). En cuanto a la flexibilidad, referida a la capacidad del mediador para adaptar la situación según como se desarrolle el proceso de mediación, no significa ceder sin más a los requerimientos de las partes, sino que el profesional según su intuición y criterio profesional, incorpora modificaciones para alcanzar los objetivos planificados (Novel, 2010; Tazón Ansola et al., 2000).

Otra de las habilidades necesarias es la *escucha activa* (EA) o escucha eficaz, imprescindible para que la comunicación interpersonal sea efectiva tanto en el ámbito laboral como en el personal (Whatling, 2013). Novel (2010:240) propone la EA como el “*modo proactivo y dinámico de relacionarse con las personas (pacientes y familiares), facilitando y asegurando que el foco de atención esté puesto en el otro, atendiendo a sus necesidades y requerimientos*”. La EA es una técnica comunicativa potente y útil para que las personas, mediante el apoyo emocional que proporciona, puedan extraer sus propias conclusiones (D. L. Kirkpatrick, 2001; Torralba, 2006). Mediante la EA, el mediador actúa como amplificador de los pensamientos y sentimientos del mediado y facilita que puedan reformularse a sí mismos y reconsiderarse a la luz de la información que se les ha devuelto (Novel, 2010; Whatling, 2013).

El mediador, en su proceso de EA, va a utilizar técnicas comunicativas que se yuxtaponen entre sí para, a partir de su combinación, poder dar respuesta a las demandas o necesidades del cliente. Entre ellas se hallan (Borrell Carrió, 2004; Feixas Viaplana & Villegas Besora, 2000; Gendron, 2011; Morrison Valfre, 1999; Munuera Gómez, 2007; Novel, 2010; Whatling, 2013):

- La *confrontación* en la que se devuelve al emisor un comportamiento, sentimiento o pensamiento aparentemente contradictorio para que, al recibirlo, sea la propia persona que lo emite, la que lo analice. Hecho que puede generar ansiedad o frustración que precisa de un profesional competente para que pueda reconducir la situación y acompañar emocionalmente al cliente.
- Las *preguntas abiertas* que comportan la expresión libre de pensamientos y sentimientos en tanto que obligan a responderlas mediante varias palabras y no con sencillos monosílabos o palabras concretas, por lo que permiten obtener información más allá de lo que podría esperar el profesional. Por otra parte, las *preguntas cerradas* buscan indicaciones específicas y que permiten obtener respuestas con “sí” o “no” o con datos muy concretos; estas preguntas pueden llevar al profesional a concretar muy fácilmente la demanda, pero a perderse aspectos más ambiguos pero también importantes. Por ello se desaconseja el uso abusivo de las preguntas cerradas, excepto cuando el objetivo sea conocer un aspecto concreto que va a ser profundizado con preguntas abiertas.
- El *resumen* o “devolución a las partes” facilita que el profesional verifique la comprensión del mensaje al agrupar, ordenar y sintetizar la información obtenida,

tanto de los acontecimientos como de las emociones. Con el resumen se crea la oportunidad de modificar interpretaciones incorrectas en el profesional y a la vez posibilita que el mediado añada información al significado de lo dicho o discrepe. Por otra parte, con el resumen se devuelve la información filtrándola de toda connotación emocional o moral que el mediado pueda haber formulado. Es importante que esta devolución se recoja por escrito y sea conocida por las partes, con lo cual se favorece el cumplimiento de las propuestas acordadas. El resumen se diferencia de la *paráfrasis* en que, en ésta se hace un resumen muy conciso de lo que el interlocutor ha expuesto para que pueda examinar parte de lo que ha expresado a partir de la devolución que le llega del mediador, normalmente con sus propias palabras sin que tenga que ser literal; el mediador “concreta” y retorna una idea o sentimientos o emociones que se quiere enfatizar.

- El *uso del silencio*. El silencio se incluye en los componentes paraverbales de la comunicación. Se define como la ausencia de palabras, de comunicación verbal, pero que no implica que la comunicación no se produzca, sino que se manifiesta a través de él representando un componente esencial de la interacción (Gendron, 2011). Por consiguiente, como tal debe entenderse y no puede ser trivializado ni evitado (Torralba, 2006; Whatling, 2013). Es importante que el profesional o mediador sepa cuando es adecuado permanecer en silencio y cuando debe interrumpir. Si el profesional decide no interrumpir la exposición y reflexión del participante, debe efectuar determinadas indicaciones (asentir con la cabeza, mantener el contacto visual ...) para que la persona capte que se le está escuchando y comprendiendo (Schultz & Videbeck, 2013).

En este punto señalar que, el patrón habitual de comunicación no suele incluir la EA en tanto que las personas se centran en su narrativa y atienden a las historias de los demás cuando, algo de lo que están escuchando, se conecta con aspectos de la propia narrativa (Whatling, 2013). De este modo, practicar la EA significa dejar de lado las propias necesidades y centrarse totalmente en la otra persona, con una disposición empática para comprender la experiencia del otro desde su perspectiva (Munuera Gómez, 2007). Así en contextos profesionales como los que se están desarrollando en este trabajo, la EA puede y debe aprenderse (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

La *asertividad* se conceptualiza como una habilidad personal de interacción que comporta una expresión comprensible y franca de comportamientos, sentimientos, deseos y pensamientos tanto positivos como negativos, de forma adecuada (Novel,

2010). La asertividad, incluida en las habilidades sociales (HHSS), favorece que se establezcan y mantengan relaciones interpersonales satisfactorias, de manera que la persona no se deje manipular y consiga sus objetivos (Castanyer, 2012). Este estilo comunicativo posibilita que el sujeto se exprese en primera persona y defienda, sin agresividad, sus derechos respetando los de los que le rodean (Roca Villanueva, 2007). La asertividad es una característica específica del comportamiento social sano y por tanto no es universal, sino que debe considerarse en su contexto situacional y cultural (Caballo, 1997).

El manejo y control de la asertividad favorece que la persona se acepte tal y como es, y reconozca sus limitaciones (Castanyer Mayer-Spiess & Ortega, 2010). Por consiguiente, la persona que en sus relaciones interpersonales utiliza adecuadamente las habilidades sociales, aumenta significativamente las posibilidades de prevenir conflictos (Vinyamata, 2005). Por otro lado, las habilidades sociales no son innatas por lo que pueden encontrarse sujetos que no posean un estilo asertivo de comunicación y relación. Entre las causas de falta de asertividad, se señala como la más significativa “la falta de aprendizaje asertivo” (Castanyer, 2012).

El uso de la asertividad implica el balance entre beneficios y costes (Castanyer Mayer-Spiess & Ortega, 2010). Retomando a Novel, plantea que la asertividad es una habilidad social primordial y es importante “*saber reconocer y encontrar el momento adecuado para ser asertivo*” (Novel, 2010) :252. Por ello, en las organizaciones, debe tenerse en cuenta en que ocasiones puede ser conveniente no utilizarla, como:

- cuando se da un importante desequilibrio de poder que aumente la posibilidad de consecuencias negativas inmediatas
- derivado de su empleo, pueda provocar sufrimiento importante e innecesario a otras personas.

En los procesos de mediación, el uso de la asertividad aumenta las probabilidades de llegar al acuerdo, generándose en las partes y el mediador el convencimiento de haberse respetado los derechos de todos. Tal como propone Novel, cualquier mediador debe desarrollar, con solvencia, esta habilidad comunicativa y a la vez, terapéutica; de tal modo que, actuando como modelo, las partes adquieran un estilo de comunicación eficaz para transformar sus relaciones y gestionar sus conflictos (Farré Salvá, 2004; Novel, 2010; Suares, 2004).

La asertividad aplicada en la gestión de situaciones de diferencias y conflictos se expresa mediante el “lenguaje del yo” que permite exponer, tal como la persona siente, porque la situación le está afectando hasta el punto de generar un conflicto y manifestar cuál es su deseo de una manera agresiva (Farré Salvá & Gutiérrez, 2004; Novel, 2010). Cabe resaltar que mediante el “lenguaje del yo”, se disminuye el uso de la interrogación ¿por qué?, que se desarrolla desde el “lenguaje del tú” mucho más inquisitivo y que culpabiliza al otro y le pide que se justifique y dé razones (Novel, 2010; Whatling, 2013).

El *feedback*¹³ es una estrategia mediadora que se refiere a la información franca y comprensible que un profesional recibe sobre el resultado del cumplimiento de sus acciones en el marco laboral, emitida por compañeros, colaboradores y superiores que va para reforzar el comportamiento (Robbins, 2009). El feedback genera aprendizaje y debe incorporarse sistemáticamente en la estrategia de la organización y los objetivos personales del profesional, y no dejarlo únicamente en manos de los directivos que deseen proporcionarlo (Gigante, Dell, & Sharkey, 2011; Mayfield & Mayfield, 2011). La falta de feedback puede ser interpretada por el profesional como una aprobación al desempeño laboral, dificultando la identificación de sus fortalezas y debilidades e impidiendo la generación de cambios (Gigante et al., 2011; Mayfield & Mayfield, 2011). El feedback de apoyo (FA) busca reconocer una actividad profesional adecuadamente ejecutada y, por tanto, que persista (Baker, Perreault, Reid, & Blanchard, 2013). Asimismo es necesario y útil el uso del feedback correctivo cuando se pretende modificar o eliminar una conducta que no se ha conseguido con el uso del FA (Williams, 2007).

El proceso de FA favorece la sana expresión de sentimientos y necesidades sin culpabilizar, reconociendo lo positivo y la colaboración que la persona aporta al grupo o a la situación (Baker et al., 2013). El reconocimiento, para que sea efectivo y valorado como sincero debe darse en las dimensiones de Ser, Hacer y pensar, y Sentir y actuar, e incorporar el impacto que haya ocasionado la actuación que se está retroalimentando (Borrell Carrió, 2004; Novel, 2010). Con esta intervención, por una parte, se valoran y refuerzan la perseverancia manifestada por el trabajador y el cambio producido; por otro lado, se evidencia la reciprocidad entre las estrategias implementadas y los resultados obtenidos (Baker et al., 2013). En ocasiones, el profesional pueda aportar más de lo que en principio se le exigía, por lo que si no recibe información sobre su

¹³ Feedback, término anglosajón, que puede traducirse por retroalimentación. Sin embargo, en tanto que es un término totalmente aceptado en los departamentos de formación y recursos humanos, en esta tesis utilizaré el término original.

ejecución la acción no se refuerza positivamente y el valor añadido que se generó desaparece (Novel, 2010; Williams, 2007).

Williams (2007) propone que el feedback incluya detalladamente:

- La conducta que se desea reconocer, reforzar o modificar. El que lo proporciona debe especificar concretamente el comportamiento a modificar y no las impresiones extraídas de esa acción (Gigante et al., 2011).
- Las consecuencias que tal conducta ha generado tanto en la propia persona, como en compañeros y organización, es decir, en qué medida ha afectado a la globalidad de la institución (Nae, Moon, & Choi, 2015; Novel, 2010).
- Las sensaciones y emociones, en positivo y negativo, que ha experimentado el dador del feedback ante esa conducta y qué las ha provocado.
- Aquello que se pretende modificar, si se trata de un feedback correctivo, por lo que el comportamiento debe exponerse como una alternativa de mejora (Novel, 2010).

En los procesos de mediación es importante que el mediador proporcione FA a los mediados, ya que el reconocimiento del esfuerzo realizado para resolver el conflicto, va a facilitar que se llegue al acuerdo (Novel, 2010). Al proporcionar feedback debe utilizarse de forma consciente el uso del lenguaje de forma apreciativa, es decir eliminar aquellas connotaciones negativas que podrían no ser aceptadas por el interlocutor y substituyéndolas por sinónimos más neutros, sin dejar de señalar los puntos a mejorar pues permiten clarificar que se espera del profesional (Nae et al., 2015; Novel, 2010; Suares, 2004). Este proceso se denomina *reformulación* y se incluye en las técnicas asertivas ya que se expresa un pensamiento, emoción o conducta sin molestar al otro ni provocar rechazo (Novel, 2010). El feedback verifica si las partes han comprendido las instrucciones proporcionadas (D. L. Kirkpatrick, 2001; Nae et al., 2015).

El feedback adecuado aporta a los procesos de mediación (Kuhnen & Tymula, 2012; Williams, 2007):

- el conocimiento concreto de lo que se espera de las partes y como lograrlo
- un vínculo de confianza basado en la honestidad para los momentos de indecisión
- el aumento de las posibilidades de acuerdo
- la mejora de la autoestima y la autocalificación.

CONSIDERACIONES FINALES

La FC se ha determinado como imprescindible en las organizaciones de salud en tanto que, como estrategia, inversión y servicio, estimula y favorece el logro de los objetivos propuestos por la organización y el desarrollo y crecimiento de sus profesionales hacia la excelencia de sus intervenciones. Asimismo, se la considera una potente herramienta para la prevención e intervención de conflictos que puedan desarrollarse entre las personas que configuran la organización. Por ello, la FC debe incorporarse en el plan estratégico de la institución, sea del tipo que sea, como un factor de mejora en todos los niveles.

Señalar que la FC genera, por un lado, cambios directos relacionados con los objetivos concretos del programa formativo, y por otro, cambios indirectos como la disminución de los efectos laborales negativos y la adecuada gestión de conflictos. Debe tenerse en cuenta que se considera una organización inteligente aquella que es capaz, además de responder a los objetivos para la que fue fundada, de cuidar a sus “personas”, sus recursos humanos, para que aprendan a colaborar y trabajar en equipo entre ellos, exploten su creatividad y se impliquen en los objetivos de la institución para ofrecer un producto, o cuidados en las de salud, de alta calidad.

Por ello, la FC debe evaluarse para establecer la calidad de las intervenciones formativas determinando su eficacia, eficiencia, validez, utilidad y rentabilidad profesional y social. En este sentido, la FC se ha revelado más satisfactoria y eficaz si se tienen en cuenta las necesidades y preferencias expresadas por los participantes, por lo cual su evaluación debe realizarse en todos los niveles del proceso formativo. Señalar que los dos primeros niveles son los que más frecuentemente se evalúan y por contra, los dos últimos son los más costosos de determinar y los más útiles para la organización. Es importante remarcar que la evaluación de un programa formativo basada exclusivamente en la satisfacción de los participantes, es absolutamente insuficiente puesto que la satisfacción puede estar condicionada por factores ajenos al programa formativo. Así un mismo diseño puede ser evaluado de forma muy distinta según las condiciones formativas y los participantes.

En relación a las dificultades para transferir y mantener los cambios introducidos, los profesionales experimentan insatisfacción e impotencia por el coste añadido que supone su participación, no sólo en lo económico sino también de desgaste emocional por la sensación de “tiempo perdido”. Es frecuente que los profesionales deseen una formación y pongan mucho entusiasmo y expectativas en él y que cuando, una vez

finalizado, sea el momento de aplicar lo aprendido se encuentren con limitaciones organizativas o de funcionamiento que choquen frontalmente con los objetivos propios de la formación.

Puede afirmarse que para el mantenimiento de las competencias adquiridas es imprescindible que se realicen formaciones de refuerzo y se proporcione feedback, puesto que si las competencias no se refuerzan, la tendencia es volver a mostrar actuaciones profesionales que se pretendieron modificar con la formación. La ausencia de feedback acaba produciendo conflictos costosos de gestionar siendo perjudiciales tanto para las personas directamente implicadas como para las que, de forma indirecta, reciben sus consecuencias. Por todo ello, el feedback y el refuerzo son elementos clave en las relaciones interprofesionales que van a favorecer un mejor funcionamiento interpersonal.

Asimismo, la dificultad en la evaluación de los últimos niveles radica en que la formación no puede considerarse como un factor único para el cambio, sino que intervienen numerosos factores con grandes dificultades para determinarlos en tanto que pueden estar muy alejados del programa de formación o haberse diseñado sin tener en cuenta la situación de los participantes.

Por todo ello, para la gestión de los conflictos interrelacionales en las organizaciones sanitarias, es preciso que ciertos profesionales, sin ser mediadores formales, adquieran habilidades mediadoras para la gestión de situaciones problemáticas que puedan provocar o escalar conflictos graves. Las HHMM convenientemente utilizadas, favorecen la prevención y transformación de conflictos y se convierten en potentes estrategias en las interacciones interprofesionales. Entre las HHMM destacan, tanto en la interacción profesional como en los procesos de mediación, la empatía, la escucha activa, la asertividad y el feedback de apoyo. Señalar la característica de circularidad que se da entre ellas, influyéndose recíprocamente unas con otras, siendo incompatible poder desempeñar con solvencia unas y no poseer ninguna habilidad para otras. De este modo, para mostrar una comprensión empática el profesional o mediador debe poseer habilidades para la escucha activa y saber utilizarlas adecuadamente de modo que le permitan focalizar la intervención en el paciente o mediado, dejando de lado sus necesidades e intereses y para ello debe conocer si determinadas creencias irracionales propias están interfiriendo en la interacción. Asimismo, mostrar con competencia la escucha activa se enlaza con el conocimiento de los propios derechos asertivos y los del paciente o mediado y con la capacidad de dar apoyo.

3. OBJETIVOS

A partir de lo expuesto, esta tesis pretende dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- a. ¿Qué significados otorgados por el profesional participante en la formación en Habilidades Mediadoras (HHMM) están involucrados en la incorporación de las estrategias adquiridas a su práctica profesional?
- b. ¿Qué lleva al profesional participante en la formación en HHMM a seguir transfiriendo y manteniendo las competencias adquiridas en HHMM aún cuando su aplicación pierde relevancia en los objetivos de la organización?

En consecuencia, los objetivos de esta tesis que emanan las anteriores preguntas son:

OBJETIVO GENERAL

Comprender el significado que los profesionales de organizaciones de la salud participantes en el programa formativo en HHMM, otorgan al proceso de transferencia y sostenibilidad de las habilidades adquiridas durante la formación en su lugar de trabajo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el significado que los participantes otorgan en cuanto al proceso de implementación de nuevos comportamientos y estrategias profesionales para la modificación y mejora de situaciones potencialmente generadoras de conflictos.
- Profundizar en la comprensión de los motivos y factores por los que, los profesionales participantes a pesar de no contar con el apoyo de la organización, siguen aplicando las HHMM en su lugar de trabajo .
- Examinar los condicionantes profesionales y organizacionales autopercebidos que facilitan o dificultan el proceso de sostenibilidad de los cambios introducidos mediante estrategias de refuerzo.

4. METODOLOGÍA

Dada la intención de este estudio de comprender y generar teoría sustantiva respecto al proceso de transferencia y mantenimiento de las competencias adquiridas en el programa formativo en habilidades mediadoras, su diseño se desarrolla a partir de la metodología cualitativa idónea para indagar y comprender los fenómenos a partir de la experiencia y los significados desde la perspectiva de las propias personas para conocer y comprender una realidad social (Denzin & Lincoln, 2012). Asimismo, las bases *onto-epistemológicas* se desarrollarán desde la óptica del paradigma constructivista y la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, utilizando la teoría fundamentada como metodología y las entrevistas en profundidad, narrativas y grupo de discusión como métodos de recogida de datos. En la *Figura 20* se presenta, siguiendo las indicaciones de Crotty, la secuencia de mayor abstracción hasta los aspectos más aplicables de los cuatro elementos metodológicos que configuran toda investigación: la epistemología, la perspectiva teórica, la metodología y los métodos de recogida de datos (Crotty, 1998).



Figura 20. Elementos metodológicos de la investigación. Adaptado de Crotty, 1998

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los seres humanos son extremadamente complejos y sus productos mentales, en tanto que no son estables sino cambiantes, no pueden ser estudiados únicamente desde una perspectiva directa de causa-efecto, positivista, y precisan modelos más abiertos para comprenderlos en todas sus facetas (Polit & Hungler, 2000; Rincón Igea, Arnal Agustin, Latorre Beltrán, & Sans Martín, 1995). La complejidad humana se pone en relieve al constatar la capacidad de generar y modificar sus propias experiencias y los

significados atribuidos, no a una única realidad sino a un abanico de múltiples realidades (Polit & Hungler, 2000). Para comprender los fenómenos humanos desde esta perspectiva, se deberán descartar los planteamientos clásicos que reducen estos fenómenos a actos estereotipados definidos previamente por el investigador.

En la investigación cualitativa se hace referencia a una forma de conocer la realidad social. En este sentido, la investigación cualitativa es interpretativa y subjetiva por lo que es idónea para comprender los fenómenos a partir de la experiencia y los significados que las propias personas les atribuyen, es decir desde una perspectiva emic, desde sus propios significados (Denzin & Lincoln, 2012). Por ello, los significados deben explorarse como un producto únicamente personal en tanto que son fruto de las vivencias de cada uno y por tanto, le son propios e intransferibles (Botella & Feixas, 1998).

En la investigación cualitativa, el investigador es una pieza fundamental como observador directo de los productos humanos en su contexto natural, formando parte de ellos y provocando, con su intervención interpretativa, que esa realidad se ponga de manifiesto (Robson, 2002; Valles Martínez, 1993). Los significados se co-construyen entre persona y su entorno, por lo que también el investigador participa en esta co-construcción, y debe comprender con profundidad cuales son los procesos que los generan y en los que intervienen los valores y las creencias (Taylor & Bogdan, 2010). Además, el investigador debe tener en cuenta qué efecto provoca en las personas investigadas, ha de verificar todos los datos no dando nada por sobreentendido para llegar a comprender sus perspectivas (Taylor & Bogdan, 2010). En tanto que el investigador participa directamente en la investigación, al realizar “desde dentro” la comprensión y el estudio del fenómeno, no puede ser totalmente objetivo, sino que debe partir de su “subjetividad” y de sus preconcepciones para llevarlo a cabo, por lo que pudiendo producirse el “sesgo del investigador” deberá buscar mecanismos para que no se condicionen los resultados (de la Cuesta Benjumea, 2003). Más adelante se explicarán los mecanismos de rigor científicos utilizados para limitar los sesgos. En definitiva, la investigación cualitativa se aborda desde un planteamiento inductivo que se inicia en la interpretación de los datos y, a partir de lo observado, se accede a la teoría (Polit & Hungler, 2000).

Por lo expuesto, para comprender el significado que los profesionales de la salud, participantes en un programa formativo en HHMM, otorgan a la posibilidad de transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas, es altamente

recomendable el uso de la investigación cualitativa. Por ello debe darse voz a los profesionales para que desarrollen su experiencia tal y como la viven para comprender el significado y sentido que dan al proceso. Además si la posibilidad de transferencia y sostenibilidad está mediatizada por las interacciones con los pacientes, los compañeros y los gestores de la organización que van configurando realidades cambiantes, el paradigma que va a enmarcar esta tesis es el constructivista.

LA EPISTEMOLOGÍA: EL PARADIGMA CONSTRUCTIVISTA Y EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

La postmodernidad incorporó una epistemología propia, que desde una perspectiva psicológica, dio lugar al constructivismo y desde la social al construccionismo, y que al abordarse conjuntamente pasó a denominarse psicología construccionista (Munné, 1999).

El *Constructivismo*, apareció en las décadas de los setenta y ochenta del siglo pasado como forma de oposición a la modernidad, considerando las creencias como resultado de la construcción social y no como verdades inamovibles. Al paradigma constructivista se le define como “emergente, alternativo, naturalista, interpretativo” en contraposición a “prevaliente, clásico, racionalista” características del paradigma positivista (Valles Martínez, 1993). Uno de los puntos centrales del positivismo es la realidad única, objetivable y manipulable que puede ser estudiada aislada de su contexto, mientras que el constructivismo se focaliza en las realidades múltiples que no pueden comprenderse por procesos lógicos y que deben ser contextualizadas para asimilarlas (Labra, 2013; Valles Martínez, 1993). En el positivismo, el investigador no interactúa, sino que se mantiene alejado del objeto de estudio, mientras que para el constructivista investigador e investigado se imbrican de tal manera que los resultados es el fruto de la interacción entre ambos (Guba, 1990) (Tabla 8).

Constructivista	Positivista
Postmodernidad	Modernidad
Construcción social	Verdades inamovibles
Emergente, alternativo, naturalista, interpretativo	Prevaliente, clásico, racionalista
Subjetivo	Objetivo
Realidades múltiples, no comprensible por procesos lógicos, situadas	Realidad única, objetivable, manipulable, aislada del contexto
Investigador e investigado comprometidos	Investigador alejado del objeto de estudio, neutral

Tabla 8. Diferencias entre los paradigmas constructivista y positivista. Elaboración propia

Los postulados constructivistas se manifestaron en ámbitos tan diversos como la cultura, el arte, la filosofía, la literatura, la educación, el periodismo y la psicología (Botella & Feixas, 2008). El constructivismo propugna que la persona es una construcción dinámica, proactiva, con una intencionalidad en sus actos, fruto de la interacción con otros y el entorno social y cultural, de manera que los aceptan y reflexionan, interpretando y reinterpretando esa información a partir de las situaciones en las que se encuentra y los fenómenos que se producen (Denzin & Lincoln, 2012; Novak, 1988).

Además, desde la perspectiva constructivista, la construcción del mundo se efectúa de forma inconsciente por el hecho de que se realiza sin darse cuenta, de una manera intuitiva (Watzlawick, 1990). De este modo, el ser humano construye y reconstruye el conocimiento de manera activa y reflexiva en interacción con el objeto de estudio y de los esquemas que posee, generándose patrones explicativos, cada vez más complejos, de la realidad (Botella & Feixas, 1998). Para Watzlawick (1990) el conocimiento es la comprensión de cómo cada ser humano construye su mundo y lo “real” es lo que un grupo acepta como tal. De este modo, la adquisición del conocimiento deviene “significativo”, “con sentido”, en tanto que el nuevo conocimiento se relaciona con el que ya se posee, con lo aprendido con anterioridad, con las experiencias y vivencias que la persona posee (Ausubel, Novak, & Hanesian, 1983). En base al constructivismo son esenciales las nociones de deconstrucción y reconstrucción entendidas, respectivamente, como la mejora y cambio de ideas y creencias que se poseen, con la generación de nuevas a partir de la interpretación de la nueva realidad, mediante la imbricación de lo nuevo con lo antiguo (Polit & Hungler, 2000; Watzlawick, 1990). Debe comprenderse que, desde el paradigma de la complejidad, este planteamiento se complementa con una forma de pensar en la que se conjugan elementos como la incertidumbre y la contradicción, lejos de las certezas del paradigma positivista que obligaban a una única forma de comprender el mundo (Morin, 2007). Por ello, la interpretación posibilita que, desde la propia subjetividad, se pueda comprender la experiencia a partir de la propia perspectiva de los sujetos que la están viviendo (Camejo, 2006; Schwandt, 2000). Por ello, el constructivismo se fundamenta en planteamientos dialógicos y hermenéuticos (Guba, 1990).

En relación al *Construccionismo social*, que tiene en Kenneth Gergen (Gergen, 1985) uno de sus autores más representativos, surge también en la época posmoderna y comparte con el constructivismo, proposiciones que cada uno desarrolla según su perspectiva; así por ejemplo, coinciden en que la adquisición de conocimiento, es un

proceso psicológico y social que construye una realidad que va a determinar la manera de interaccionar del hombre (Munné, 1999; Sandoval Moya, 2010). Tanto para el constructivismo como para el construccionismo, la realidad se construyen cuando los seres humanos se ponen de acuerdo en ello, es decir, la realidad se entiende como un fenómeno social fruto de la interacción entre las personas (K. J. Gergen, 2007). Además, consideran que el ser humano no puede comprenderse sino es integrado con su entorno, su universo, poniendo énfasis el constructivismo en los aspectos psicológicos y el construccionismo en los sociales (Jubés, Laso, & Ponce, 2000). Para ambos el “sujeto pasivo y receptor de la realidad”, característico del paradigma positivista, pasa a ser “sujeto activo constructor de la realidad” (López-Silva, 2013).

Por otra parte, en cuanto al conocimiento, tal como se ha dicho, el constructivismo propone que su construcción se efectúa a partir de esquemas y arquetipos que el sujeto posee, generando su propia realidad por comparación con las personas de su entorno; además contempla el pensamiento propio, personal y libre de la persona. En cuanto al construccionismo se plantea que el significado de los fenómenos internos, las emociones, se construyen socialmente en las interacciones humanas, y que el pensamiento es cooperativo entre los grupos (López-Silva, 2013; Munné, 1999). El constructivismo y el construccionismo, según Hoffman (1999) se corresponden con dos versiones específicas de la posmodernidad, sobre la construcción de la realidad, la comprensión del ser humano y del conocimiento (Agudelo Bedoya & Estrada Arango, 2012; Aguirre Garcia & Posada Ramirez, 2013).

Así a la vista de lo expuesto, en esta tesis me basaré en los fundamentos onto-epistemológicos del paradigma constructivista y en el construccionismo social en tanto que no pretende establecer patrones de conducta tras la realización de un programa formativo en HHMM, sino que busca conocer e interpretar el proceso de obtención de significado del programa en cuanto a la transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas, que le han otorgado los participantes.

LA PERSPECTIVA TEÓRICA: EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

El Interaccionismo Simbólico (IS), considerado como una teoría microsociológica, es un planteamiento interpretativo que concibe a la sociedad como una entidad constituida por personas y grupos en constante interacción, y que esta sociedad se fundamenta en los significados que las personas tienen de los fenómenos, que no resultan de los procesos mentales sino de la interacción (Crotty, 1998). El punto clave

del IS es que las personas actúan con su entorno a partir del significado que han construido (García Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo, & Gordo Luis, 2010).

Por otra parte, el IS es el enfoque necesario para estudiar la acción y la interacción de las personas en la construcción de significados íntimamente ligado a la investigación cualitativa (Schwandt, 2000). La ideología fundamental del IS fue estructurada por Herbert Blumer, a partir de las ideas de Mead (Tardivo & Fernández Fernández, 2014). El IS desarrolló las siguientes proposiciones básicas. Primera, los seres humanos actúan sobre los objetos y las personas que le rodean partiendo de los significados que ellos mismos le han otorgado. Segunda, estos significados se generan en la interacción social, a partir principalmente de la comunicación, y tercera las personas manejan y modifican los significados mediante un proceso interpretativo que realizan a partir de sus experiencias y propósitos (Carabaña Morales & Lamo de Espinosa, 1978; Sanchez de la Yncera, 1991).

Otras propuestas formuladas por el IS son:

- Las personas y el mundo no pueden comprenderse separadamente porque el ser humano está en constante cambio debido a la interacción con otros seres humanos (Carabaña Morales & Lamo de Espinosa, 1978).
- La naturaleza del ser humano está constituida por el “Yo” y el “Mi”. El “YO” surge como reacción espontánea a la forma de actuar del otro y que no puede ser dominado por los demás. El “MI” referido a las actitudes que la persona muestra de sí mismo y que incorpora y comparte con las actitudes de los otros, configurando ambos la construcción del “Yo social” (Ibarra Mendoza, 2008).
- Las personas son consideradas seres que han adquirido la capacidad para reflexionar inteligentemente sobre sus pensamientos y actos a través de la interacción interpersonal (Carabaña Morales & Lamo de Espinosa, 1978).
- El comportamiento humano no está determinado, sino que deviene de una motivación personal como resultado de la interacción con las personas (Perlo, 2006).
- La sociedad es interacción y cualquier cambio que se genera, se produce cuando los sujetos funcionan como un todo, donde cada uno aporta su desarrollo personal (Carabaña Morales & Lamo de Espinosa, 1978).
- El investigador forma parte del proceso de investigación, y su posicionamiento ante el fenómeno de estudio debe realizarlo con los ojos de las personas estudiadas (Sandin Esteban, 2003).

En esta tesis, la aportación del IS facilita la comprensión de los micro-procesos sociales que tienen lugar en las interacciones en contextos de salud en cuanto a las relaciones entre sus profesionales, entre éstos con sus jerarquías y con los usuarios de los servicios. Estas interacciones están mediatizadas por los significados específicos que cada persona les atribuye; significados con un posible efecto generador de conflictos en el supuesto que las personas perciban que no van a poder lograr sus expectativas y metas, ya sea como sujetos individuales o grupos de personas, como equipos o familias.

Por otra parte, el IS ayuda a comprender la influencia de determinados procesos sociales, como la recesión económica, que inciden en el desarrollo de planteamientos e intenciones de cambios por parte de grupos profesionales y sus miembros, en el proceso de su implementación y mantenimiento. Asimismo, a partir de las proposiciones básicas del IS, se va a poder entender a las enfermeras que deciden mantener o no la implementación de intervenciones preventivas y de resolución frente a conflictos, en función del significado que previamente han otorgado a esa implementación y sus resultados. Por otro lado, los significados que les son propios porque están fundamentados en realidades e historias personales y de grupo, no van a poder comprenderse si se desvinculan del efecto que la estrategia organizativa ha tenido en ellos, así como si no se interpreta la implicación de las características personales en la consecución de una cohesión de los profesionales y un entorno laboral sano.

LA METODOLOGÍA: LA TEORÍA FUNDAMENTADA

La Teoría Fundamentada (TF) se considera una metodología para desarrollar teoría a partir de la recogida y análisis sistemático de los datos (Sandin Esteban, 2003; Strauss & Corbin, 2002). Si bien en sus inicios la TF se regía por criterios científicos tradicionales, en revisiones posteriores se la ha situado en el paradigma constructivista desde el cual el investigador debe formar parte del proceso de investigación, (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002).

La TF pretende investigar fenómenos en su totalidad a diferencia de la fenomenología o la etnografía que se centran en generar descripciones comprensivas. La TF se fundamenta en el IS para conocer y comprender como los seres humanos, mediante las relaciones interpersonales, determinan un hecho o suceso (García Vivar et al., 2010). Por ello, se ha revelado como una metodología cualitativa inductiva idónea para explorar situaciones desconocidas y explicar la interpretación de los significados de las personas desde su propia realidad, aportando un amplio conocimiento de una

experiencia concreta (de la Cuesta Benjumea, 2006; García Vivar et al., 2010). Asimismo, se la recomienda para estudiar procesos de cambio en el devenir de las personas (Acebedo Urdiales, Rodero Sánchez, Vives Relats, & Omella Lolo, 2005; Acebedo-Urdiales, Rodero-Sánchez, Vives-Relats, & Aguarón-García, 2007; Mitchell & Bournes, 2011).

Por otro lado, si la investigación pretende profundizar en el marco teórico de un campo de conocimiento concreto, la TF permite que del análisis de la información se genere teoría sustantiva que ayude a explicar el mundo real (García Vivar et al., 2010). La teoría sustantiva es la que emerge de un área empírica de investigación, en contraposición a la que deriva de un campo conceptual denominada teoría formal; la TF se desarrolla en áreas de estudio delimitadas mientras que las teorías formales se desarrollan en situaciones generales (García Vivar et al., 2010; Glaser & Strauss, 1967). Una característica clave de la TF consiste en que sus proposiciones generales emergen del análisis de los datos y no previamente como en la investigación tradicional (Sandin Esteban, 2003). Los datos se extraen de la propia experiencia de los participantes y ellos son los que los proporcionan y que co-construyen con el investigador y se corresponden con hechos, interacciones o acontecimientos relacionados con la interacción social (Denzin & Lincoln, 2012). Entre sus métodos de recolección de datos se encuentran las entrevistas, las observaciones y los grupos de discusión (Sandin Esteban, 2003). Por todo ello, el propósito principal de la TF, radica en la emergencia de teoría sustantiva a partir del análisis de los datos proporcionados por los participantes; los productos de este análisis son planteamientos teóricos de la situación (de la Cuesta Benjumea, 2006). Es decir, la construcción de teoría conlleva la comprensión de un fenómeno social, a partir de un conjunto de conceptos interrelacionadas mediante un proceso inductivo analítico de recogida de datos, análisis riguroso y sistemático, y organización de los resultados que van a generar hipótesis (García Vivar et al., 2010).

Los componentes básicos que deben estar incluidos en una investigación de TF son:

a) *El muestreo teórico*. Es el proceso que permite recoger los datos. En el caso de la TF se planifica el muestreo inicial y a medida que se van analizando y emergiendo datos se hace necesario buscar más participantes o situaciones para completar la teoría emergente (García Vivar et al., 2010; Mahtani Chugani, 2009). En el muestreo teórico el investigador elige los participantes que considera que mejor van a contribuir a desarrollar y refinar los conceptos y teorías emergidas del estudio (Cuñat Gimenez, 2007) no estando totalmente determinado al inicio del estudio (Samter, 2012).

Asimismo, posibilita comparar los fenómenos y establecer las variaciones en las categorías (Carrillo Pineda, Leyva-Moral, & Medina Moya, 2011).

b) *La saturación teórica*. Se refiere al momento en que los nuevos datos ya no aportan información relevante, es decir, a nivel teórico los datos se han “saturado”, no emergen nuevas dimensiones o relaciones entre los datos o los que surgen no permiten establecer nuevas categorías (Carrillo Pineda et al., 2011; Samter, 2012).

c) *La comparación constante*. Este proceso se va produciendo circularmente, en tanto que se recogen datos y, simultáneamente, se analizan lo que provoca que emerja nueva información que vuelve a ser analizada, y así sucesivamente hasta el momento en que ya no surgen nuevos datos (saturación teórica), es decir los datos son resultado y origen (Carrillo Pineda et al., 2011; Mahtani Chugani, 2009). De este modo, emergen patrones de comportamiento que se van repitiendo como resultado de comparar repetidamente semejanzas y diferencias de fenómenos (García Vivar et al., 2010).

El “*Método de las Comparaciones Constantes*” (MCC), propuesto por Glaser y Strauss es según Carrillo (2011) “*un conjunto de guías y procedimientos para desarrollar conceptualizaciones de los datos de manera inductiva*” (Carrillo Pineda et al., 2011:97). Para el análisis de datos se proponen tres niveles en los que la información obtenida se va sucesivamente reduciendo y estructurando teóricamente (Carrillo Pineda et al., 2011; Medina Moya, Jarauta Borrasca, & Urquizu Sánchez, 2005).

En el primer nivel (*codificación abierta*), a partir del material transcrito, se identifican unidades de análisis o códigos (palabras, líneas, párrafos u oraciones con significado incluidas en un párrafo) que en sí mismas poseen significado (García Vivar et al., 2010). Asimismo se identifican unidades de significado temático (conversaciones o acontecimientos) que permiten encontrar otras unidades con el mismo tema (García Vivar et al., 2010; Osses Bustingorry, Sanchez Tapia, & Ibañez Mansilla, 2006); las unidades de análisis (UA) o significado se analizan y se buscan semejanzas temáticas o conceptuales y diferencias entre ellas (Samter, 2012). La agrupación de UA se denominan categorías que se definen operacionalmente (Cuñat Gimenez, 2007). El objetivo de la codificación abierta es el inicio del camino hacia la teoría, la inducción (Trinidad Requena, Carrero Planes, & Soriano Miras, 2006).

En el segundo nivel, a partir de las relaciones entre los códigos, los datos se reagrupan para constituir organizaciones conceptuales más amplias, las categorías. Se denomina

codificación axial, en tanto que una categoría incluye códigos más simples conceptualmente y constituye un eje que los vertebra y del que emergen las subcategorías (Carrillo Pineda et al., 2011; Samter, 2012). Cabe especificar que las categorías no son datos en sí mismos, sino que se forman de los datos. Es en este nivel donde, en base al análisis más minucioso de semejanzas y diferencias se configuran categorías superiores, metacategorías, y se posibilita la generación de teoría sustantiva de la realidad (Cuñat Gimenez, 2007; García Vivar et al., 2010). Cuando las relaciones establecidas no posibilitan el desarrollo de teoría, es preciso reiniciar el muestreo para que los nuevos informantes aporten más información.

Por último, en el tercer nivel (*codificación selectiva*), mediante un análisis secuencial y transversal, se identifica el dominio central a partir de la integración y depuración de las categorías y metacategorías (Carrillo Pineda et al., 2011; Medina Moya et al., 2005). Este dominio central es el que, conceptualmente, engloba todos los significados comprendidos en los dominios y sus propiedades, y da sentido a todos los datos y sus relaciones revelando el fenómeno social objeto de estudio (Cuñat Gimenez, 2007; de la Cuesta Benjumea, 2003; García Vivar et al., 2010). En el supuesto de que aparezcan más de una categoría central, el investigador deberá buscar cual es la que considera en rango superior al resto (Trinidad Requena et al., 2006). La finalidad de la categorización no se reduce a ordenar datos, sino a organizar significados emergidos en el análisis (Parra Peñafiel, 2008). La representación simbólica de las relaciones entre los conceptos a partir del dominio central posibilita la identificación de los procesos sociales básicos que emergen del estudio (Cuñat Gimenez, 2007; Mahtani Chugani, 2009).

De las características de los tres tipos de codificación, se observa que las dos primeras son propias de las primeras fases del análisis, mientras que la última se corresponde con el final de la investigación.

d) *La clasificación teórica*. Se refiere a la organización y clasificación de los “memos”, en papel o con soporte informático, que se elaboran durante el análisis con ideas, impresiones y preguntas reflexivas que el investigador se formula durante todo el proceso de investigación posibilitando la organización de los progresos en cuanto a la emergencia de la teoría (Carrillo Pineda et al., 2011; Cuñat Gimenez, 2007; García Vivar et al., 2010; Mahtani Chugani, 2009; Samter, 2012). Incidir que los memos se generan durante toda la investigación (García Vivar et al., 2010). En ésta fui generando memos en todas las etapas del proceso. De este modo tanto en las consultas de la

bibliografía científica como en la recogida de datos y su análisis en paralelo, reseñé los conceptos y aportaciones que consideré significativos para mi trabajo. Posteriormente los relacioné entre ellos y, en la medida en que los consideré adecuados a mis objetivos, los incorporé tanto a las nuevas recolecciones de datos y análisis como a la redacción del texto. Los memos me fueron imprescindibles en toda la investigación y me ayudaron en momentos de duda a retomar nuevamente el camino iniciado.

e) *La sensibilidad teórica*. El investigador debe ser capaz de comprender y separar lo que es pertinente de lo superfluo por lo que debe interactuar frecuentemente con la recolección de datos y su análisis sin emitir juicios hasta que estén todos analizados para que la teoría generada se base en los datos y no en sus ideas preconcebidas o teorías existentes (Denzin & Lincoln, 2012). A pesar de este requerimiento, el investigador como ser humano que es puede tener dificultades para mantenerse alejado de sus creencias, valores y suposiciones, por lo que la investigación debe verificarse con rigurosos criterios científicos (de la Cuesta Benjumea, 2003; Morrow, 2005; Sandin Esteban, 2000; Valles Martínez, 2009). En el desarrollo del estudio, procuré mantener la neutralidad de mis juicios. Aun así, partía de la idea previa que los profesionales participantes en el programa formativo considerarían importante la transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas. Sin embargo, cuando la crisis económica y la consiguiente recesión se hizo evidente y coincidiendo con la cuarta entrevista vía correo electrónico, me planteé que estos dos procesos podían estar perdiendo interés en los profesionales en tanto que las organizaciones empezaban a dejar de dar apoyo a la implementación de las HHMM entre los miembros de los equipos profesionales. Esta reflexión me llevó a la duda de si la saturación teórica de los datos y el rigor metodológico se estaban garantizando por lo que organicé el grupo de discusión.

EL CONTEXTO

Antes de elaborar el trabajo de campo, debo recordar que esta tesis se desarrolla como consecuencia de mi participación en la segunda y última edición del “*Programa de entrenamiento en Habilidades Mediadoras. Proyecto: Mediadores Interpares*” que contó con el soporte del Servicio de Mediación del Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona). El curso se estructuró en cinco sesiones, con una periodicidad semanal de tal modo que en el espacio inter-sesiones había tiempo para ampliar la información y profundizar en los conocimientos y habilidades trabajados. El total de horas fue de 40.

Participé en la formación como “estudiante” por varias razones. En primer lugar, fui invitada por organizadora y docente, Dra. Gloria Novel, con la que me unía una

relación profesional y de amistad. En segundo lugar, cuando me explicó en qué consistía el curso, me transmitió su entusiasmo y el convencimiento de la idoneidad de basar las relaciones interpersonales e interprofesionales en el respeto entre las personas y la mediación como estrategia para limitar la posibilidad de conflictos. En tercer lugar, tal como he comentado en la introducción, siempre me había interesado el padecimiento de las enfermeras en su lugar de trabajo y como consecuencia de él. Por la misma idiosincrasia de las funciones enfermeras, sus profesionales están constantemente en contacto con la vulnerabilidad y el sufrimiento de las personas a su cargo, por lo que ellas también sufren sin que, a menudo, dispongan de las estrategias y habilidades necesarias para minimizar esas situaciones y reducir su malestar.

Por ello, durante el curso además de realizar mi trabajo personal, me dediqué a observar e interactuar con mis compañeros para percibir sus reacciones ante las nuevas competencias que la docente nos planteaba. Desde el primer día percibí cuan importante era para la mayoría de los y las participantes adquirir habilidades y estrategias que les llevaran a mejorar su entorno laboral. Por ello, decidí que el tema de la tesis doctoral, versaría sobre los significados que daban a las competencias adquiridas y a la posibilidad de transferirlas y mantenerlas.

El contexto social y económico se modificó considerablemente en el transcurso de la investigación¹⁴. En junio de 2008, dos años antes de que se gestase esta tesis (marzo 2010) se había producido la primera recesión económica pero sus efectos negativos aun no incidían directamente en las organizaciones de salud, de tal modo que estaba garantizada la realización de actividades de formación que previamente habían sido incorporadas a los presupuestos. En mayo de 2010, en plena recogida de datos, se produjeron importantes recortes económicos que afectaron de manera decisiva en el diseño y realización de actividades de innovación y desarrollo en las organizaciones de salud. Fue en abril de 2011 con la segunda crisis económica y la consiguiente recesión cuando los recortes dejaron sin efecto los cambios organizacionales que se habían previsto y aquellas actividades que favoreciesen su implementación, como la formación continuada. Del mismo modo, la transferencia y sostenibilidad de los cambios que se habían previamente implementado pasaron a un segundo plano. En abril de 2015 (Laborda, 2015) empezaron a oírse voces de expertos en cuanto a la cercana finalización de la recesión y el retorno al crecimiento económico. Los gestores empezaron a implementar nuevamente aquellas propuestas que se habían quedado en cajones hasta mejores épocas.

¹⁴ Sahuquillo MR, Aunión JA, Mars A. 2008-2013: Balance de daños. El País. Madrid; 27 Dic 2013

LOS PARTICIPANTES

El total de profesionales inscritos en el curso fue de 25 personas. Las vías para acceder a él fueron:

- Profesionales pertenecientes a las organizaciones de salud donde se estaba implementando el Proyecto de Mediación Sanitaria dirigido por la Dra. Novel o que iba a implementarse a corto o medio plazo. Estos profesionales tendrían un papel destacado en la gestión del proyecto o bien ejercerían funciones de mediadores inter pares.
- Profesionales en la misma situación que los del criterio anterior, pero que habían quedado excluidos de la primera edición del curso.
- Profesionales no vinculados al proyecto de mediación, interesados por el tema y motivados para la implementación de las estrategias mediadoras que habían recibido la información por compañeros, por correo electrónico o por internet.

Señalar que a nivel individual, los participantes accedieron al curso de forma voluntaria motivados por su interés por el tema o bien, aconsejados o exigido por sus gestores en tanto que iban a liderar el proyecto de mediación inter pares en cuanto se implementase en la organización.

Finalmente, de las 25 personas inscritas, la muestra quedó definitivamente configurada por 21 informantes en tanto que, una de las participantes no se presentó el primer día del curso, dos manifestaron abiertamente el deseo de no participar y yo me excluí. Mi decisión de no incluirme como informante se fundamentó en la dificultad de ser arte y parte en la investigación y preservar la neutralidad relativa, en cuanto a las presunciones y objetivos iniciales que se demanda a la investigación cualitativa. Asimismo, para no influir en las respuestas de mis compañeros y limitar las interferencias entre el desarrollo de la formación y mi futura tesis, no fue hasta la última sesión que, con el consentimiento de la docente, comuniqué a los participantes mi intención de realizar la tesis doctoral sobre el significado que ellos daban a la transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas durante el curso, en su desempeño profesional. Añadí que realizaría entrevistas con preguntas guiadas y que siguiendo el modelo de Evaluación de las actividades formativas de Kirkpatrick, la recogida de datos tendría lugar en cuatro momentos temporales consecutivos y espaciados, unos de otros, por semanas o meses según los objetivos previstos. También planteé la posibilidad de entrevistas presenciales o bien por correo electrónico, ante lo cual el grupo unánimemente, optó por el correo electrónico. En su opinión el correo electrónico facilitaba que se cumplimentasen según su disponibilidad. Añadí la

posibilidad de realizar nuevas recogidas en función del análisis de los datos, a lo que aceptaron.

De los datos sociodemográficos de la muestra de estudio que se presentan de forma detallada en la *Tabla 9*, cabe destacar:

- En relación al sexo, la muestra la componen 20 mujeres (95,2%) y 1 varón (4,8%).
- En cuanto a la edad de los participantes, se sitúa entre los 26 y los 54 años. Agrupados por rangos, un 28% está entre los 36 y los 40 años. Los de 31 a 35 años, los de 41 a 45 años y los mayores de 50 años está en un 19% cada uno.
- En relación a la formación académica, 17 participantes (80,9%) poseen estudios universitarios.
- Veinte de los informantes pertenecen a organizaciones de salud, en variados servicios como unidades asistenciales, consultas externas, recursos humanos, atención al usuario, trabajo social y medicina del trabajo. La otra participante, desempeña su actividad laboral como docente en la formación básica de Enfermería.
- Las profesiones con mayor representación son los de la salud (enfermería, medicina, psicología y trabajo social) con 15 participantes.
- Teniendo en cuenta el ámbito donde desarrollan su actividad laboral, destaca principalmente los participantes dedicados a la asistencia directa de enfermos, en un número de 11 (52,3%).
- En lo referente al número de personas que constituyen el equipo de trabajo incluido el informante, 12 (57,1%) refirieron pertenecer a equipos con una cifra igual o inferior a 10 miembros.
- De los 21 informantes, uno estaba en paro, 11 (52,4%) desarrollaban su trabajo directamente con pacientes y los 10 restantes en otros departamentos como salud laboral o atención a los pacientes (42,8%).

La selección de los participantes se realizó de forma distinta según el momento de recogida de los datos. Para las entrevistas en profundidad por correo electrónico, consideré imprescindible incorporar a todos los participantes en el *“Programa de entrenamiento en Habilidades Mediadoras”* para dar respuesta al objetivo general de esta tesis. Remarcar que iba a ser la segunda y última edición de la formación y por tanto no tendría la posibilidad de incorporar más informantes.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES

Sexo	Edad	Titulación académica	Ámbito laboral	Nº miembros equipo de trabajo (incluyendo el informante)
Mujer	> 50	Doctora Medicina	Docencia	menor o igual a 10
Mujer	> 50	Enfermera	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	26-30	Relaciones laborales	Administración	11-20
Mujer	36-40	BUP ¹	Administración	menor o igual a 10
Mujer	31-35	Psicóloga	Administración	menor o igual a 10
Mujer	41-45	Médico	Asistencia	superior a 40
Mujer	41-45	Auxiliar enfermería	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	46-50	Enfermera	Gestión	menor o igual a 10
Mujer	> 50	Médico	Asistencia	21-30
Mujer	31-35	Trabajadora social	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	41-45	Auxiliar enfermería	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	26-30	Trabajadora social	Asistencia	21-30
Mujer	46-50	Médico	Asistencia	superior a 40
Hombre	36-40	Graduado empresariales	Gestión	menor o igual a 10
Mujer	> 50	Enfermera	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	31-35	Abogada	En paro	---
Mujer	36-40	Médico	Asistencia	superior a 40
Mujer	26-30	Enfermera	Asistencia	menor o igual a 10
Mujer	36-40	Enfermera	Gestión	11-20
Mujer	36-40	Graduada empresariales	Gestión	menor o igual a 10
Mujer	31-35	Auxiliar administrativa	Administración	No contesta

¹ BUP: Bachillerato Unificado Polivalente. Según RD 986/1991, 3º y 4º de la ESO, y 1º del Bachillerato actual se equipararon con primero, segundo y tercero de BUP.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los informantes

Tomando las consideraciones de Krueger (1991) para la conformación del GD, realicé una selección intencionada de informantes que reuniesen algunas o todas las características siguientes (Valles Martínez, 1993):

1. En su institución de trabajo se tenía que haber implementado o iba a implementarse en breve plazo, el proyecto “Mediadores Inter pares” o algún otro programa que incorporase las habilidades mediadoras como estrategia para la

mejora del clima laboral, en los cuales ellos hubiesen participado o participarían, con mayor o menor protagonismo.

2. Profesionales que tanto en el transcurso de la actividad formativa como en sus entrevistas, se manifestasen abiertamente a favor de utilizar la estrategia de la mediación para intervenir en conflictos de baja intensidad entre los miembros de los equipos.
3. Informantes que hubiesen tenido experiencias positivas o negativas en relación a conflictos tanto a nivel profesional como personal y que, o bien, los hubiesen resuelto o bien que les hubiese resultado difícil introducir alguna intervención, e incluso alguna relación interpersonal o interprofesional que se hubiese roto.

Con estos criterios claros busqué en mis apuntes del curso y en mis diarios de campo qué personas cumplían algunos o todos los requisitos para formar parte del GD. Asimismo, decidí añadir una informante que aunque al inicio mostró un cierto escepticismo y negatividad en cuanto a la implementación de las competencias adquiridas, al final del curso mostró abiertamente una disposición para ponerlas en práctica y el convencimiento de que los contenidos trabajados podían dar resultados muy positivos. Además, a lo largo del curso habíamos congeniado y me pareció una persona con criterio, crítica y reflexiva, y con dosis de inmunidad al desaliento cuando veía claro el camino a seguir. De este modo, el tamaño inicial del grupo quedó configurado en siete informantes. A continuación procedí a contactar con ellas por correo electrónico de forma personalizada, para informarlas que quería organizar un GD y que por sus experiencias e ideas en torno a la mediación, me era muy importante su colaboración. Les comuniqué que si aceptaban me proporcionarían un número de teléfono para ponerme en contacto con ellas y explicarles más detalladamente la finalidad del GD, los objetivos, la dinámica de grupo y la posibilidad de proporcionarles todas las aclaraciones que necesitasen. De las siete informantes, una me comunicó que la dispensase de participar en tanto que no estaba en su mejor momento personal. Las otras seis informantes aceptaron con agrado su inclusión en el GD.

Dos días antes de la realización del GD, una de las seleccionadas excusó su asistencia. El mismo día, una hora antes de que tuviese lugar la sesión del GD, al contactar con ellas recordándoles la reunión, una de las informantes me comunicó que por un imprevisto de última hora, no podría acudir, quedando el grupo configurado por cuatro informantes. En un primer momento este número me pareció insuficiente, pero ya habíamos convenido el día, la hora y el lugar con las otras participantes y la segunda moderadora y aun siendo un grupo pequeño, en función de las características de las

informantes, el trabajo a realizar podía ser muy productivo (Krueger, 1991). Por otra parte, tenía la posibilidad de organizar un segundo GD si la saturación teórica de los datos no se producía con el primero. Por ello, en marzo de 2012, tuvo lugar el primer y, a la vista de los resultados obtenidos, el único GD que desarrollé.

El grupo de discusión quedó formado por las siguientes informantes (*Tabla 10*):

Sexo	Edad	Titulación académica	Ámbito laboral
Mujer	> 50	Doctora Medicina	Docencia
Mujer	41-45	Médico	Asistencia
Mujer	41-45	Auxiliar enfermería	Asistencia
Mujer	36-40	Médico	Asistencia

Tabla 10. Participantes en el grupo de discusión

En un momento determinado, en que empezó a hablarse de recuperación económica, me planteé realizar entrevistas individuales en profundidad, cara a cara, para verificar el mantenimiento y vigencia en el tiempo de los datos obtenidos. Por ello me formulé las siguientes preguntas:

- ¿Cómo estaba repercutiendo, este hecho, en los profesionales de las organizaciones de salud participantes en el programa formativo en relación a la transferencia y mantenimiento de las HHMM para la prevención y gestión de conflictos?.
- ¿Los gestores de las organizaciones de salud incluidas en el curso retomarían la formación en HHMM para potenciar la implementación y mantenimiento de estrategias para la prevención y gestión de conflictos entre los miembros de los equipos y con sus gestores?.

Para estas entrevistas, seleccioné dos informantes que también habían participado en el GD y habían desarrollado actividades de mediación en sus respectivos equipos como mediadoras inter pares. Contacté con cada una de ellas y les pregunté si accederían a concederme una entrevista para profundizar en determinados aspectos de la implementación y mantenimiento de las competencias adquiridas en el curso. Una de las informantes tuvo, al inicio de la implementación, una experiencia negativa mediando en un conflicto entre los miembros de su propio equipo. La otra, estaba muy satisfecha con el curso y las competencias adquiridas que deseaba transferir

principalmente al ámbito personal ante una situación familiar compleja. En las entrevistas cara a cara quería conocer cómo lo habían manejado.

LAS HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS

En investigación cualitativa, la forma más común de recogida de datos es la que se da cara a cara entre el entrevistado y el entrevistador (Denzin & Lincoln, 2012). También se han desarrollado otras variaciones como son las entrevistas telefónicas y más recientemente, las realizadas por vía telemática como el caso del correo electrónico (Polit & Hungler, 2000). Las herramientas utilizadas en este estudio fueron las entrevistas semiestructuradas por correo electrónico, el GD y las entrevistas en profundidad cara a cara.

Las entrevistas en profundidad permiten, a partir de relatos verbales, comprender las perspectivas de la vida social de los sujetos tal y como ellos mismos lo expresan (Polit & Hungler, 2000; Taylor & Bogdan, 2010; Vargas Jiménez, 2012). Para Fontana y Frey (2005), este tipo de entrevista permite focalizar y acrecentar la atención en las voces de los entrevistados en tanto que, de forma detallada, se recogen datos al compartir, informante y entrevistador, la experiencia de un fenómeno que tiene lugar en la vida de la persona (Fontana & Frey, 2005). En cuanto a su configuración, la modalidad de entrevista semiestructurada favorece que la información obtenida responda a los temas planteados por el entrevistador a partir de un guión básico pre-establecido y la expresión libre de las experiencias y opiniones del entrevistado (Vargas Jiménez, 2012). Las preguntas abiertas incorporan a la investigación temas emergidos a partir del diálogo entre informante e investigador que previamente no estaban previstos por el investigador (Corbetta, 2007; Rincón Igea et al., 1995). El uso de preguntas guía siguiendo los objetivos de la investigación favorece que el investigador no se aparte de sus puntos claves (Taylor & Bogdan, 2010).

Paralelamente han empezado a desarrollarse estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, en los que la recogida de datos se ha efectuado por vía telemática o bien por correo postal o electrónico (Ardèvol, Bertran, Callén, & Pérez, 2003; Ayling & Mewse, 2009; Beck, 2005; Hamilton & Bowers, 2006; Hunt & McHale, 2007; Polit & Hungler, 2000). Estudios de diversos ámbitos han evidenciado que las entrevistas por vía telemática proporcionan resultados similares a las realizadas cara a cara (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004; Ross, Månsson, Daneback, Cooper, & Tikkanen, 2005).

Igualmente, las entrevistas por correo electrónico presentan puntos fuertes y limitaciones (Ayling & Mewse, 2009; Denzin & Lincoln, 2012; Hamilton & Bowers, 2006; Hunt & McHale, 2007; Taylor & Bogdan, 2010) (Tabla 11). En cuanto a sus puntos fuertes mencionar:

- Resultan de *poco coste* ya que no implican gastos de desplazamiento hasta los lugares de realización como en las cara a cara ni precisan equipos de grabación ni transcripción en tanto que el material queda automáticamente registrado.
- Permiten disponer de un *número elevado* de participantes y en cualquier lugar del mundo con sólo el acceso a internet.
- Posibilitan al informante *reflexionar* sobre lo que ha escrito, con la posibilidad de rehacerlo si el resultado no es totalmente satisfactorio (Ellis & Bochner, 2000).
- Algunas personas pueden tener dificultades para expresar ciertos *temas más íntimos* delante de otra por vergüenza, culpa o miedo al rechazo o la crítica. La entrevista por correo electrónico sin ser anónima posee características de impersonalidad y privacidad que puede comportar que ciertas personas se sientan más libres.

Asimismo, se han identificado algunas limitaciones que conviene tener en cuenta:

- Determinados informantes deben descartarse como *muestra* como los niños pequeños, personas con problemas cognitivos o discapacidades intelectuales o personas ancianas que no se hayan iniciado en la utilización de Internet.
- Su *duración* puede ser de varios días e incluso semanas, lo que quede representar una pérdida de interés si el informante encuentra aburrido el tema o se abordan temas con un alto contenido emocional.
- Las *señales no verbales* son inexistentes y su falta pueden generar problemas de interpretación de la narrativa (Robson, 2002).
- La *impersonalidad* puede considerarse una ventaja pero también una limitación por la dificultad para asegurar que se está entrevistando a quien realmente dice ser. Son numerosos los ejemplos en los medios de comunicación y en el cine, pasajes y escenas en las que detrás de un teléfono o un ordenador no se halla la persona o situación que se espera encontrar.
- El investigador puede experimentar desánimo y frustración si no recibe las respuestas en el tiempo establecido o bien si el informante no ha comunicado que ha decidido abandonar la investigación. En este punto, el investigador puede hallarse ante el *dilema* de decidir si solicita nuevamente la información o bien considera que la persona se ha retirado del estudio. Esta decisión puede resultar fácil o difícil dependiendo del momento en que se encuentra el estudio. Si se halla

en el inicio puede ser relativamente fácil descartarlo y buscar otro informante, pero en las fases finales descartarlo puede comportar alargar durante más tiempo el estudio.

Puntos fuertes	Limitaciones
Coste	Muestra
Número participantes	Duración
Tiempo reflexión	Cuestiones éticas
Temas tabú	Ausencia de señales no verbales
Feedback positivo	Impersonalidad

Tabla 11. Puntos fuertes y limitaciones de las entrevistas por correo electrónico. Elaboración propia

En esta investigación utilicé el correo electrónico para recoger información en las primeras fases. Teniendo en cuenta las características del grupo de informantes, los criterios que seguí para la utilización del correo electrónico fueron:

- *Optimizar el proceso* tanto para las informantes como para mí como investigadora. Los informantes pueden elegir el momento y lugar que consideren oportuno para cumplimentar la entrevista sin necesidad de sincronizar agendas ni desplazamientos. Señalar que el tema de los desplazamientos fue uno de los puntos clave que, los participantes en el curso, me indicaron para la utilización del correo electrónico puesto que procedían de variados puntos geográficos como Igualada, Mataró, Sabadell, Badalona, entre otros. Por otro lado, la realización de veintiuna entrevistas, repetidas en cuatro momentos temporales precisaba una importante inversión de tiempo y organización. Además, establecí que para cada recogida de datos disponía de un plazo máximo de dos semanas para su análisis con la finalidad de preparar, a partir de los resultados, el contenido para la siguiente entrevista. Y todo ello debía compaginarlo con el desempeño de mi función laboral como docente.
- *Aumento de la complejidad*. Las preguntas en cada entrevista iban aumentando su complejidad, puesto que les solicitaba información que no podía responderse de forma concreta, sino que debían reflexionar sobre significados, vivencias y experiencias. Por ello, tal como propone Ellis (2000), las narrativas les permitió reflejar aquello que querían comunicar, de tal manera que pudiesen hacer y rehacer el texto tantas veces como considerasen necesario hasta que el resultado final se correspondiera fielmente a lo que deseaban expresar (Ellis & Bochner, 2000).
- *Facilidad para la expresión escrita*. Todos los informantes poseían estudios que iban desde formaciones de grado medio hasta el grado académico más alto, por lo

que la complejidad de la reflexión no representaba dificultades en su expresión escrita (Valles Martínez, 2002).

- *Dominio de la técnica.* Todos los informantes, utilizaban a diario el correo electrónico tanto para su desarrollo profesional como particular y dominaban perfectamente la técnica (Hunt & McHale, 2007).
- *Problemas éticos.* El hecho de ser yo misma una compañera del curso me creó, en un principio, ciertas dudas éticas puesto que siendo arte y parte, si realizaba entrevistas cara a cara podía condicionar en cierta forma la calidad de las respuestas. Por ello, el uso del correo electrónico proporcionaba la distancia física y emocional necesaria para disminuir el sesgo (Hunt & McHale, 2007; Robson, 2002).

El segundo método de recogida de datos que utilicé fue el GD. Krueger (1991:24) define el GD¹⁵ como “*una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés en un ambiente permisivo, no directivo*”. Los GD reúnen personas que poseen ciertas particularidades que proporcionan datos cualitativos en una conversación guiada con mayor o menor intensidad (Krueger, 1991; Valles Martínez, 2009). En esta definición se identifican cinco elementos:

- a) *Personas.* Los GD se componen generalmente de entre siete y diez personas para que la sesión sea productiva, pudiendo establecerse también entre un mínimo de cuatro hasta un máximo de doce. El grupo debe ser lo suficientemente pequeño para que los informantes tengan la oportunidad de expresarse y suficientemente grande para que se den distintos puntos de vista. Grupos inferiores o superiores a estas cifras puede tener consecuencias negativas en la calidad de los datos producidos. En un grupo muy pequeño pueden generarse pocas ideas y en uno muy grande darse que no todos participen y se establezcan conversaciones paralelas entre subgrupos (Callejo Gallego, 2001).
- b) *Particularidades.* Los participantes comparten determinadas características de homogeneidad pero son desconocidos entre sí. Se aconseja que se asemejen en aspectos relacionados con el objetivo del grupo de tal manera que puedan abordarlo desde las semejanzas y las diferencias.
- c) *Datos.* El GD posee una finalidad muy clara, comprender como determinadas personas perciben una situación recogiendo las opiniones personales que coexisten en ese acontecimiento, sin pretender llegar a un consenso.

¹⁵ La definición de “Grupo de Discusión” procede de la sociología española. La literatura científica anglosajona lo denomina “Focus grup”, que al castellano se ha traducido con “Grupo focal” con unas características más similares a las entrevistas grupales que a los GD que poseen menos directividad que las entrevistas grupales (Corbetta, 2007).

- d) *Cualitativos*. En los GD se generan datos cualitativos para conocer y comprender actitudes, percepciones y opiniones de los informantes. Los datos no sólo se recogen de los enunciados que propone el moderador sino también a partir de la observación de las reacciones e interacciones mutuas entre los participantes durante la sesión.
- e) *Conversaciones guiadas*. Las conversaciones difieren de las entrevistas grupales en tanto que no se formulan preguntas a cada uno de los participantes sino que el moderador propone un tema para que sea desarrollado por todos los participantes de tal modo que al identificar sus pensamientos con los que otros han expresado, se aumenta la profundidad de la conversación (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 1999). Del mismo modo se estimula la libertad de hablar sin miedo a ser juzgado o criticado lo que proporciona una sensación de seguridad entre todos los participantes (Callejo Gallego, 2001).

Como moderadora del GD debía mostrarme imparcial y respetuosa garantizando un clima de respeto para estimular la espontaneidad en las respuestas de las participantes. Como investigadora debía iniciar la sesión con una pregunta muy abierta para introducir el tema y generar confianza y comodidad para que los informantes expresasen abiertamente sus opiniones (Polit & Hungler, 2000). Asimismo, prepararía algunas preguntas o estrategias para utilizarlas en el supuesto que el ritmo descendiera y los silencios fuesen difíciles de llenar (Polit & Hungler, 2000). Decidí utilizar la grabadora de voz para asegurar mi tranquilidad y poder centrarme en los detalles de la interacción sin tener que confiar exclusivamente en mi memoria (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 1999). La grabadora de voz, en un inicio, pudo condicionar la expresión espontánea de los informantes pero a medida que la sesión se iba desarrollando y se instauraba la confianza, la incomodidad fue desapareciendo; sin embargo opté por colocar la grabadora algo alejada de la vista para disminuir al máximo los inconvenientes de su presencia (Polit & Hungler, 2000; Taylor & Bogdan 2010). En este punto, añadir que incorporé una segunda investigadora que, sin participar activamente, desempañó las funciones de captar los componentes no verbales de la comunicación, las miradas, los gestos, los comentarios “*sotto voce*”, las entonaciones, así como el orden de las intervenciones y las interrupciones, entre otros aspectos y detalles (Callejo Gallego, 2001). En consecuencia, el GD se ha revelado como un método consistente con la Teoría Fundamentada e idóneo para la investigación cualitativa. Sin embargo, no está exento de limitaciones (*Tabla 12*) (Callejo Gallego, 2001; Krueger, 1991; Robson, 2002; Valles Martínez, 2009).

En cuanto a los puntos fuertes del GD destacar:

- *Perspectiva social.* Las personas se encuentran en situaciones naturales, de la vida cotidiana, y no experimentales o controladas características de los estudios cuantitativos.
- *Método eficiente.* Los datos se recogen en cantidad y variedad puesto que se recogen de varias personas en un mismo momento temporal sin ser costoso económicamente.
- *Flexibilidad.* Su carácter abierto posibilita que el moderador se desvíe del guión a partir de las intervenciones de los participantes.
- *Focalización.* Los grupos dinámicos, con sus aportaciones, ayudan a focalizar en los temas más importantes en la medida en que se comparte una visión coherente.
- *Satisfacción.* Los participantes suelen mostrarse satisfechos con la experiencia.
- *Autocapacitación.* Es un método que empodera a los participantes al permitirles expresarse y sentirse estimulados mentalmente por la interacción con los otros al participar activamente en la conversación.
- *Facilitación social.* La discusión provoca la facilitación social ya que las barreras iniciales se rompen por el apoyo mutuo generando aprendizaje mutuo a partir de escuchar a los otros.
- *Aspectos positivos de la interacción grupal,* como la estimulación al diálogo, la percepción de ser “distinto” cuando sucede a más personas y más espontaneidad que en situaciones de interacción individual.

A su vez, es preciso que se especifiquen algunas de sus limitaciones:

- *Temas limitados.* La duración programada entre una hora y media y dos y media, limita el número de temas a tratar. Se considera que en una hora pueden abordarse menos de diez temas.
- *Experiencia.* El moderador debe poseer una considerable experiencia en el manejo de grupos.
- *Dificultad en el análisis de los datos.* La propia interacción del grupo genera datos que deben ser interpretados bajo la lente de esa influencia grupal.
- *Dificultades para reunir al grupo y entorno facilitador.* Los participantes deben poseer tiempo para asistir al grupo y el entorno debe favorecer que se estimule la expresión.
- *Aspectos negativos de la interacción grupal.* Los participantes pueden controlar la discusión y desviar el tema de estudio apareciendo temas irrelevantes que precisan la intervención de un moderador experto para reconducirlo.

Puntos fuertes	Limitaciones
Perspectiva social	Temas limitados
Método eficiente	Moderador experimentado
Flexibilidad	Dificultad en el análisis
Focalización	Concretar la cita
Satisfacción	Entorno facilitador
Autocapacitación	Aspectos negativos de la interacción grupal
Facilitación social	
Aspectos positivos de la interacción grupal	

Tabla 12. Puntos fuertes y limitaciones de los grupos de discusión. Elaboración propia

En mi investigación, el objetivo del GD consistía principalmente en saturar los datos recogidos en las entrevistas por correo electrónico y la verificación de nuevas categorías emergentes por lo que, en principio, partí de las preguntas planteadas en la cuarta entrevista:

- Los cambios que pudiste aplicar y poner en marcha, a nivel profesional, ¿se han mantenido? ¿Qué te ha proporcionado la organización para que los hayas podido mantener?.
- Los cambios que pudiste aplicar y poner en marcha, a nivel personal, ¿los has mantenido? ¿Qué has cambiado para poder mantenerlos?.
- En caso de que los cambios no se hayan mantenido, ¿cuales crees que han sido los factores vinculados a la organización para no llevarlo a cabo?.

Además proyecté recolectar información sobre la percepción de las informantes en relación a la influencia de la recesión económica en cuanto a la transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas en la formación y la incidencia en determinados proyectos ya implementados que se habían visto interrumpidos casi totalmente, como el de la mediación inter pares. También consideré importante abordar como se estaba viviendo en la organización el tema de la crisis económica.

El tercer método utilizado fueron las entrevistas cara a cara, con un planteamiento semi-estructurado donde partiendo de unas preguntas introductorias, las entrevistadas desarrollaron sus experiencias. Me posicioné con unos objetivos concretos que pretendían verificar si los informantes seguían o deseaban seguir implementando y manteniendo las competencias adquiridas. Además obtendría información sobre cuan interesados estaban nuevamente los gestores en el proyecto de mediación inter pares al disminuir los efectos de la recesión económica.

Debe tenerse en cuenta que las entrevistas cara a cara poseen, asimismo, puntos fuertes y limitaciones (Tabla 13) (Polit & Hungler, 2000; Robson, 2002; Valles Martínez, 2009). Entre sus puntos fuertes destacar que permiten:

- *Recoger información subjetiva* de las personas: opiniones, creencias, actitudes, entre otros, que surgen en la medida que la entrevista se va desarrollando.
- *Profundizar en determinados temas* y obtener información sobre temas emergentes que, en un principio, el entrevistador puede no haber previsto.
- *Captar matices de comunicación no verbal*: posturas, entonaciones de voz, llanto, incomodidad, miedo, entre otros, que contribuyen a dar un valor inestimable a lo que se está expresando en tanto que pone de manifiesto contradicciones e incongruencias de comunicación que pueden modificar el significado.
- *Obtener datos de calidad*, al ser proporcionados directamente por el informante y no estar dirigidos ni sesgados por el entrevistador.

Entre sus limitaciones se describen:

- Requieren un *entrevistador experimentado* que siga el ritmo impuesto por el participante y, en caso de perderse en divagaciones, reconducir nuevamente hacia el objetivo establecido.
- *Tiempo amplio para su realización*, por lo que el entrevistador debe calcular mayor duración de la que en principio puede haber previsto. La extensa duración de la entrevista puede reducir el número de personas que quieran participar lo que puede representar un sesgo en la selección de la muestra. Por otra parte, todas las entrevistas precisan una minuciosa preparación para antes y después de su realización que implican tiempo: concretar la cita, solicitud de permisos, transcripción del material, entre otros.
- *Laboriosa* por el hecho de ser registrada mediante grabadora de voz o video para recoger la información sin distorsiones internas o externas al investigador pero que puede influir negativamente en el informante por sentirse cohibido.

Puntos fuertes	Limitaciones
Información subjetiva	Entrevistador experimentado
Profundidad en ciertos temas	Amplio tiempo de realización
Matices de comunicación no verbal	Laboriosa por el cara a cara
Datos de calidad	

Tabla 13. Puntos fuertes y limitaciones de las entrevistas semi-estructuradas.
Elaboración propia

Otro elemento importante referido al registro de la información consiste en la elaboración del *diario de campo* que recopila las notas efectuadas por los investigadores durante el proceso de recogida de datos. Las notas de campo incluyen las observaciones, reflexiones y reacciones de lo apreciado por los investigadores en forma de relato (Polit & Hungler, 2000). Además el investigador incluye en ellas comentarios interpretativos a partir de las reacciones de los participantes a la interacción con los implicados en la situación y con el investigador (Rincón Igea et al., 1995). En el transcurso del GD, el investigador toma notas de forma muy sintética incorporando aquellos aspectos que considere clave. Finalizado el GD, en tanto que las notas de campo constituyen en sí mismas una importante fuente de datos, el investigador elabora de forma lo más amplia y completa posible una narración de modo que en el análisis de datos, recurrirá a ellas para dar explicación a acontecimientos que tuvieron lugar en el campo (Taylor & Bogdan, 2010). En las notas de campo de los GD, además debe incluirse entre otros elementos: a) información sobre el contexto físico, b) nombres y personas participantes, c) hora de inicio y finalización, d) la colocación de las personas, e) el orden de turno de palabras, f) los componentes no verbales (contacto visual, silencios, postura, gestos, tono de voz, inquietud psicomotriz), g) temas iniciados pero no profundizados, h) interrupciones tanto entre los participantes como del entorno, i) informantes que dominan la situación, j) personas pasivas, y cualquier información que los investigadores consideren relevantes (Rincón Igea et al., 1995).

El guión de las entrevistas por correo electrónico, siguiendo el modelo de Kirkpatrick, lo hice llegar a los informantes en cuatro momentos temporales (*Tabla 14*). Les expliqué que en cada guión explicitaría la finalidad concreta de esa entrevista e incluiría unas preguntas guiadas, pero que podían considerarse totalmente libres de desarrollarlas según sus criterios en función de los enunciados. Asimismo les ofrecería un espacio final en el que podrían desarrollar contenidos o reflexiones que no se contemplasen en las preguntas establecidas y que ellos considerasen importantes, puesto que pretendía recoger información que yo no hubiese previsto pero que les fuese relevante. En cada guión proporcionaba instrucciones precisas para evitar respuestas excesivamente cortas o cerradas por lo que solicité que cada respuesta debía tener como mínimo entre 10 y 15 líneas. Además especificué que tenían de plazo de 10 días para devolvérmelas cumplimentadas y que pasados esos días les enviaría un nuevo correo electrónico como recordatorio. Opté por no eliminar del estudio a los informantes que pasados 10 días del correo recordatorio no me hicieron llegar la información porque la nueva entrevista recogía aspectos distintos y en tanto que no realizaba un seguimiento del proceso de cada persona, la nueva información me sería

útil para mis objetivos globales. Remarca que paralelamente a la recogida de datos, iba realizando su análisis, de manera que la emergencia de datos nuevos que precisaban profundización, me obligó a modificar los guiones de las siguientes entrevistas (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006; Smidt et al., 2009).

La *primera entrevista* se llevó a cabo inmediatamente después de la realización del curso. Incorporé preguntas cerradas para obtener información sobre datos sociodemográficos generales: sexo, rango de edad, titulación académica, institución, servicio, cargo y número de personas que constituían el equipo de trabajo incluyendo al informante. En las preguntas abiertas se solicitaba información sobre los motivos personales para la realización del curso, el grado de voluntariedad con el que se habían inscrito o bien si había sido impuesto por sus gestores, las expectativas personales y profesionales previas para conocer que esperaban conseguir y, por último, la satisfacción final en relación a las expectativas, es decir, que consideraban que habían obtenido (*Anexo 1*).

La *segunda entrevista* la realicé un mes después de finalizado el curso. Siguiendo el modelo de Kirkpatrick y con la finalidad de conocer la percepción de los informantes sobre las competencias adquiridas, planteé dos preguntas abiertas. En la primera solicité qué pensaban de los conocimientos adquiridos y si les había llevado a plantearse modificar ciertas actitudes profesionales. La segunda, indagaba sobre la ampliación de conocimientos en estrategias de resolución de conflictos. A partir del análisis de la primera entrevista añadí una tercera pregunta en la que solicité que desarrollasen qué factores, en positivo o negativo, incidieron en su aprendizaje tanto en el plano personal como profesional. Finalmente incorporé la pregunta sobre aspectos que considerasen importantes y no hubiesen quedado recogidos en las anteriores (*Anexo 2*).

En la *tercera entrevista* envié los correos electrónicos entre cinco y seis meses después de la segunda recogida. Teniendo como base el tercer nivel de Kirkpatrick especifiqué que pretendía recabar información sobre la transferencia de las competencias adquiridas y los cambios consecuentes. Para ello, mediante dos preguntas inquirí sobre el tipo de cambios implementados, la posibilidad de seguir implementando más cambios y si se daban factores que impidiesen la implementación, como el apoyo por parte de la organización y sus gestores. A partir de algunas observaciones incorporadas a la pregunta libre de la anterior entrevista, demandé que diesen su opinión sobre la necesidad de realizar actividades para el refuerzo de los cambios incorporados (*Anexo 3*).

La *cuarta entrevista* la envié doce meses después de la tercera medición con el propósito de conocer como se estaba produciendo la sostenibilidad de los cambios implementados. Por ello pregunté por los motivos que consideraban que habían favorecido o dificultado su mantenimiento. En este punto en tanto que ya sonaban con fuerza las dramáticas repercusiones de la recesión económica y en la anterior recogida de datos ya empezaba a apuntarse, decidí solicitar su visión sobre el papel de la organización y sus gestores en cuanto a la dificultad o total desaparición de la implementación de cambios (*Anexo 4*).

LOS PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Por lo expuesto y congruente con la metodología, para la recogida de los datos, en esta tesis voy a utilizar: las entrevistas semi-estructuradas por correo electrónico, los grupos de discusión y las entrevistas cara a cara. Estos métodos me permiten obtener datos reales, centrados en las personas y de máxima riqueza conceptual, y a la vez explorar nuevas áreas de estudio que estimulen a los informantes a expresar sus opiniones de manera llana y sin reservas, según su ritmo y sin imposiciones de los investigadores.

El número de informantes se mantuvo prácticamente constante en las tres primeras entrevistas con mínimas pérdidas. De este modo, tal como se especifica en el cronograma de la recogida de datos (*Tabla 14*), la primera entrevista la envié en mayo de 2010 y la respondieron los veintiún informantes que configuraban la muestra. Para la segunda recogida, al finalizar el plazo máximo de un mes para recoger la información y después de enviar un correo electrónico recordatorio, había recibido veinte entrevistas. Sin embargo, como explícitamente la informante que no me había devuelto la entrevista no me comunicó su deseo de ser excluida del estudio, decidí no darla de baja a la espera de lo que sucediese en la tercera recogida de datos. Para este tercer momento, una informante me notificó que debido a ajustes presupuestarios en su organización se había suprimido su lugar de trabajo y estaba en el paro por lo que no podía enviarme la información y que la diese de baja. De modo que con ella y la informante que en la segunda entrevista no respondió y en la tercera tampoco, el número final quedó en diecinueve. En el cuarto momento de medición, a trece meses de la tercera y después del plazo máximo de un mes y un correo electrónico recordatorio, recibí tres entrevistas con toda la información al completo y ocho con la información incompleta. Por ello y ante las dudas sobre la saturación teórica de los datos, consulté con un experto en análisis cualitativo que me aconsejó realizar un GD como vía para la profundización de los datos obtenidos y la posibilidad para que nuevos emergieran, y en el caso que tampoco alcanzase la saturación teórica que organizase

otro con distintos participantes. Sin embargo, los datos obtenidos en el GD posibilitaron la integración necesaria para la conceptualización teórica e interpretativa del significado que los participantes otorgaban al programa formativo en cuanto a la transferencia y mantenimiento de sus competencias (Carrillo Pineda et al., 2011).

De este modo, con una selección muy concreta de informantes, me dispuse a organizar un GD. No tuve dificultades para acordar día y hora. Sin embargo, la elección del lugar me planteó ciertas dudas. En un principio pensé que mi centro de trabajo sería un buen lugar para realizarlo pero, tras sopesar pros y contras, lo descarté por no considerarlo un entorno ciertamente neutral y donde podían darse numerosas interferencias (Polit & Hungler, 2000). Una de las participantes me propuso la posibilidad de realizarlo en el mismo centro donde habíamos realizado la formación por ser un lugar céntrico en relación a sus lugares de trabajo y domicilios. Reflexioné en cuanto a las facilidades de traslado que a ellas les comportaba y tras pedir autorización al centro, pusieron a nuestra disposición una sala que reunía los requisitos idóneos para la realización del GD (Krueger, 1991; Valles Martínez, 1993):

- alejada de ruidos tanto los provenientes del mismo centro como del exterior (tráfico, escuelas...)
- espacio suficiente para las personas que íbamos a participar (las informantes, yo como investigadora principal y la segunda moderadora)
- una mesa de reuniones amplia que nos permitía, sin estar demasiado juntas ni separadas, trabajar con comodidad
- una pizarra de papel por si necesitábamos hacer anotaciones, algún esquema clarificativo, entre otros posibles usos.

Una vez reunidas las participantes y las moderadoras, pasé a proporcionar la información correspondiente a la organización y desarrollo del GD. Previamente, volví a agradecerles su colaboración y en tanto que no iban a percibir ninguna remuneración económica, cuando finalizásemos compartiríamos un refrigerio.

Para iniciar me presenté nuevamente, se presentaron las informantes y la segunda investigadora puesto que ninguna de ellas la conocía. La segunda investigadora fue la Sra. Gemma Cardó y la elegí por ser enfermera, antropóloga y porque juntas estábamos colaborando en diversos estudios relacionados con la formación de mis estudiantes de enfermería en la que ella también participaba. Su función consistió en encargarse de la grabación de la sesión y tomar notas de campo que registrasen, entre otros aspectos, el orden de las intervenciones y la recogida de observaciones o componentes no verbales

que, no quedando registrados en la grabación, pudieran ser útiles para el posterior análisis. También concretamos la duración del GD, consensuándola alrededor de las dos horas 30 minutos. Además especificué que mi función como moderadora era hacer de guía de la discusión, lejos del papel de una entrevistadora en el sentido de dirigir las intervenciones. Asimismo, concreté que la interacción tenía que producirse, principalmente, entre ellas.

A continuación, argumenté los motivos por los cuales las había elegido a ellas para participar en el grupo, siendo el motivo principal que, a partir de los datos proporcionados en las entrevistas, consideraba que podían ayudarme a refinar esos datos y clarificar algunos que habían emergido. A continuación, expliqué brevemente en qué consistía el GD y que esperaba de ellas que hablasen libremente de los temas que les proponía y de aquellos que ellas considerasen pudiesen ser importantes. También les garanticé el anonimato, por lo que en la transcripción no constarían sus nombres sino un código, y la confidencialidad recordándoles que, siguiendo los criterios presentados en las entrevistas, el material no sería puesto en conocimiento de personas ajenas al grupo ni los directores de la tesis tendrían acceso a él. Asimismo, solicité su confidencialidad en cuanto que lo comentado en el GD no podía ser compartido con personas ajena a él. En el supuesto que alguna de ellas precisase comunicar la información, debía ponerse en conocimiento de los miembros del grupo y debía ser aceptado por todas.

Finalmente, antes de dar paso al GD puse en su conocimiento los temas que abordaríamos:

1. Cambios consecuentes a la formación en habilidades mediadoras
2. Importancia de la formación continuada
3. Actividades formativas de refuerzo
4. La recesión económica

A partir de las notas de campo y de las memos analíticas que había ido tomando durante el proceso de análisis de las entrevistas realicé la selección de los temas que con mayor frecuencia habían aparecido en las entrevistas y por la extensión de las respuestas. Los organicé siguiendo la estructura de las entrevistas partiendo de la importancia de la FC y la implementación de cambios consecuentes a ella y en último lugar se abordaría la recesión económica puesto que, del análisis de las entrevistas por correo electrónico, se ponía de manifiesto que los recortes económicos era el factor más importante para que no se implementasen cambios. Se los presenté en forma de

pregunta abierta de tipo amplio para que se sintiesen cómodas y pudiesen expresarse libremente evitando las respuestas monosilábicas (Taylor & Bogdan, 2010) (*Anexo 5*).

La duración final del GD fue de dos horas y 13 minutos. A los cinco días de la realización del GD, contacté con la segunda moderadora y compartimos la transcripción escrita con las notas de campo que ella había tomado y el recuerdo de ambas en relación a lo acontecido durante el GD, que salvo pequeños matices, coincidimos en todo.

Con la finalidad de comprender cómo la recuperación económica influía en las organizaciones para reimplementar competencias mediadoras, decidí regresar al campo para recoger más datos y conocer cómo los profesionales percibían la nueva situación económica en cuanto a la posibilidad de transferir las intervenciones mediadoras contando con el soporte de la institución. Opté por la utilización de *entrevistas individuales, cara a cara*, para poder recoger directamente las voces de las informantes y captar la forma no verbal de expresarlas (los cambios de posición, las entonaciones, los silencios, los movimientos de las manos, entre otros) en tanto que aumentan la comprensión del significado otorgado por las informantes, paliando así una de las limitaciones de la entrevistas por correo electrónico. Las dos informantes seleccionadas aceptaron gustosas participar y en el mes de noviembre de 2015, en un intervalo de 15 días, realicé las dos entrevistas (*Tabla 14*). En cada una especificué nuevamente el motivo de este nuevo encuentro, las características de la entrevista abierta en la que podían expresarse libremente y les garanticé totalmente el anonimato. Asimismo les presenté algunos de los temas que podíamos abordar (*Anexo 6*):

1. Implementación del proyecto de mediación inter pares en cuanto a como se estaba desarrollando en la actualidad.
2. Efectos de la recesión económica sobre el proyecto, es decir, de qué modo percibían si cesó por estos motivos o además había otros ocultos tras ella.
3. A nivel personal, implementación y mantenimiento de las estrategias y su utilidad

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 55 minutos. Al cabo de un mes remití a cada informante, la transcripción de la conversación que mantuvimos. Ambas manifestaron que el texto recibido reflejaba fielmente lo que cara a cara se había desarrollado.

	Marzo - Ab 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Jul - Ag - Sept - Oct 2010	Nov 2010	Dic 2010 - Dic 2011	Enero 2012	Feb - Marzo 2012	Marzo 2012	Nov 2015
Realización curso	n=25									
Primera entrevista (correo electrónico)		n=21								
Segunda entrevista (correo electrónico)			n=20							
Tercera entrevista (correo electrónico)					n=19					
Cuarta entrevista (correo electrónico)							n=11			
Grupo de Discusión									n=4	
Entrevistas individuales (cara a cara)										n=2

Tabla 14: Cronograma de la recogida de datos

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La recogida de datos cualitativos y su análisis son dos estrategias de investigación complejas que avanzan paralelamente pero no de forma lineal sino simultánea donde los datos se componen y descomponen, de forma que se avanza del todo a las partes y de las partes al todo (Carrillo Pineda et al., 2011). Ambos procesos se inician ya desde el principio de la investigación y finalizan cuando la información que se obtiene es repetitiva y los datos interpretativos que emergen no son nuevos (Strauss & Corbin, 2002). Por ello se precisa que, los sucesos objeto de estudio sean comparados en cuanto a sus particularidades, elementos, semejanzas y diferencias (Leyva-Moral, 2010). Me dispuse a iniciar el proceso de análisis desde el primer contacto con los datos para organizar, manipular y recuperar los fragmentos más significativos en función de los objetivos propuestos (Coffey A, 2005).

Para el desarrollo del análisis de los datos, descarté la utilización de un programa informático por diversas razones. Por un lado me encontraba en un momento profesional intenso con un importante volumen de trabajo y responsabilidad. Por otro lado, el manejo del programa se me presentaba sumamente complicado por desconocerlo totalmente y para su utilización, debía desplazarme a otro edificio de mi organización lo que me obligaba a invertir un número importante de horas de las

cuales, no disponía. Asimismo, en esa época no disponía de un buen equipo ofimático por lo que tras varios intentos, un número importante de horas invertidas y algunos sonados y dolorosos fracasos, decidí prescindir del programa informático Atlas Ti, y opté por utilizar un método manual propio. Asimismo, me pareció que incorporar un software que no dominaba podía poner en cuestionamiento la veracidad del proceso analítico. De este modo, sirviéndome por un lado del procesador de textos Word para organizar la información y acceder a ella mediante diversos comandos, como “*comentarios*” para introducir anotaciones y reflexiones al margen del texto que posteriormente incorporé al diario de campo, y por otro, elaborar las memos analíticas que me ayudaron a examinar mis ideas previas, encontrar sentido a determinados datos, establecer nuevos caminos, elegir aspectos clave que debía encontrar en los datos y teorizar, y “*buscar*” para acceder a información y palabras clave que me posibilitaron conocer los temas que con mayor frecuencia aparecían en las entrevistas y las transcripciones del GD. Por otro lado, para la emergencia de los dominios y el dominio central adopté un método “artesanal” que consistía en el uso de notas adhesivas de variados colores que extendía por toda la mesa de trabajo y que podía cambiar de posición según el momento de análisis, que me permitió ir adquiriendo una visión global de todo el proceso de análisis. Cabe señalar, que mi propio diálogo reflexivo y autocrítico, así como las constantes revisiones de mis memos y el contenido del diario de campo guiaban el trabajo analítico que realicé, que posteriormente validó un experto en la metodología.

El análisis de datos lo efectué mediante el método de las comparaciones constantes (MCC) característico de la TF, y que se realiza en tres niveles de forma simultánea, en la medida en que van incorporándose nuevos datos que se agrupan y desagrupan según la interpretación del investigador.

En la primera fase del proceso analítico, después de efectuadas las entrevistas las releí nuevamente para entender el contexto y comprender su sentido global. A medida que iba obteniendo los datos, dividí las narrativas en códigos descriptivos denominados “*unidades de significado o análisis*” (UA) que se correspondían a un texto comprendido entre dos puntos o bien oraciones con significado incluidas dentro de un párrafo. Elegí un modo u otro a partir del tamaño de la UA, en tanto que si era demasiado breve la codificación se hacía interminable y si era muy extensa, cada UA podía asignarse a muchas categorías siendo, en el análisis, complicadas de discriminar. Leí y releí meticulosamente cada UA y si las consideraba relevantes desde la óptica de los objetivos del estudio, las renombraba provisionalmente sin emitir juicios

procurando dejar de lado mis ideas preconcebidas y tener en cuenta sus dimensiones, buscando sus semejanzas y diferencias, y descartando aquellas UA que no consideré pertinentes en ese momento. A partir de este paso, fui agrupando las UA a base a preguntarme ¿a qué se refieren estos datos? ¿dónde pueden localizarse dentro del fenómeno? ¿qué me están diciendo?, cuyas respuestas en forma de hipótesis correspondían a conceptos que podían agruparse y que iba registrando en mis memos analíticas (Strauss & Corbin, 2002). De este modo, tal como propone Coffey (2005), en este nivel vinculé a unas determinadas UA un enunciado que se correspondía, desde mi subjetividad con una idea o concepto que me era sugerido por las UA. Las categorías que emergieron poseían un elevado componente descriptivo pero no me eran ajenas como investigadora al emerger de la categorización.

Mediante la comparación constante, cuando establecía una categoría emergida de los datos la comparaba con las categorías que ya había instaurado y buscaba si podía incluirla en alguna de ellas analizando sus propiedades y buscando semejanzas y divergencias con las que ya habían emergido. Asimismo, revisaba aquellas UA que inicialmente había descartado para asegurarme que no eran relevantes en el proceso de análisis y debían seguir descartadas (Cuña Gimenez, 2007). En el caso de no encontrar ninguna categoría ya establecida, creaba una nueva, que renombraba y buscaba si tenía algunas semejanzas o diferencias con las ya emergidas. Del mismo modo, volvía a releer las categorías para detectar si, a la vista de la nueva incorporación, alguna UA seguía teniendo sentido en esa categoría o bien podía pertenecer a otra, lo que en numerosas ocasiones me comportó redefinir las etiquetas para que tuviesen una concordancia más elevada con su contenido. Para que el modelo de Kirkpatrick no me condicionase en la interpretación, decidí releer una vez más las categorías y procuré separarlas totalmente del modelo, buscando la comprensión global y que no fuesen simplemente una forma de separar y organizar los datos sino que respondían totalmente al propio proceso de análisis. Así, el proceso imponía refinar, modificar, depurar y redefinir las categorías emergidas a partir de las nuevas UA (Medina Moya et al., 2006). De este modo, identifiqué las posibles relaciones entre las dimensiones y propiedades de las categorías desarrolladas en la codificación abierta y empecé a construir un sistema de núcleos temáticos emergentes que respondían de forma provisional a preguntas que me formulé sobre las categorías emergidas en la codificación abierta. Estos núcleos temáticos emergieron de un meticuloso análisis de cada categoría y de la revelación de las relaciones entre todas las categorías emergidas y dieron sentido a los datos (Leyva-Moral, 2010). Es en este paso que el investigador

utiliza sus experiencias y sus conocimientos teóricos y, todo el proceso está marcado por un potente componente interpretativo.

Durante todo el procedimiento, fui elaborando las memos analíticas que recogían preguntas en las que se relacionaban el qué, el quién, el cómo, el cuándo y el donde, y desarrollar hipótesis para identificar temas que me podían pasar por alto o bien que emergían de las entrevistas y fuera preciso profundizar, nuevamente, más avanzado el proceso analítico (Carrillo Pineda et al., 2011). En este punto, el proceso se iba volviendo más complejo y me obligó en más de una ocasión a revisar mis hipótesis y mis conocimientos con mis memos analíticas para ir verificando que no me apartaba de mis objetivos y que realmente estaba contemplando lo crucial y relevante descartando, realmente, aquello que era superfluo. En este procedimiento de ir validando las categorías al relacionarlas, integrarlas, refinarlas y completarlas vislumbré un núcleo o dominio principal que poseía conexiones con todas las categorías y que por ser central, desde su óptica a modo de paraguas, daba sentido y significado a todas esas categorías (Medina Moya et al., 2006).

He de comentar que desde el inicio de la investigación sabía que recogería datos en más de una ocasión y que en cada una de ellas debería simultanear la recogida con el análisis. Por lo que tras la primera entrevista desarrollé los dos primeros niveles del MCC, la codificación abierta y la axial. Una vez realizada la segunda entrevista, dividí estas nuevas narrativas en UA y busqué semejanzas y diferencias con las UA de las categorías que habían emergido en el análisis de los datos de la primera entrevista. A partir de ahí incorporé UA a categorías establecidas, creé nuevas categorías que redefinieron las ya emergidas y descarté, provisionalmente, unas UA que consideré irrelevantes. Asimismo, revisé de nuevo las UA desechadas en la primera entrevista y procedí a incorporar aquellas que consideré pertinentes y suprimí las que no procedían ser incorporadas. Nuevamente y como consecuencia de estas incorporaciones, leí y releí el resultado obtenido y consulté mis memos para refinar, modificar, depurar y redefinir las nuevas categorías a partir de las nuevas incorporaciones. De este modo había conseguido unos datos que tenían sentido y coherencia en sus dimensiones y propiedades. En la tercera y cuarta entrevista procedí del mismo modo, es decir, dividir el texto en UA, analizarlas detenida y minuciosamente, decidir si se correspondían con los objetivos del estudio, incorporarlas o descartarlas según el resultado obtenido, volviendo a obtener una visión del fenómeno de estudio que empezaba ya a tener cuerpo y que dejaba entrever un hecho que era característico y propio del grupo de estudio y que deseaba poder concretar y comprender. Aun así, no podía dar por

terminado el proceso de investigación porque aún había datos que no estaban saturados por lo que, tras consultar con un experto, procedí a realizar un grupo de discusión. A medida que realizaba la transcripción de la sesión y empezaba a organizar los datos, iba dándome cuenta que éstos empezaban a presentar repeticiones y en algunos puntos no se obtenía nueva información e intuí que la saturación teórica estaba ya cerca. Este hecho se confirmó al finalizar el análisis de los datos obtenidos en el grupo de discusión, por lo que di por finalizada la recogida y análisis de los datos. Debido a la dificultad para diferenciar de forma clara los métodos de recogida y análisis de forma simultánea, Medina establece que el proceso analítico debe ser riguroso, transparente y replicable (Medina Moya et al., 2006).

Empezaba a darme cuenta que los datos me mostraban el significado que, las competencias en HHMM adquiridas en la formación, tenían para los informantes en cuanto al proceso de transferencia y sostenibilidad como una posibilidad de crecimiento personal y profesional y un reto para aumentar la calidad de sus intervenciones profesionales en el futuro (López Rodrigo, 2012). Sin embargo, me pregunté y reseñé en mi diario de campo si el significado positivo de la formación podía desvanecerse si aparecían dificultades en el proceso de transferencia y sostenibilidad principalmente debidas a la organización y no sólo a dificultades particulares de los participantes (Tejada Fernandez & Ferrandez Lafuente, 2012). Hecho que se puso en evidencia, en tanto que como consecuencia de la recesión económica, los apoyos de las organizaciones a la implementación de los cambios disminuyó considerablemente quedando, el proceso de transferencia y mantenimiento práctica y exclusivamente en manos de los informantes y en su deseo de implementar aquellas competencias que habían comprobado, más en el nivel personal que profesional, que les eran útiles y por lo tanto se les hacían imprescindibles.

EL RIGOR CIENTÍFICO

Debe tenerse en cuenta, que la investigación cualitativa posee unos criterios propios de rigor científico y que se han desarrollado técnicas específicas para asegurarlos (Lincoln & Guba, 1985). Por ello, voy a seguir los términos propuestos por Guba y Lincoln en 1985: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Estos criterios han formado parte y guiado todo el proceso de investigación, desde la idea inicial hasta las conclusiones.

Credibilidad

También denominada valor de verdad, posibilita que se ponga de manifiesto las vivencias de las personas, como ellas las perciben. Es decir, se produce acuerdo entre las diferentes fuentes de información y los resultados obtenidos que se corresponden con el fenómeno estudiado (Mahtani-Chugani, Axpe Caballero, Serrano Aguilar, González Castro, & Fernández Vega, 2006). La credibilidad se refiere a la confianza en la veracidad de los resultados reconocido por los informantes y por otros profesionales cercanos al objeto de estudio (Polit & Hungler, 2000). La credibilidad puede verse afectada por una relación muy cercana entre investigador e informante (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Malpica, 2012). Para ello, tras cada recogida de información, las transcribí si era necesario según la herramienta de recogida usada, los analicé y categoricé estrictamente según sus propias palabras sin perder totalmente la perspectiva de los objetivos propuestos.

Transferibilidad

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de ampliar los resultados obtenidos en el estudio de un fenómeno a otros contextos (Polit & Hungler, 2000). Por ello, va a ser preciso que se evidencien exhaustivamente las características del contexto y de los participantes para que emerja lo compartido y lo concreto con otras investigaciones. De este modo, la transferibilidad está estrechamente relacionada con la similitud en los contextos (Salgado Lévano, 2007). La determinación de estas similitudes estarán más en manos del investigador que desee efectuar esa transferencia que del investigador original (Rincón Igea et al., 1995). En vista de lo cual, el muestreo intencionado es clave para buscar en los conceptos emergentes cuales pueden ser comparables en otros contextos (Mahtani Chugani, 2009). Para garantizar la transferibilidad y mediante el muestreo intencionado desarrollé una minuciosa recogida de datos y un riguroso análisis de los mismos.

Dependencia

La dependencia o consistencia hace referencia a la estabilidad de los datos (Polit & Hungler, 2000). Es decir, el grado en que distintos investigadores recojan datos parecidos en el mismo contexto, verifiquen los mismos análisis y alcancen resultados equivalentes (Salgado Lévano, 2007). Hecho que es difícil de asegurar por las cambiantes características de los entornos y de los sujetos que dan a la investigación naturalista un cierto grado de inestabilidad (Mahtani Chugani, 2009). ¿Quién puede asegurar que, al cabo de un breve o largo espacio de tiempo los informantes sigan dando el mismo significado a un acontecimiento si se ha producido o no un fenómeno

que pueda afectarlo?. Aseguré la estabilidad de los datos mediante el grupo de discusión y las entrevistas cara a cara de tal modo que, tras el acontecimiento socioeconómico que tuvo lugar, el significado atribuido a la transferencia y sostenibilidad de las competencias adquiridas se mantenía.

Confirmabilidad

La confirmabilidad o neutralidad avala que los resultados no estén sesgados por los intereses del investigador (Polit & Hungler, 2000). Posibilita el conocimiento del camino seguido por el investigador siendo necesario un registro de las decisiones y planteamientos especialmente durante el la recogida y análisis (Salgado Lévano, 2007). Por las características especiales del proceso recogida-análisis de lo datos, las memos analíticas resultan de vital importancia a lo largo de todo el proceso. Para ello revisé mis resultados con otros investigadores y solicité el juicio crítico de expertos en mediación y en metodología cualitativa.

A continuación desarrollaré los métodos que usé para garantizar los criterios de rigor:

La triangulación. Referida al uso de diversos métodos, fuentes de datos, teorías e investigadores para encontrar modelos de concurrencia para poder desarrollar o verificar una interpretación global de un fenómeno de investigación (Sandin Esteban, 2003). Por un lado, utilicé diversos métodos para recoger los datos: las entrevistas individuales vía correo electrónico y cara a cara, y el grupo de discusión. Por otro lado, los datos fueron verificados juntamente con la segunda moderadora en el caso del GD, por diversos expertos en metodología y en mediación, y por las propias informantes tanto en el GD como en las entrevistas cara a cara. Con lo cual la triangulación me aseguró la credibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.

La coherencia estructural que se aseguró por el hecho de seguir escrupulosamente el método de las comparaciones constantes para el análisis de los datos. Por otro lado, todas las conclusiones a las que he llegado están fundamentadas en los datos y se acompañan de los testimonios que ejemplifican las inferencias y afirmaciones, cubriéndose así la credibilidad.

Las memos analíticas y el diario de campo se utilizaron a lo largo de todo el proceso de recogida y de análisis, siéndome de gran utilidad para la discusión y las conclusiones. Con ellos me cercioré de la transferibilidad de los datos.

Transcripción del grupo de discusión y de las entrevistas cara a cara. La transcripción del grupo de discusión y de las entrevistas cara a cara fue ardua y laboriosa. Después de una primera transcripción, escuché una vez más los audios para terminar de pulir ciertas palabras o su sentido. Una vez incluidas todas las correcciones, procedí

nuevamente a escuchar los audios. Para el GD, antes de dar por finalizado el proceso de transcripción de los datos, juntamente con la segunda moderadora procedimos a incorporar aquellas observaciones, comentarios y matices de comunicación no verbal que ella había detectado, para que todo el relato tuviese sentido y no fuese simplemente una agrupación fría de palabras. Con las transcripciones velé por la dependencia.

LOS ASPECTOS ÉTICOS

El respeto a los principios éticos de consentimiento informado, confidencialidad y anonimato se ha mantenido a lo largo de todo el proceso de la siguiente manera. En primer lugar, solicité el consentimiento informado de los participantes para la realización de las entrevistas por correo electrónico y la grabación del grupo de discusión y las entrevistas cara a cara, que fue aceptado por todos ellos. En el manejo de los datos, la confidencialidad se ha garantizado en tanto que no se va a usar la información sin el consentimiento de los informantes y no será accesible a personas ajenas al estudio siendo yo como investigadora, la garante de este hecho. El anonimato se ha asegurado al asignar códigos alfa-numéricos a los informantes y no se han especificado datos que por las características particulares de la actividad formativa, pudiesen llevar a su identificación. Sin embargo, debido a lo específico del curso y el número reducido de participantes, de las tablas donde se especifican los datos sociodemográficos he eliminado los códigos alfanuméricos para que en los testimonios no puedan identificarse los informantes. Todo ello quedó recogido en el documento del consentimiento informado (*Anexo 7*).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la codificación inicial de los textos obtenidos en UA, procedí a un riguroso proceso de comparar acontecimientos y establecí 39 categorías emergentes (codificación abierta) (Tabla 15).

<i>Tabla 15. Listado y definición de las categorías emergentes</i>	
CATEGORÍA	DEFINICIÓN
1. Crecimiento personal	<i>Valoración de la formación, previa a su realización, y de las competencias que intuye adquirir como oportunidad para darse cuenta de sus capacidades y limitaciones</i>
2. Formación mediación y gestión conflictos	<i>Referencias, pre-formación, a la adquisición de competencias en gestión de conflictos y mediación</i>
3. Formación para la adquisición de habilidades comunicativas y mediadoras	<i>Se desea ser competente para manejar situaciones relacionales profesionales difíciles mediante la adquisición de técnicas y herramientas mediadoras para la mejora de la actividad laboral y las relaciones interprofesionales</i>
4. Utilidad de las estrategias adquiridas en los ámbitos personal y social	<i>Las competencias adquiridas se perciben como necesarias e imprescindibles para el desarrollo personal y beneficiosas para la sociedad en general</i>
5. Utilidad profesional de las estrategias	<i>Las competencias adquiridas se perciben como necesarias e imprescindibles para el desarrollo de la actividad profesional y las organizaciones</i>
6. Satisfacción con la organización del curso	<i>Complacencia con la docente por su hacer didáctico y manera de estimular al grupo y las estrategias pedagógicas utilizadas, la participación de los asistentes que ha favorecido la adquisición de competencias y la duración del curso, considerado en general como breve</i>
7. Satisfacción post-curso	<i>Complacencia entre las expectativas previas y los conocimientos y habilidades adquiridos, y la percepción de su utilidad posterior a nivel personal y profesional</i>
8. Motivación e interés por el tema, pre y postformación	<i>Afirmaciones de motivación e interés por la mediación y su utilidad, ya sea por iniciativa propia o por indicación de un superior jerárquico</i>

9. Apoyo de la organización	<i>Informaciones sobre la disposición de la organización por el tema de la mediación y el deseo de poseer profesionales formados en ella, y su utilidad</i>
10. Celo para evitar conflictos	<i>Referencias a que, consecuente con la formación, se pone sobre la mesa una situación considerada problemática que puede generar un conflicto cuando los demás aún no la han percibido así, produciéndose aquello que, en principio, se quería evitar repercutiendo en otros no implicados directamente</i>
11. Situaciones profesionales potencialmente generadoras de conflictos	<i>Referido a la percepción y verbalización de que ciertas situaciones pueden provocar conflictos en las relaciones interprofesionales (desavenencias, falta de recursos, falta de formación básica o específica en el manejo de las relaciones interprofesionales,...) así como determinadas intervenciones profesionales poco terapéuticas o éticas</i>
12. Repercusiones de los conflictos	<i>Referido a sobre quien repercuten las consecuencias de las situaciones problemáticas mal gestionadas</i>
13. Expectativas ante el aprovechamiento a obtener	<i>Expectativas sobre que se espera obtener a priori, sólo conociendo o no el tema, la docente, con o sin reservas ante la formación, pocas o altas expectativas, y por el hecho de compartir experiencias y escuchar actuaciones y planteamientos distintos a los propios</i>
14. Beneficios a nivel personal en relación a la actitud profesional	<i>Darse cuenta que la formación ha generado cambios en sus actitudes personales que en ocasiones han sido superiores a las profesionales, y en que entornos profesionales han tenido lugar</i>
15. Aplicación de actitudes y técnicas mediadoras	<i>Consideración de la adquisición, modificación y aplicación de estrategias y técnicas que guían la comunicación interpersonal que mejoran sus relaciones profesionales y que se saben transferir</i>
16. Satisfacción con los cambios implementados	<i>Referencias a la satisfacción del participante con los cambios introducidos tanto propios como con los pacientes/familiares y miembros del equipo interdisciplinar</i>

17. Aplicación de estrategias y habilidades mediadoras para implementar cambios	<i>Las estrategias y habilidades mediadoras se han aplicado a nivel personal (amigos, familiares) y profesional (pacientes/familia, estudiantes, compañeros y superiores), con la convicción que la motivación personal es el motor del cambio</i>
18. Disposición de la organización para la implementación de cambios	<i>Informaciones de que la organización implementará cambios si no implican modificaciones organizativas o gasto económico. Percepción de disposición positiva en el mantenimiento de los cambios ya implementados</i>
19. Dificultades para utilizar las HHMM, incorporar cambios y gestionar conflictos	<i>Percepción de impedimentos personales y organizativos para la incorporación de cambios y la gestión de conflictos consecuentes a la formación</i>
20. Incorporación de las estrategias a la actividad profesional diaria	<i>Convencimiento de la formación como necesaria e imprescindible para la transferencia y sostenibilidad de los cambios</i>
21. Disminución de lo aprendido y los cambios implementados	<i>Intuición de pérdida progresiva de lo adquirido por poco reconocimiento y apoyo de superiores jerárquicos que conllevan la desaparición progresiva de los cambios implementados hasta la desaparición</i>
22. Apercepción del interés de la sociedad	<i>Referencias de que ciertos colectivos (mundo académico, organizaciones ...) están interesados por el tema por el aumento de los cursos de formación que se están ofertando y realizando</i>
23. Apercepción de la necesidad de seguir con la formación	<i>Referencias a la necesidad de proseguir la formación en habilidades sociales y gestión de conflictos para que se mantenga lo adquirido</i>
24. Dificultades por la falta de formación o experiencia	<i>Apercepción de que la falta de formación o experiencia es uno de los motivos individuales para no introducir nuevas estrategias</i>
25. Colectivos a formar	<i>Afirmaciones sobre la incorporación de todo el equipo interdisciplinar a la formación en HHMM y gestión de conflictos</i>

26. Estrategias relacionales y comunicativas, personales y organizativas, para la sostenibilidad de los cambios	<i>El participante se da cuenta que ciertas estrategias aplicadas por ellos y los mandos intermedios ayudan al mantenimiento de los cambios implementados</i>
27. Cambios personales, potenciados por las actividades de refuerzo que favorecen la sostenibilidad	<i>Los cambios personales y profesionales implementados se han mantenido con el paso del tiempo mediante las actividades de refuerzo. La voluntad personal ha fomentado que se mantengan los cambios más que el interés por parte de la organización</i>
28. Actividades de refuerzo imprescindibles para mantener los cambios con el apoyo de la organización	<i>Consideración que las actividades de refuerzo son necesarias, tanto a nivel del profesional como del equipo, para la sostenibilidad de los cambios con el convencimiento que sin el soporte de la organización no es posible</i>
29. Neutralidad del asesor externo	<i>Opinión de los informantes en cuanto a considerar necesario que el asesor no esté implicado con el grupo</i>
30. Influencia de la situación socioeconómica	<i>La situación socioeconómica actual no favorece la introducción de estrategias organizativas para el cambio ni el mantenimiento de los ya introducidos para la gestión de conflictos por el aumento de recursos económicos que comporta. La formación continuada no es prioritaria para la organización</i>
31. Nuevas maneras de enfocar y guiar la práctica profesional	<i>Percepción de la adquisición de conocimientos y habilidades para abordar la práctica profesional diaria de manera más amplia y con mayor empatía</i>
32. Detección de situaciones problemáticas	<i>El participante usa estrategias nuevas (cambios en el desarrollo profesional) para que ciertas situaciones problemáticas no se conviertan en conflictos</i>
33. Reflexión previa a la actuación	<i>Capacidad para reflexionar ante determinadas situaciones superando la impulsividad por realizarlas</i>
34. Repercusión en el trabajo de equipo	<i>La aplicación de estrategias y habilidades adquiridas influyen en el trabajo en equipo y su cohesión</i>

35. Intervenciones profesionales menos directivas	<i>Cambios en sus intervenciones al ceder poder al otro, permitir su iniciativa, tomar decisiones</i>
36. Confianza en la implementación de las técnicas	<i>Afirmaciones sobre el deseo y confianza de que los cambios van a ser implementados, aunque puede dificultarse por la situación socioeconómica</i>
37. Consolidación del camino iniciado	<i>Apercepción de la necesidad de seguir por el camino iniciado pese a las dificultades, sin desfallecer ante las adversidades</i>
38. Interiorización del aprendizaje como experiencia vital	<i>Darse cuenta que, la formación realizada y los cambios implementados, han dejado una huella que representa una experiencia de vida que no tiene vuelta atrás</i>
39. Características previas de personalidad	<i>Consideración de que su manera de ser las lleva a no provocar la escalada del conflicto y a reconducirlo y que la formación lo ha reforzado</i>

En la segunda fase, me sumergí en estas 39 categorías y precisé concretar las propiedades esenciales de cada una de ellas (codificación axial) y empleando nuevamente el MCC empecé a recomponer los datos y buscar la emergencia de áreas temáticas más amplias y con un nivel interpretativo más elevado y complejo. Para ello me basé en el criterio de semejanza temática y, a pesar de partir de categorías con abundante carga descriptiva, incorporé aspectos interpretativos y de coherencia en tanto la emergencia de una metacategoría me obligaba a redefinir significados en las categorías para que tuviesen sentido en esa y no en otra. De todo este proceso, obtuve 11 metacategorías (Tabla 16). Nuevamente en esta parte del proceso, debo remarcar la utilidad de las memos puesto que me permitían penetrar en los datos, definir las metacategorías y guiarme en el diseño de la nueva recogida de datos sin olvidar los aspectos más relevantes de la anterior.

Tabla 16. Definición de las metacategorías emergentes y las categorías relacionadas

<p>1. Adquisición de competencias <i>Definición: Convicción que se han adquirido competencias útiles en el plano personal y profesional.</i></p>	<p>1.1. Crecimiento personal 1.2. Formación en mediación y gestión de conflictos 1.3. Formación para la adquisición de habilidades comunicativas y mediadoras</p>
--	---

<p>2. Utilidad de las competencias adquiridas</p> <p><i>Definición: Las competencias son necesarias e imprescindibles para el desarrollo personal, profesional, de las organizaciones y la sociedad.</i></p>	<p>2.1. Utilidad de las estrategias adquiridas en los ámbitos personal y social</p> <p>2.2. Utilidad profesional de las estrategias adquiridas</p>
<p>3. Satisfacción con el aprendizaje</p> <p><i>Definición: Satisfacción por los conocimientos y habilidades adquiridos, del abordaje teórico-práctico y aplicable de la docente y la activa participación del grupo.</i></p>	<p>3.1. Satisfacción con la organización del curso</p> <p>3.2. Satisfacción post-curso</p>
<p>4. Interés por las intervenciones mediadoras</p> <p><i>Definición: Se precisa de la mediación informal para la autocapacitación en la gestión de las relaciones interpersonales e interprofesionales, para la transformación de conflictos.</i></p>	<p>4.1. Motivación e interés por el tema, pre y postformación</p> <p>4.2. Apoyo de la organización</p>
<p>5. Práctica profesional generadora de situaciones conflictivas</p> <p><i>Definición: La práctica profesional diaria y el afán de intervenir favorecen la aparición y escalada de conflictos.</i></p>	<p>5.1. Celos para evitar conflictos</p> <p>5.2. Situaciones profesionales potencialmente generadoras de conflictos</p> <p>5.3. Repercusiones de los conflictos</p>
<p>6. Enriquecimiento personal y profesional</p> <p><i>Definición: Importancia del papel enriquecedor del grupo y por compartir experiencias en la adquisición de competencias que afecta a todas las personas relacionadas con la informante y que posibilita comunicaciones más</i></p>	<p>6.1. Expectativas ante el aprovechamiento a obtener</p> <p>6.2. Beneficios a nivel personal en relación a la actitud profesional</p> <p>6.3. Aplicación de las actitudes y técnicas mediadoras</p> <p>6.4. Satisfacción con los cambios implementados</p>

<p><i>eficaces en cualquier contexto.</i></p>	
<p>7. Implementación de las estrategias para el cambio <i>Definición: Posibilidades y dificultades propias y/o externas que han incidido en la puesta en marcha de las competencias adquiridas en la formación, considerándola como un elemento imprescindible para el cambio.</i></p>	<p>7.1. Aplicación de estrategias y habilidades mediadoras para implementar cambios 7.2. Disposición de la organización para la implementación de cambios 7.3. Dificultades para utilizar las HHMM, incorporar cambios y gestionar conflictos 7.4. Incorporación de las estrategias a la actividad profesional diaria 7.5. Disminución de lo aprendido y los cambios implementados</p>
<p>8. Continuidad de la formación <i>Definición: La formación en HHMM interesa a los profesionales de la salud, las instituciones sanitarias y a la sociedad en general por los beneficios que conlleva.</i></p>	<p>8.1. Apercepción del interés de la sociedad 8.2. Apercepción de la necesidad de seguir con la formación 8.3. Dificultades por la falta de formación o experiencia 8.4. Colectivos a formar</p>
<p>9. Mantenimiento de los cambios <i>Definición: Los cambios deben mantenerse mediante estrategias personales y acompañarse de actividades de refuerzo, pese a las dificultades.</i></p>	<p>9.1. Estrategias relacionales y comunicativas, personales y organizativas, para la sostenibilidad de los cambios 9.2. Cambios personales, potenciados por actividades de refuerzo que favorecen la sostenibilidad 9.3. Actividades de refuerzo imprescindibles para mantener los cambios con el soporte de la organización 9.4. Neutralidad del asesor externo 9.5. Influencia de la situación socioeconómica</p>
<p>10. Nuevas perspectivas ante la práctica profesional <i>Definición: Se abren nuevas posibilidades de competencia profesional en dominios en los cuales antes no se podía acceder.</i></p>	<p>10.1. Nuevas maneras de enfocar y guiar la práctica profesional 10.2. Detección de situaciones problemáticas 10.3. Reflexión previa a la actuación 10.4. Repercusión en el trabajo de equipo 10.5. Intervenciones profesionales menos directivas</p>

<p>11. Empeño y motivación <i>Definición: Superar las dificultades y el beneficio que se obtiene, se da más por la voluntad de los profesionales que por el apoyo de la organización.</i></p>	<p>11.1. Confianza en la implementación de las técnicas 11.2. Consolidación del camino iniciado 11.3. Interiorización del aprendizaje como experiencia vital 11.4. Características previas de personalidad</p>
---	---

El proceso de relacionar las metacategorías entre ellas y a la vez, me permitió visualizar las divergencias de unas con otras, obteniendo 4 mapas conceptuales correspondientes a los 4 dominios emergidos tras un nuevo proceso de ir de las partes al todo y del todo a las partes (Tabla 17). Señalar que, en la medida en que iba redefiniendo las metacategorías para que emergiesen los dominios, el nivel interpretativo aumentaba en complejidad y disminuía en concreción.

Tabla 17. Definición de los dominios emergentes y las metacategorías relacionadas

<p>1. Competencias y satisfacción vinculadas a la formación <i>Definición: Los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos durante el curso y que luego se transfieren al contexto personal y profesional generan a pesar de las dificultades de implementación satisfacción en los profesionales que sienten que se han autocapacitado.</i></p>	<p>1.1. Adquisición de competencias 1.2. Utilidad de las competencias adquiridas 1.3. Satisfacción con el aprendizaje</p>
<p>2. Beneficios de la mediación en la práctica profesional <i>Definición: La mediación y las HHMM mejoran las relaciones interpersonales y por tanto son necesarias para la salud de los profesionales, equipos, usuarios y organizaciones por lo que se proporciona una asistencia y unos cuidados de calidad.</i></p>	<p>2.1. Interés por las intervenciones mediadoras 2.2. Práctica profesional generadora de situaciones conflictivas</p>
<p>3. Gestión del cambio <i>Definición: El cambio generado en la implementación de estrategias consecuentes a la formación, es un proceso de múltiples caras que, mediante el uso de estrategias de comunicación adecuadas, generan una experiencia positiva en</i></p>	<p>3.1. Enriquecimiento personal y profesional 3.2. Implementación de las estrategias para el cambio 3.3. Continuidad de la formación 3.4. Mantenimiento de los cambios</p>

<i>el proceso de crecimiento en todas las esferas de la persona.</i>	
<p>4. Importancia del camino iniciado</p> <p><i>Definición: Se percibe que se ha iniciado un camino nuevo en las relaciones interprofesionales que se considera muy importante y que repercute en la calidad de los cuidados que se presta a los usuarios y sus familias.</i></p>	<p>4.1. Nuevas perspectivas ante la práctica profesional</p> <p>4.2. Empeño y motivación</p>

La codificación selectiva, no se concluyó hasta que recogí los datos del GD. Asimismo, las entrevistas cara a cara me permitieron ratificar los datos del GD y explorar dos situaciones concretas y opuestas, en un principio, frente a la transferibilidad. Tras la repetición del proceso de agrupación y reagrupación, me di cuenta que no emergía ningún dato nuevo por lo que significaba que había llegado a la saturación teórica y que había un elemento que daba sentido al proceso y que correspondía con un dominio o núcleo central. A continuación, procedí a desentrañar las relaciones existentes entre este incipiente dominio central y el resto de dominios, metacategorías y categorías. Para ello, me sumergí nuevamente en la minuciosa y organizada tarea de leer y releer, delimitar y re-delimitar, agrupar, desagrupar y reagrupar desde una mirada integradora hasta alcanzar el objetivo de desentrañar el núcleo central (*Tabla 18*).

<i>Tabla 18. Definición del dominio central emergente y los dominios relacionados</i>	
<p>Fortaleza para implementar y mantener cambios considerados idóneos e imprescindibles para el desarrollo profesional de calidad. "A PESAR DE"</p> <p><i>Definición: La formación en HHMM es útil e imprescindible para un desarrollo profesional de calidad y para la prevención y gestión de situaciones problemáticas y conflictivas, para evitar que se desarrollen y cronifiquen conflictos difíciles de gestionar y resolver, y siguiendo el camino iniciado, la disminución o desaparición del apoyo de la organización no va a impedir su avance profesional.</i></p>	<p>1.1. Competencias y satisfacción vinculadas a la formación</p> <p>1.2. Beneficios de la mediación en la práctica profesional</p> <p>1.3. Gestión del cambio</p> <p>1.4. Importancia del camino iniciado</p>

De esta codificación selectiva, percibí que los datos me permitían establecer el significado que los participantes otorgaban a la transferencia y sostenibilidad como hilo conductor que hacía emerger un conocimiento nuevo propio de esas personas en esa situación.

El dominio central se configura por cuatro dominios que le proporcionan sentido, entidad, y a su vez una visión global del fenómeno de estudio, el significado que los participantes atribuyen al proceso de transferencia y mantenimiento de las competencias adquiridas. Cada dominio, emerge de un número determinado de metacategorías que a su vez están configuradas por otras tantas categorías y posee características propias y diferenciadas del resto de dominios, adquiriendo total sentido y forma al ser contemplados en conjunto bajo la óptica del dominio central (*Figura 21*).



Figura 21. Dominio central emergido y los dominios y metacategorías relacionados

“A PESAR DE”

Este dominio central “A pesar de” se refiere a la fuerza interna para implementar y mantener cambios considerados idóneos e imprescindibles para el desarrollo profesional de calidad. Fortaleza que los informantes han adquirido en su proceso de transferencia y mantenimiento de las competencias adquiridas en HHMM para la prevención y transformación de los conflictos que se den o puedan darse en los equipos

interdisciplinarios. Esta fortaleza interna que han desplegado incorpora el deseo y empeño para seguir transfiriendo las capacidades y actitudes adquiridas y manteniéndolas aunque persistan las situaciones personales, profesionales o sociales adversas y las organizaciones hayan reducido, temporal o permanentemente, su interés para implementarlas como consecuencia o no de la crisis económica. Esta fuerza interna desarrollada va a seguir impulsando a los informantes a seguir el proceso de cambio iniciado y la disminución o desaparición del apoyo de la organización no va a impedir su avance personal y profesional.

El análisis de los datos, muestra que las participantes se han hecho más fuertes y con mayores deseos de mantener los cambios implementados aperebiendo que, tanto en las relaciones interpersonales y familiares como interprofesionales, las estrategias e intervenciones mediadoras son de gran utilidad y satisfacción.

“La adquisición de estrategias mediadoras que me ha dado más seguridad y más fuerza en mí misma” P8.

De los datos emergidos en el grupo de discusión se pone sobre la mesa que, determinados profesionales al ser informados que, debido a los recortes, no se seguiría el proyecto de mediación inter pares, se sintieron aliviados y dejaron de lado la implementación de los cambios. Debe tenerse en cuenta que, tal como propone Martínez Pérez (2010) para determinadas personas los cambios en los que están inmersos representan un factor estresante intenso y lo afrontan de manera poco adaptativa o bien se experimenta incompetencia para llevarlos a cabo. Asimismo, los datos sugieren que el esfuerzo que representa conseguirlos genera disconfort que conlleva disfunciones fisiológicas o psicológicas que pueden llegar incluso a generar graves alteraciones en la salud mental del sujeto.

“En un primer momento me sentí defraudada. Luego pensé que me había liberado de una importante carga de trabajo. Me sentí muy ambivalente” P9.

Ante esta situación, debe tenerse en cuenta que la resistencia al cambio está siempre presente en el ser humano (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008; París Albert, 2005). Resistencia que se mantendrá si se le añaden situaciones de vulnerabilidad personal o deficiencias en el desarrollo y claridad de los proyectos que impliquen un sobreesfuerzo para el que se sienta que no se posee suficiente fuerza y energía. En este punto es lícito que las personas reaccionen con un cierto grado de alivio cuando se las libera de determinadas tareas para las cuales no se sienten suficientemente preparadas tanto a nivel de formación como actitudinal.

“El hecho que los contratos sean temporales y los sueldos bajos, dificulta pedirles que fuera de su horario participen en otras actividades extras si no se les remunera adecuadamente” P1.

Por otra parte, el proceso analítico pone de relieve que la resistencia de los profesionales flaquea ante las negativas o los contratiempos que surgen en su organización al limitar la posibilidad de implementar cambios, buscando la fuerza en otros entornos, como el familiar. Sin embargo, si se da apoyo ante momentos de debilidad y deseos de abandonar, aparece el impulso y decisión para seguir con la ejecución y mantenimiento de los cambios, en un ámbito de actuación más reducido o limitándose a su núcleo interpersonal. De tal modo que, por el hecho que la organización no apoye suficientemente a sus profesionales en la implementación de cambios, ni les estimule, si no aparecen impedimentos van a seguir adelante, en la medida en que sea posible. Es decir, aunque estén ante dificultades importantes, van a proseguir con el camino iniciado. Los datos revelan que las informantes experimentaron desánimo y frustración ante la imposibilidad de seguir implementando los cambios, pero aun así se cuestionaban que, a nivel individual y de forma mucho menos reglada, probablemente van a seguir implementando las competencias adquiridas para mejorar el clima de trabajo en los servicios y centros de trabajo y prevenir los conflictos. De este modo se aprecia, tal como se plantea en los objetivos, que determinados condicionantes personales y profesionales de los informantes van a ejercer una fuerza motivacional para seguir adelante. Véase ilustrado en los siguientes testimonios:

“Yo, yo no lo entiendo, no entiendo porque no se potencia la mediación ... hay tantas cosas que se hubiesen podido arreglar cogiéndolas en el momento, que si se dejan enfriar tanto (con frustración)” P7.

“Pienso que [pese a las dificultades] si me esfuerzo lo llegaré a hacer ... no veo que haya una voluntad por parte de los directivos, no lo valoran, no se lo creen” P13.

“No hago caso a los saboteadores, no intento hacerles cambiar, soy consciente que son más fuertes que yo ... y sigo apostando por esta nueva forma de hacer ... [la mediación]” P16.

En relación a la formación continuada, Pineda et al (2014) proponen que para la mejora e innovación de las instituciones en un contexto socioeconómico de crisis se plantee una FC de calidad, ajustada a las necesidades de los trabajadores y con una óptima relación coste-beneficios al ser considerada una inversión. Con la FC se

adquieren nuevas competencias o se fortalecen las que ya se posee para afrontar los retos tecnológicos y clínicos o de cuidados ante los cambios acontecidos en el ámbito de la salud a todos los niveles de la organización (López Rodrigo, 2012).

“Sí, es aquello “cambia tú, que cambiará el mundo” P1.

Por ello, los datos revelan dos aspectos fundamentales del proceso por el que han transcurrido los participantes en el programa formativo en HHMM. Por un lado, en la adquisición de competencias que se ha valorado como muy positivo poder transferirlas. Y por otro, la creencia de la implementación en su actividad profesional diaria. De este modo, la formación en HHMM se revela útil y necesaria para al desarrollo laboral para la capacitación de los profesionales, servir de modelo a otros y, en consecuencia, ofrecer un servicio de calidad a usuarios o pacientes.

“Aunque si analizo el tema me doy cuenta que sí que ha habido cambios en mi relación profesional, pues creo que soy más tolerante que hace un año, que intento comprender y dialogar más con los compañeros, y que doy menos importancia a situaciones que en otro momento podrían haber sido conflictivas” P9.

Asimismo, la mejora de las relaciones interpersonales e interprofesionales favorecen el clima laboral. Sirvan de ejemplo los siguientes fragmentos:

“A nivel de personal, también te das cuenta de cómo el decir las cosas de según de que manera, pues cambia mucho, cambia mucho las cosas y los demás lo reconocen bueno básicamente... en la consulta” P17.

“En mi hospital, es un hospital pequeño y pienso que sí, que hubiésemos podido hacer alguna cosa más y más con todas las incidencias que hay no? ... sería un ambiente de trabajo mucho más bueno y más relajado” P7.

Por todo ello, se pone de manifiesto que la formación en HHMM, posibilita que los informantes sean más autónomos y capaces para desarrollar su profesión y sentirse empoderados a la hora de tomar sus decisiones profesionales en relación al conflicto. Además, de acuerdo con García Vivar (2006) los profesionales son capaces de consensuar y argumentar estas decisiones con otros miembros del equipo, adoptando un rol más activo, con capacidad para prevenir y gestionar conflictos. Asimismo, en palabras de Novel (2012) la formación en habilidades y competencias mediadoras comporta la posibilidad de realizar intervenciones de promoción de la salud relacional y preventiva de los conflictos. Del mismo modo que se optimiza la capacidad de interacción de las personas, se adquieren conocimientos sobre los procesos de

mediación y se transmiten los valores de la cultura de la paz para desarrollarlos en las organizaciones de salud.

En la génesis de los conflictos son de vital importancia las personas, y según propuesta de Novel et al (2011), debe tenerse en cuenta que en las organizaciones de salud el trabajo individual aislado del equipo es totalmente imposible, es decir, ha de convivirse, interactuar e implicarse con los otros integrantes del grupo por lo que se aumenta el riesgo de discrepar, discutir y entrar en conflicto. En especial, estos hechos se producen en los procesos de cambio organizacionales en los que la vulnerabilidad de las personas y los equipos aumenta (Novel et al., 2011). Por ello, los datos revelan que la formación en estrategias comunicativas y relacionales permite la interacción con mayor asertividad a nivel interprofesional y con los usuarios. A su vez, se posibilita la mejora de la comunicación interpersonal, por lo que se aumenta la autoconfianza y la fortaleza para exponer con mayor claridad sus argumentaciones, opiniones y decisiones ante compañeros, superiores jerárquicos y pacientes o clientes o usuarios según sea el sujeto receptor de su quehacer profesional.

“Cuando noto alguna cosa, voy a la persona y le digo ‘oye, a lo mejor no me expliqué bien’, ¿podía haber sido esto? ... y te hace sentir bien, sabes, me siento más fuerte... porque en realidad no estamos convencidos que la tenemos [fuerza interna] y por eso que se pierden muchas cosas (con satisfacción)” P1.

De esta forma, el silencio es menos utilizado como estrategia para prevenir y gestionar conflictos.

“Comprendo que por mi cargo, en ocasiones debo callar y esperar que toda la espuma baje” P20.

En este sentido, afrontar preventivamente los conflictos significa que se posee un abanico de intervenciones que van más allá del silencio, que si bien en ocasiones se razona como muy útil para que el conflicto no escale, en otras se siente insatisfacción por no expresar la opinión y dejar que se impongan las voces de otros compañeros del equipo o de los supervisores. En esta tesis, los datos sugieren que al poseer estrategias comunicacionales se reduce el silencio como estrategia de afrontamiento, en tanto que se aumenta la posibilidad de utilizar estilos más centrados en el compromiso y la colaboración.

“El hecho de poder ir hablándolo, exponiéndolo y que ellos supiesen lo que yo pensaba ... decir las cosas con un enfoque más asertivo, sin tanta visceralidad

... poder rehuir aquellas situaciones de confrontación que no me interesan, pero sabiendo que lo hago y porque lo hago (con convicción)” P6.

En este sentido, de los datos emerge que el compromiso y la colaboración favorecen la asertividad y la cooperación como formas de respeto mutuo a las personas y las ideas.

“Entonces ella ... desde aquel día [confronté a la compañera], quizás entonces ella no reconoció en ningún momento que lo había hecho mal pero sí que yo veo desde ese día un cambio” P7.

Además, los datos indican que se alcanza el convencimiento personal que, a nivel profesional, debe seguirse con el camino del cambio iniciado. Por otra parte, la nueva situación socioeconómica de recesión ha comportado que en las organizaciones, incluyendo a los mandos intermedios, la implementación de cambios se supedita a que no implique variación organizacional o coste económico.

“Las dificultades para el cambio se han localizado siempre en la organización ... En la filosofía de la empresa, la crisis, los recortes de personal ... no favorecen poner en marcha esta técnicas ... En mi centro no están por esta filosofía de gestionar conflictos y todo ha quedado en el olvido (desengaño)” P7.

Sin embargo, se pone de manifiesto una actitud positiva por parte de la organización en la sostenibilidad de los cambios que han sido previamente implementados, puesto que ya están contemplados en los presupuestos. Asimismo, se considera que las organizaciones priorizan sus inversiones, por lo que posponen o dejan de lado la implementación de intervenciones y estrategias encaminadas a las relaciones “pacíficas” entre los integrantes de los equipos, con sus superiores y los pacientes.

“Pero como había problemas para cubrir a la gente, para cubrir los lugares de trabajo pues se han dejado de hacer” P9.

Por ello, el esfuerzo debe ser mayor porque, por un lado, se desea seguir adelante con los cambios estratégicos, pero por otro deben enfrentarse a las resistencias de sus superiores. Aun así, la motivación por incorporar modificaciones en la actividad profesional se lleva a cabo, aunque no se produzcan cambios de la misma envergadura como si la organización los respaldase y los considerase vitales y van a seguir desarrollándose las aptitudes y actitudes adquiridas (López Rodrigo, 2010). Además, los datos ponen de relieve que la motivación y empeño de los profesionales por los cambios va más allá del apoyo que proporcione la organización:

“Hemos de seguir por este camino a pesar de las dificultades” P3.

Asimismo, los datos ponen de manifiesto que si el profesional no está motivado y no posee energía para implicarse en el proceso de cambio, la organización va a tener dificultades para que se implementen, aunque ponga a disposición de los trabajadores los recursos necesarios (Llorens Gumbau, 1997). Una de las primeras intervenciones que los gestores deben realizar para que se produzca ese cambio, es la motivación de su capital humano (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008). Estos trabajadores son considerados boicoteadores indirectos, puesto que aparentemente, no se oponen pero tampoco lo favorecen o estimulan (Roca-Cortés, 2001). La posición que se adopta ante los cambios consiste en seguir actuando como se actuaba hasta ese momento, sin enfrentarse ni discutir, simplemente se comportan como si no se hubiese realizado la formación o sus compañeros y supervisores no les hubiesen puesto al día de las competencias trabajadas. Una de las informantes dice al respecto:

“Trabajar, trabaja, lo hace ... como siempre ... pero no como lo habíamos decidido entre todos. Si ella va a su bola ... la cadena se rompe. Actúa mal? no pero ... como el perro del hortelano vaya” P7.

El estudio de Llorens (1997) explora el significado y las actitudes hacia la formación que poseen gerentes, supervisores y trabajadores del sector metal-mecánica de la Comunidad Valenciana, concluyendo que, desde la perspectiva de los trabajadores, el significado de la formación mejora la productividad y la calidad, dato que coincide con los presentados en esta tesis. No es posible comparar los hallazgos de esta tesis con evidencias previas dada la inexistencia de las mismas bajo una perspectiva cualitativa. Las evidencias existentes se centran en explorar el impacto de la formación continuada en relación a la organización y satisfacción de la actividad formativa, su eficacia y gestión (Gairin 1999; Pineda 2000,20014; Peiró 2001; Martín Fernández 2003; Tejada 2007, 2008; Jiménez Rodríguez 2011; Stes 2015), de manera que no existe investigación que explore las experiencias de los participantes en cuanto a la transferibilidad y sostenibilidad (implementación y mantenimiento) de las competencias adquiridas en las actividades formativas, así como la percepción del apoyo que las organizaciones de salud proporcionan a los mismos.

COMPETENCIAS Y SATISFACCIÓN VINCULADA A LA FORMACIÓN

En la primera entrevista, solicité que desarrollasen el interés y motivaciones para la realización del curso, así como el grado de voluntariedad y la satisfacción experimentada durante el curso y con las competencias adquiridas.

En cuanto a la voluntariedad, sin que tenga ninguna relevancia estadística, destaco que el 35% de los inscritos a la formación lo hicieron por decisión propia, el 40% fueron aconsejados por sus superiores con la posibilidad de decidir si deseaban realizarlo o no, y el 25% restante asistieron obligados por sus gestores.

Para el análisis del “*interés*” organicé las respuestas en dos grupos “*Alto*” y “*Aceptable*” dándose la circunstancia que los que manifestaron un interés elevado eran más numerosos en el grupo que manifestó realizarlo por decisión propia para ir decreciendo progresivamente y ser menos numerosos en aquellos que fueron inscritos sin su consentimiento. Este mismo fenómeno se repitió en los que expresaron poseer un interés menor. Destacar que entre los que respondieron que habían sido obligados, uno comentó que el curso no le interesaba en absoluto, que sus contenidos no creía que pudiese aplicarlos y no consideraba que pudiese mejorar su práctica profesional. El resto de participantes, con diferentes grados de intensidad, terminaron encontrándole utilidad a los contenidos y las competencias desarrolladas durante la formación.

Así, asigné el calificativo de “*alto*” a expresiones como:

“Básico para nuestro hospital” P2.

“Ha sido tan interesante que pienso seguir formándome” P7.

“Considero que este es el camino” P17.

y el de “*aceptable*” a:

“Creo que puede sernos útil” P4.

“Me sorprendió darme cuenta que podría aplicar algo” P9.

“Podría ayudarme a mejorar en mi lugar de trabajo” P15.

En relación con la *satisfacción* al final del curso, casi la mitad de los participantes lo consideraron “*Muy satisfactorio*” y el resto “*Satisfactorio*”. Debo especificar que detecté que los participantes más satisfechos estaban en los grupos que accedieron a él por decisión propia o que habían tenido la oportunidad de decidir.

En el calificativo de “*muy satisfactorio*” incluí enunciados como:

“La puntuaría 10 sobre 10” P1.

“Hacía tiempo que un curso no me producía tanta satisfacción” P6.

“Excelente” P17.

y agrupé como “*satisfactorio*” frases del tipo:

“No me esperaba tanto” P14.

“He empezado a introducir algún cambio” P5.

“Creo que voy a probarlo” P18.

Por otro lado, en las organizaciones y en las de salud en concreto, la importancia de la formación continuada tanto a nivel del trabajador como de la empresa no se pone en duda puesto que se considera una estrategia de mejora organizacional que se incluye en los objetivos institucionales. De este modo se la concibe como una potente e indispensable intervención tanto para el desarrollo de los profesionales y organizaciones como para la economía de una región, en tanto que, como todo proceso educativo, conlleva una función transformadora que ha de convertir a los participantes en sujetos competentes para adaptarse proactivamente a los cambios tecnológicos y científicos establecidos en la misión de la organización (Pineda Herrero & Serramona López, 2006; Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008). Asimismo, en el proceso de diseño de la FC, deben contemplarse medidas sistemáticas con un rigor metodológico para una evaluación escrupulosa en cada una de las etapas del proceso de formación, desde la planificación hasta la evaluación (López Rodrigo, 2012).

La evaluación de la actividad formativa, posibilita que se determine por un lado, la opinión de los participantes, y por otro, establecer cómo ha influido en la modificación e incorporación de modelos y conductas profesionales y cuál ha sido su impacto en la propia organización (D. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). De este modo, la FC se convierte en una estrategia necesaria para el desarrollo e innovación de las organizaciones (Llorens Gumbau, 1997; Pineda et al., 2014), en la situación de crisis socioeconómica actual.

En este punto, los datos ponen de manifiesto referencias al interés de los informantes por el tema, como por ejemplo los siguientes testimonios:

“La mediación ...herramienta importante en la práctica diaria de los trabajadores sociales ... y otros profesionales del ámbito de la salud” P10.

“Vi la información en mi centro y me sentí muy interesada por el tema y por hacerlo” P18.

“Me hacía mucha ilusión (realizarlo) pero no sabía muy bien que me encontraría” P11.

Asimismo, los datos indican la satisfacción durante y después de la realización de la formación con los contenidos, la docente y las estrategias pedagógicas usadas. A modo de ejemplo:

“Se ha abierto ante mí un mundo nuevo e interesante” P7.

“Trabajo muy productivo por el buen trabajo realizado por la docente “ P6.

“La actividades docentes (muy variadas) han hecho que el curso fuese muy dinámico. La considero la mejor formación que he realizado” P17.

“Experimentar la riqueza de que el grupo suma diferencias y resta conflictos” P16.

Además, se valoran positivamente las competencias adquiridas en la formación. Sirva para ilustrarlo:

“Ha superado mis expectativas porque también me ha servido en mi vida personal” P12.

“A nivel profesional, aplicar las técnicas aprendidas aporta beneficios inmediatos y una mejora notable del ambiente (de trabajo); es genial” P11.

Otro de los elementos emergidos en el análisis, se refiere a la importancia que los informantes perciben en los procesos de mediación y sus estrategias para la prevención y transformación de conflictos de baja intensidad en entornos sanitarios y que van a ser desarrollados directamente por los propios miembros de los equipos que se han formado para tal fin.

“Pienso que es una formación indispensable para mejorar en las relaciones profesionales y sociales. Me serán útiles en mis intervenciones con las familias y el equipo” P19.

Los datos ponen de relieve que esta formación tan específica, ayuda a los implicados a plantearse la posibilidad de gestionar situaciones conflictivas desde el paradigma de la paz en el que el uso de la cooperación y la mejora de la convivencia han de promover el aumento de la calidad de los servicios de salud, llegando incluso a percibir su utilidad en entornos no profesionales como el familiar.

“Poder rehuir aquellas situaciones de confrontación que no me interesan ... a veces me atrapaban en discusiones estériles ... ahora puedo decir: ahí no me pillas” P6.

De acuerdo con Novel (2010), la valoración positiva del conflicto permite el crecimiento y fortalecimiento del equipo como grupo, y de sus miembros como personas, si se gestiona y transforma adecuadamente, y no simplemente se evita. Del análisis surge que los informantes si deciden evitar el conflicto, lo hacen intencionadamente y saben por qué. Por otro lado, nótese como se pone de relieve que la formación proporciona a los informantes la posibilidad de apereibir las potencialidades y las limitaciones, los puntos fuertes y los de mejora, por lo que las personas poseen habilidades y aptitudes para actuar ante determinadas situaciones disfuncionales con la finalidad de modificarlas.

“Ante determinadas situaciones sigo actuando como antes pero ahora me doy cuenta de que lo estoy haciendo. Antes no era consciente que había otras maneras más efectivas de hacerlo” P16.

En concordancia con este planteamiento, Llorens (1997) afirma que la formación estimula el desarrollo de nuevas habilidades. Asimismo, se advierte la convicción de que si no se poseen estrategias adecuadas, en lugar de resolver o modificar el problema, éste se agranda y la dificultad puede convertirse en conflicto, afectando negativamente no sólo a las partes implicadas sino también a otras personas del entorno. Del mismo modo, se manifiesta el ánimo y fortaleza para su implementación:

“He adquirido dominio emocional lo que me ha permitido relativizar las situaciones y diferenciar las personas implicadas en el conflicto, lo que hace que me sienta más segura y tranquila” P13.

Adviértase como, se pone de manifiesto que, una vez se está convencido de la utilidad de las habilidades comunicacionales, se desea ser competente para manejar situaciones relacionales profesionales de difícil abordaje, para mejorar, tanto el clima relacional laboral como el propio estado de salud de las informantes. Como causa, se apunta que se ha tomado conciencia que el mantenimiento de determinadas situaciones conflictivas incide negativamente en la vida personal y profesional del trabajador. Y como, situaciones de estrés laboral o acoso entre profesionales y con sus superiores jerárquicos comporta dificultades para empatizar con los enfermos e implicarse en su trabajo. En este sentido, una informante opinaba lo siguiente:

“Veía como la desprestigiaba cada vez que daba su opinión ... como lloraba la pobrecita ... y al fin le dije ¿pero tú crees que como supervisor debes actuar así?” P7.

Otro de los aspectos que se evidencia del análisis de los resultados, radica en el hecho que las competencias adquiridas se consideran útiles y no sólo se aplican en el ámbito laboral, sino que también al incorporarlas en las relaciones interpersonales con familiares y amigos, estas relaciones han mejorado.

“Tras el curso he obtenido que creo más en mi propia autoestima y en “ser uno mismo” P3.

En este sentido, Llorens (1997) presenta que tanto los gestores como los profesionales consideran la FC necesaria y útil. Por ello, las competencias adquiridas se valoran como necesarias e imprescindibles en cualquier ámbito de la persona, y la formación en HHMM significa una transformación personal y el aumento de la autoeficacia en todos los contextos vitales. Los siguientes fragmentos ilustran este hecho:

“Las pequeñas cosas que he ido practicando me han salido bien, lo que me ha dado confianza para seguir” P16.

“Aprender a comunicarme con lenguaje positivo y asertivo y poder tomar distancia emocional cuando sea conveniente” P9.

En cuanto a la transferencia, Gairin (2008) propone que, por parte de las organizaciones, se establezcan actividades e intervenciones de refuerzo y mantenimiento de los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas para su que se fomente la implementación de competencias. En este sentido, los datos revelan la aparición de voces que se sienten satisfechas con lo realizado y aprendido durante el curso, pero que se teme que con el paso del tiempo, el entusiasmo disminuya y se pueda volver a situaciones similares anteriores a la formación. Una de las participantes opinaba al respecto:

“Me he sentido muy bien. Espero que no se deshínche y lo tumben como han hecho con otras tantas innovaciones, que a veces las dejan morir” P9.

En este punto, los datos revelan que la experiencia ante situaciones anteriores en las que se han iniciado programas que luego no han tenido continuidad, se introduce la duda sobre cuál va a ser el futuro de este proyecto. Aun así, se desea seguir con la formación continuada, sean cuales sean los temas que se aborden, porque se ha evidenciado que, con ella, se favorecen los cambios y da autoeficacia y seguridad a los profesionales.

“Me siento mucho más segura” P4.

“No hace mucho, fui a un compañero y le dije que la intervención que estaba realizando podía mejorarse ... y se lo argumenté. Pensé que se había enfadado, luego vino y me lo agradeció” P21.

“Me doy cuenta que me arriesgo más en las relaciones. De momento me funciona” P9.

Por otra parte, algunos participantes manifestaron sentirse poco satisfechos con la formación, incluso hubo alguna voz que opinaba que las competencias adquiridas eran poco aplicables en su lugar de trabajo. Sin embargo este hecho no apareció en nuevas entrevistas, por lo que puede inferirse o bien que estas opiniones correspondían a los informantes que abandonaron el estudio o que en la medida en que pudieron aplicar las estrategias comunicativas adquiridas, se dieron cuenta de su utilidad.

BENEFICIOS DE LA MEDIACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

En relación a los beneficios de la mediación, ya sea desde la perspectiva profesional como de la inter pares, se evidencia el interés generado por el tema entre los informantes. Por un lado, la voluntariedad para realizar la formación en HHMM da idea de la afinidad hacia los procesos de mediación y la expectación en cuanto a los resultados que se espera obtener con sus intervenciones. Los datos revelan cierta relación entre la voluntariedad para la realización del curso, el deseo de adquirir competencias mediadoras y los beneficios detectados al finalizar la formación. Asimismo se infiere relación entre la satisfacción con la formación recibida, las competencias adquiridas y las posibilidades de transferencia a la práctica profesional diaria.

Otro aspecto que emerge del análisis de los datos es la capacidad de discernir la forma de actuar de un mediador profesional y un mediador entre iguales. Según Novel (2010) la función del mediador inter pares consiste en mejorar el estilo relacional de las personas y su campo de actuación se localiza en el propio equipo, con la pretensión de reducir la carga emocional de las situaciones conflictivas y la posibilidad del diálogo y el consenso. En este punto, los datos ponen de relieve que los informantes no desean formarse como mediadores profesionales sino que desean adquirir estrategias y HHMM para trabajar en las relaciones interpersonales de manera que se eviten los conflictos o se reduzca su intensidad. Con ello, se favorece la incorporación de los cambios estratégicos propuestos para optimizar la práctica profesional.

“Lo de mandar no ... pero con esto no me quedo sólo con ser auxiliar ... puedo ampliar mis perspectivas” P7.

El interés emergido de los datos, se corresponde con el deseo y la necesidad de contar con el soporte de la organización y sus gestores, que impulsa a participar en nuevos proyectos y aunar esfuerzos para que el resultado sea positivo tanto para la organización como para los profesionales. A su vez, se vive como una posibilidad de promoción a nivel laboral por una vía alejada de la gestión.

“Fui elegida por el coordinador y quizás mi elección se debió a mi disponibilidad para mediar con mis compañeros de departamento y de otros cercanos” P4.

Cabe destacar, que de los datos emerge el convencimiento que determinadas situaciones profesionales o laborales son potencialmente generadoras de conflictos, tanto por las propias características del servicio y las condiciones laborales, como por el hecho de implicar a personas: pacientes/usuarios, familiares, compañeros, supervisores y gestores. Incidir en que los profesionales de la salud, de una forma más o menos directa, se relacionan profesionalmente con personas en situaciones de vulnerabilidad física y emocional, que ante circunstancias de enfermedad o situaciones problemáticas con incertidumbre y desconocimiento del resultado, pueden no poseer estrategias cognitivas y emocionales suficientes para afrontar satisfactoriamente tales situaciones.

“Tenía un cáncer, los de onco (servicio de oncología) que si probemos una técnica nueva y los de paliativos que vamos a controlar el dolor ... y claro, se escudan en que es el paciente el que decide. No se dan cuenta que la manera de plantearlo induce la respuesta ... los ves, a ver cuál llega antes y se lleva el gato al agua” P17.

Señalar que los informantes, en cuanto a su desempeño profesional, se agrupan en tres grupos. En el primero, se incluyen aquellos que desarrollan su actividad profesional directamente con pacientes como enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogas clínicas y médicos, y que ante determinadas situaciones de cuidados con niveles de elevada complejidad fisiopatológica y emocional, pueden no considerarse capacitados para abordarlas con suficientes garantías de calidad, especialmente si ellos mismos se hallan en un momento de crisis o estrés. En este punto, los datos indican que la falta de recursos, formación básica o específica en el manejo de las relaciones interpersonales y profesionales, comporta la génesis de conflictos por discrepancias en intervenciones terapéuticas no consensuadas que, una vez instauradas son difíciles de manejar.

“Es como los tratan a nivel emocional (a los pacientes) y eso ellos (...) se dan mucha cuenta claro porque ellos están ahí y se fijan” P1.

El segundo grupo, se constituye con profesionales que se relacionan con personas enfermas y familiares sin proporcionar asistencia directa, como son los profesionales administrativos de consultas externas, en servicios de atención al cliente y trabajadores sociales, que a menudo, reciben la insatisfacción de los usuarios con reclamaciones por tiempos de espera que consideran excesivo o dificultades para acceder a los recursos sanitarios, sin que la situación sea responsabilidad directa de estos profesionales, pero en la que son la cara visible.

“La calidad del trabajo y las malas interpretaciones que se encadenan, con frecuencia, crean situaciones de hostilidad importante” P8.

El tercer grupo, compuesto por docentes, técnicos de salud laboral o recursos humanos y gestores donde sus “usuarios” sin hallarse explícitamente en un proceso patológico, a causa de situación socioeconómica de recortes reciben exigencias que deben manejar y gestionar para que no deriven en conflictos. Del análisis de los datos, ante determinadas situaciones en las que se encuentran los informantes, en ocasiones se genera malestar y frustración porque se consideran, en parte, responsables de ellos o bien poseen poca responsabilidad para tomar decisiones.

“He intentado solucionar situaciones de mal rollo para que el tema “no se calentase” y se convirtiese en un conflicto de intereses” P3.

La formación realizada proporciona competencias para detectar situaciones conflictivas en estadios iniciales y el entusiasmo para mediar en ellas, en ocasiones, conlleva incorporar de forma precipitada estrategias de mediación cuando el conflicto aún no se ha manifestado. De los datos emerge que si los implicados aún no se han dado cuenta de ello, la aplicación precipitada de determinadas estrategias puede resultar inadecuada y más que prevenir genera que la disputa se escale. De este modo, se considera importante que el mediador inter pares detecte cual es el momento más adecuado para su intervención.

“Considero que puede ser negativo que el hecho de estar más pendiente de los posibles conflictos y del interés por resolverlos, me haga meter en situaciones en las que no me piden que intervenga” P3.

Asimismo, se evidencia que ciertas personas poseen estilos de relación en los que se expresan los posicionamientos personales con gran vehemencia y voz muy alta dando la impresión, al observador, que se han enzarzado en una disputa, pero que una vez se disminuye la tensión pueden sentarse y buscar una solución (Morrison Valfre, 1999).

“Importante el control emocional en los conflictos: controlar la impulsividad y darme cuenta que en ocasiones el origen del conflicto son cuestiones banales por las que no vale la pena iniciar una disputa” P20.

Los datos revelan que se ha comprendido que “la espera” y el “silencio como forma de evitar el ascenso del conflicto y sus consecuencias”, tal como había comentado la Dra. Novel durante el curso, son también estrategias que favorecen que la disputa no escale, de tal forma que determinados indicadores de conflictos incipientes pueden dejar de serlo si se da tiempo a los implicados para que se valore la situación con mayor claridad.

“Darte cuenta que hasta aquí no puedes llegar; lo que pasa es que a veces pienso que te das cuenta que hasta allí no puedes llegar cuando ya has llegado, o cuando te has pasado de la raya ... de los errores también se aprende, tienes la posibilidad de mejorar ... cuando lo dijo [la docente] no lo entendí ... si lo estoy viendo tengo que hacerlo ... ahora lo tengo clarísimo, hasta que no me lo pidan ... yo ... observando (se ríe)” P7.

“Y es que se chillan, lo dicen todo a voces, todos nos enteramos y luego ... como el suflé, baja y quedan tan amigas. Pero es que además se entienden y lo solucionan” p17.

Sin embargo, tal como he comentado, la gestión y transformación de los conflictos supone una valiosa oportunidad para aprender y crecer a nivel individual y de equipo. En ocasiones los conflictos pueden afectar, no sólo a las partes, sino también a personas del entorno, que no se hallan directamente implicadas en los conflictos, pero que reciben sus consecuencias directas o indirectas, como son los enfermos, los eslabones más vulnerables de la cadena. De los datos surge la convicción que los mediadores inter pares deben recibir una sólida formación en estrategias y habilidades comunicativas y relacionales para que se detecten las situaciones conflictivas de forma precoz y se establezcan medidas correctoras oportunas para que disminuyan al máximo los daños colaterales. Del mismo modo, se incide en la necesidad de continuidad en formaciones generales y específicas y sesiones de feedback y refuerzo para el mantenimiento de los cambios. Ilústrese estas observaciones con el siguiente fragmento extraído del grupo de discusión, que por su claridad y por recoger lo planteado anteriormente, me ha parecido importante incluir. El estado emocional de las participantes, en ese momento, era de enojo y frustración.

Marta: ¿En qué forma afecta?

P7: “Yo siempre lo he dicho, que trabajar con enfermos siempre acaba perjudicando a larga y a la corta al propio enfermo. Les dije “esto os llegará a explotar en las narices porque estáis hablando con enfermos estáis tratando

con enfermos” y como la comunicación era cero con enfermería... Esto es súper peligroso”.

P1: “Entonces es lo que decías antes que acaba repercutiendo en el enfermo ... con tantos cambios ¿cómo pueden seguir ... (ininteligible) así? ¿cómo pueden saber a quién están cuidando....?”.

P6: “Pero a veces no lo ven ... alguien [un enfermo] no se encuentra bien ... ahí están [administrativo y médica] dándose unas voces, casi llegan al insulto ... sentí vergüenza ajena y, en conciencia, tuve que disculparme con los pacientes”.

P17: “Oh sí. Y dices ... eso tienen que hacerlo delante de todo el mundo. Y no es que no tengan formación, que son universitarios ...”.

P1: “... lo que no tienen es educación, pero esto se puede cambiar y hay que cambiarlo”.

P17: “Yo pienso que si no es con formación no se puede, es que no hay manera ... Alguien tiene que decirles que esas no son maneras ... es que nos perdemos por ahí ... pues ale ... a formarse”.

Cabe señalar que los datos revelan que, la necesidad de adquirir estrategias comunicativas y relacionales para implementarlas en los procesos de mediación guarda relación con la utilidad que se les percibe en cuanto a la capacidad para reducir la intensidad del malestar generado por la dificultad para manejar situaciones problemáticas en el contexto laboral. Es en este sentido que se desea y se decide seguir tanto con la formación en HHMM como con la posibilidad de participar en procesos de mediación inter pares, aun cuando se es más consciente que el alcance de la intervención no será tan amplia como en un principio se supone. Es decir, la intervención se realiza pero, debido a las circunstancias, se reducen los planteamientos iniciales.

Con el paso del tiempo, se sigue valorando la formación en HHMM como necesaria e imprescindible pero se desea que posea un componente más aplicado, no exclusivamente teórico. Para ello se pone de manifiesto que los mediadores informales deben formarse en situaciones reales ya sea interviniendo directamente o bien como observadores. A continuación se presentan dos testimonios ilustrativos:

“Dentro de poco vamos a realizar un nuevo módulo formativo ... va a incluir una parte muy práctica ... el que esté más preparado podrá intervenir y el que no pues a mirar (se ríe)” P7.

“Les he dicho que formarme más de forma teórica, ni hablar. Les insistí tanto que voy a participar en una experiencia real ... veremos cómo sale (lo expresa con convencimiento y satisfacción)” P17.

GESTIÓN DEL CAMBIO

En todo proceso de cambio organizacional, la incorporación de nuevas estrategias implica aspectos positivos y dificultades en tanto que, en este momento de situación de crisis se pretende que estos cambios se generen de forma rápida y produzcan un impacto positivo. Por ello, son numerosos los elementos que condicionan esta implementación. Uno de los más importantes se refiere a la capacidad que tengan las organizaciones para adecuarse rápidamente a esos cambios y garantizar su supervivencia con el menor coste posible pero manteniendo la calidad del servicio.

En cuanto al significado que las personas, otorgan a los cambios acontecidos en su desempeño laboral derivados, en mayor o menor medida, de la formación realizada, indica que los beneficios generados por la FC, centrados en las organizaciones de salud, no redundan exclusivamente en el trabajador sino que también repercuten en pacientes y familiares en tanto que la organización ofrece servicios de mayor calidad (Tejada Fernandez & Ferrandez Lafuente, 2012). Sin embargo, como ya he expuesto anteriormente, los cambios acaecidos en una organización, no pueden considerarse exclusivamente debidos al factor único de la formación, sino que están mediatizados por factores personales, organizacionales y sociales.

Consecuente al proceso analítico, se revela que a partir de las competencias adquiridas se han implementado cambios que producen enriquecimiento a nivel personal y profesional. El soporte de la institución se produce de diversas formas, de tal modo que en algunos casos se dispone, dentro del horario, de cierto tiempo para desarrollar actividades mediadoras interpares. También emerge que, en otras circunstancias, se pueden desempeñar las funciones mediadoras si no va en detrimento de la actividad laboral básica. Este dato apareció, también, en el análisis de las entrevistas cara a cara, donde se reveló que para los profesionales que desempeñaban su función directamente con el cuidado del paciente, no podían disponer de horas para la actividad mediadora en su horario laboral. De este modo, tanto las intervenciones como las reuniones preparatorias y de feedback debían efectuarse fuera de su horario.

“En dos ocasiones me llamaron para ir a una reunión con unos compañeros de otra planta. Cuando regresé a mi unidad, algunas tareas mías estaban por hacer. Una compañera me dio una mano, pero algunas cosas se me escaparon. Aun así valió la pena” P11.

“Si no me dan las horas, porque realmente resulta muy complicado en mi unidad ... como estoy disponible por la tarde, no me importa que sea en ese momento” P7.

Acompañando a estas situaciones, surge una alta valoración por el hecho de poder desarrollar la función mediadora inter pares y por las experiencias de cambio en las que se participa siempre y cuando se respete la disponibilidad personal. A este respecto se presentan los siguientes textos:

“Cierta día vino el supervisor y me felicitó. Reconozco que fue tan importante para mí que no me importó demasiado los esfuerzos personales” P2.

“Un día a la semana me recogen la niña ... siempre procuro que las reuniones las organicen ese día” P17.

Asimismo, los datos evidencian que las competencias adquiridas se han empezado a transferir eficazmente. Esta valoración se sustenta en, la modificación de las estrategias y técnicas que guían la comunicación interpersonal que repercute positivamente en las relaciones personales.

“En lo personal soporto mejor los cambios súbitos de humor y rabietas de mi hija adolescente. En lo profesional cuando aparece un problema hablo más abierta y claramente de él con los compañeros, antes lo hablábamos siempre de espaldas, nunca cara a cara” P13.

Además, se pone de manifiesto que también se ha implementado en el ámbito profesional de forma satisfactoria, en tanto que se manifiesta mayor tranquilidad con uno mismo y en las relaciones tanto personales como profesionales. Se trasluce que se experimenta menor crispación y mejor calidad de vida. Los fragmentos siguientes ilustran estos hechos:

“He mejorado la actitud de escucha activa. He adquirido habilidades comunicativas: intento evitar palabras con semántica negativa y potenciar el lenguaje positivo” P15.

“Es un principio, pero parece que algo está cambiando ... Antes me ignoraba ahora me da los buenos días” P12.

“Había días, eso según el que estaba de guardia, que sólo con pensar que tenía que ir al trabajo se me hacía una montaña. Hablé con mi familia y pedí ayuda externa y me ha ido bien. Ahora me lo tomo mejor, no me angustio” P9.

Vamos a poner en marcha un espacio de tiempo quincenal para intentar resolver los conflictos más cercanos partiendo de poder hablar de ellos para evitar que las dificultades se conviertan en problemas ... con 6 meses sería

suficiente; a partir de ahí creo que el cambio tendría vida propia (con convencimiento)” P17.

Otras voces enfatizan experimentar un mayor número de cambios a nivel personal que profesional. Los datos señalan que el cambio en lo personal depende, casi exclusivamente de uno mismo y de la motivación que se posee, mientras que en lo profesional se debe tener en cuenta otras variables que se relacionan con los compañeros, los supervisores y las propias estrategias organizacionales. A modo de ejemplo:

“Aunque si analizo el tema me doy cuenta que sí ha habido cambios en mi relación profesional, pues creo que soy más tolerante que hace un año, que intento comprender y dialogar más con los compañeros, y que doy menos importancia a situaciones que en otro momento podrían haber sido conflictivas” P9.

“En lo personal ha sido espectacular. En mi familia soy la que se relaciona con una madre difícil ... hace que mis hermanas se sientan más tranquilas, saben que tiene lo que precisa” P17.

Por otro lado, el análisis de los datos desvela que las estrategias comunicativas y relacionales, sin ser totalmente ajenas a su conocimiento, han adquirido un nuevo significado al comprender que son transferibles a situaciones generadas en el entorno profesional y que se manifiestan eficaces. Una vez más se revela que, la vivencia de las consecuencias positivas de los cambios implementados con pacientes y familiares, y con los miembros del equipo interdisciplinar comporta un alto grado de satisfacción que genera mayor calidad en la actuación profesional:

“Las reclamaciones, en números absolutos, no se han reducido pero he observado que si les escucho y les dejo hablar, el tono de la reclamación disminuye de intensidad y están más predispuestos al diálogo” P8.

“Gracias a algunas competencias que me llevé del curso, he manejado situaciones con los pacientes de carencia y déficit con bastante éxito” P13.

En las instituciones de salud, se vislumbra que la implementación de estrategias para cambios personales u organizacionales, se plantean cuando los profesionales o los gestores consideran que deben abandonarse determinados comportamientos profesionales, procesos asistenciales o estrategias organizativas, y sustituirse o modificarse por otros, para que se produzca una mejora en el desempeño profesional que redunde en la calidad del servicio prestado (Gairin Sallán & Armengol Asparo, 2008). En este sentido, los datos reflejan la decisión de implementar estrategias para la

incorporación de cambios que mejore las condiciones laborales, el desarrollo profesional y la excelencia del servicio prestado:

“No vale lo de ‘siempre se ha hecho así’. A la velocidad que vamos, todo se caduca con rapidez. Si no estás al día no puedes responder adecuadamente ante determinadas situaciones” P1.

Los seres humanos buscamos incansablemente la homeostasis y nuestras energías van encaminadas a lograr el equilibrio por lo que, por naturaleza, tendemos a limitar los cambios en tanto que representan una ruptura. Por ello, ante la perspectiva de un nuevo acontecimiento o suceso, realizamos un balance entre lo que va a representar ese cambio, en cuanto a esfuerzos personales y económicos y los beneficios que de él se espera obtener. La persona calibra que el balance esté compensado en un doble sentido: los esfuerzos han de generar satisfacción y los resultados han de compensar las energías invertidas. Por otra parte, si el beneficio se ha obtenido con poco esfuerzo, el logro se estima cómo menos valioso. Los cambios son gratificantes si comportan un reto que va a llevar a la persona a poner a prueba sus propias posibilidades y resistencias (Gonzalez de Rivera Revuelta, 2008). En este sentido, en los datos se revela la capacidad y energía para proponer a los gestores la utilización de intervenciones comunicativas y relacionales adecuadas para allanar el proceso hacia la implementación de los cambios organizacionales propuestos en el menor tiempo posible, con menos efectivos económicos y con la mayor eficacia y eficiencia. Además, se observa el convencimiento que el proceso iniciado va a facilitar un entorno relacional de respeto hacia las ideas y propuestas de los implicados, en el que las estrategias mediadoras tienen un lugar relevante. Esta certeza se ha manifestado cuando se han empezado a aplicar en el ámbito personal obteniendo resultados gratificantes.

“He empezado a introducir cambios en la relación con mis hijos adolescentes y el cambio ha sido espectacular. También he orientado a amigos míos a como hablar con sus hijos” P19.

Del mismo modo, se utilizan con los compañeros de trabajo más cercanos y se obtienen similares resultados. Con ello, se adquiere el convencimiento que no sólo se restringen al ámbito profesional, sino que son estrategias útiles para el día a día y posibilitan una mejor calidad de vida.

“Con los compañeros hemos mejorado mucho. Compartimos y empezamos a poner sobre la mesa temas que antes no se hablaban ... estaban ahí influyendo negativamente” P3.

Tras la formación realizada, el paso siguiente es la verificación de cómo lo aprendido puede transferirse a la actividad laboral cotidiana. En este punto, se vislumbra que la crisis y los recortes económicos pueden dificultar la implementación. De este modo, para la incorporación de cambios organizacionales, se considera clave la disposición de la organización para favorecer que los profesionales formados en HHMM intervengan para gestionar, por un lado, situaciones tensas en las que los miembros del equipo se dan cuenta que ante el menor estímulo el conflicto va a despuntar, y por otro, conflictos de baja intensidad ya instaurados.

“Yo pienso que no ven esta mejora de la calidad, sino simplemente que no les da beneficio económico. Creo que, si no le ven su utilidad, no saben cómo justificar este gasto ante la administración” P17.

Asimismo, se evidencia que la posición de la organización va a depender, en gran medida, de la provisión económica que se haya previsto con anterioridad para la implementación de cambios. Así, el planteamiento de la organización es positivo y favorecedor si no comporta modificaciones organizacionales o implica el mínimo gasto económico. Por otra parte, se mantienen aquellas intervenciones que ya han estado implementadas con anterioridad y por tanto incluidas en los presupuestos.

“La organización no ha intervenido en mis cambios, me permitió asistir al curso pero después la cosa se quedó ahí. Lo veo cada día, los mandos intermedios no se quieren involucrar si la orden no les llega de los gerentes” P13.

A su vez, de los datos emerge otra fuente de dificultad para la utilización de las HHMM, que proviene de los propios profesionales y de las características del desempeño profesional. En este sentido, se argumenta como causa la presión laboral o asistencial y el elevado grado de exigencia en situaciones cada vez más complejas tanto a nivel humano como tecnológico.

“No sé si me veo capaz. Se me hace difícil, no puedo con tantas novedades. Si no es un nuevo protocolo, es una guía clínica o una comisión que se le ha ocurrido al último jefe que ha llegado. Pocas veces hay tiempo para evaluar si lo anterior ha sido efectivo” P18.

“Fueron muchas las técnicas trabajadas y salí un poco ‘liada’” P12.

Por otro lado, se apunta que son los propios profesionales los que boicotean las medidas propuestas para el cambio por considerarse insuficientemente preparados o con dificultades para la adaptación, favoreciéndose la aparición de factores de riesgo psicosocial laboral como el acoso o el síndrome de burnout. También se aprecian

dificultades para aplicar satisfactoriamente las estrategias mediadoras adquiridas por la brevedad del período formativo que no favoreció la profundización, la falta de constancia propia y la falta de supervisión por parte de un profesional externo que vele por su correcta ejecución. Sirva el siguiente fragmento para ilustrar esta situación:

“Me gustaría cambiar la actitud agresiva de un compañero. Hace tiempo intenté con argumentos lógicos y de buenas maneras hacerle reflexionar; su respuesta fue todavía más agresiva con insultos personales hacia mí; desde entonces actúo cobardemente, paso de él y no hago caso de sus comentarios, me evado del problema y he dejado que las cosas sigan igual” P9.

Los datos revelan la percepción de limitaciones para la gestión de reacciones emocionales consecuentes a las situaciones conflictivas aparecidas. Para las personas, el hecho de conocer y aplicar determinadas habilidades no conlleva forzosamente, que se posean las capacidades para identificar o prever las reacciones anímicas que pueden aparecer. En determinadas ocasiones se considera que en vez de modificar el conflicto hacia su resolución, se deriva hacia su escalada. Según Morrison (1999) el proceso de autoconocimiento puede ser doloroso si no se tiene cerca un profesional que dé soporte al dolor existencial que experimenta un ser humano cuando se enfrenta a determinados aspectos de su personalidad, desconocidos para él.

“Considero que el mantenimiento de los cambios dependen de uno mismo con la ayuda del refuerzo positivo y el feedback” P17.

Además, del análisis de los datos se evidencia que a medio plazo, puede producirse una pérdida progresiva de las competencias adquiridas si los gestores de equipos o los propios compañeros no proporcionan feedback positivo que refuerce mediante el reconocimiento y el soporte las habilidades y actitudes. Sin el refuerzo, los cambios organizacionales implementados, se debilitan progresivamente y puede llegarse a su completa desaparición. En este punto, se refleja el planteamiento de Novel (2010) que propone la necesidad de implementar el feedback de apoyo para que los comportamientos adquiridos no desaparezcan y no se retroceda a intervenciones y actitudes anteriores a la formación en HHMM.

“Tienes un refuerzo continuado para no caer en la rutina y dejarte llevar por tus inclinaciones de personalidad” P2.

Ante este planteamiento, los datos revelan que son las informantes las que aportan ideas para que se mantengan las competencias y los cambios. De este modo, la incorporación de estrategias comunicativas y relacionales a las interacciones

interprofesionales, son el punto de partida para el desarrollo de habilidades frente al cambio y para que la motivación intervenga como motor de ese cambio. Profundizando en este punto, la insuficiente competencia está vinculada a la realización de FC, en tanto que sin el aprendizaje la incorporación de nuevas habilidades se dificulta por alargarse su implementación en el tiempo. El hecho de postergar la introducción de los cambios provoca insatisfacción, y tal como propone Maslow (1991) repercute negativamente en la predisposición de los profesionales frente al cambio.

“Supone un cambio, entonces para provocarlo has de estar motivada pero luego para mantenerlos ... si estás motivada viene mejor” P17.

“Bueno, sería como el motor [la motivación] que nos impulsa a hacer las cosas, a tirar hacia delante, a replantearse retos nuevos, proyectos nuevos o bien aprovechar cosas nuevas que te puedan llegar de distintos lugares, de distintas personas” P6.

Por otro lado, según Edelwich y Brodsky, la fase de entusiasmo ante la implementación de cambios va decreciendo, reaparecen las dudas, se provoca frustración y puede desencadenarse burnout (Martinez Pérez, 2010). De este modo, del proceso analítico emerge el deseo para seguir realizando actividades de FC y de postgrado al considerarse que son indispensables para la adquisición y reforzamiento de competencias específicas vinculadas al desempeño profesional diario. En este punto, se considera que la motivación, por sí sola, no es suficiente para enfrentarse con garantías a los cambios sino que motivación y FC van de la mano. A su vez, la realización de formaciones más generales aporta una base en las que se asientan formaciones en servicio específicas y vinculadas con la función laboral o asistencial. En este sentido, se considera que deben realizarse y evaluarse por los miembros del equipo en conjunto, y a la vez que se amplían las competencias va a tener un efecto reforzador y de mantenimiento de las que ya se poseen. Ilústrese estas situaciones con los siguientes párrafos:

“... y entonces es cuando empiezo a buscar, por lo menos es lo que hago yo, y empiezo a buscar y ... entonces es cuando pido ayuda o hago este máster o lo que sea entiendes? y ... y si no hago esto primero, no puedo ponerme en marcha, por lo menos yo, lo necesito” P1.

“Por una parte me satisface realizar formación ... si vuelve a alargarse en el tiempo acabaremos desmotivados” P7.

Siguiendo con el tema de la FC, los datos ponen de relieve que se considera que la formación en HHMM debe incluir a todos los miembros del equipo implicados en los procesos de cambio. Las dinámicas grupales permiten alcanzar los objetivos propuestos

y limitar la aparición de “elementos boicoteadores”, por lo que se previene el desgaste motivacional y se limita la incidencia negativa en la calidad de su servicio.

“Había un compañero que creía que le elegirían como supervisor. Finalmente salió otra compañera. Desde ese momento, se dedicó a poner todos los palos a las ruedas que pudo. Cada vez que, en una reunión se hacía una propuesta, fuese del tipo que fuese, él proponía lo contrario” P19.

También los datos revelan que las competencias mediadoras y temas afines (liderazgo, feedback de apoyo, coaching ...) interesan a la sociedad, si se tiene en cuenta el amplio número de formaciones disponibles en universidades, colegios profesionales, centros formativos privados, entre otros.

“No parece lógico que unos se formen y otros no. Al fin y al cabo vamos a tener que trabajar todos juntos, pues va a ser mucho mejor que estemos todos al mismo nivel” P17.

“Me metí en internet y busqué cursos sobre mediación. Había tanta cantidad que casi no pude consultarlos todos. Los había presenciales, virtuales y mixtos, para todo tipo de profesionales y circunstancias. Encontré cursos en el Colegio de abogados, en ESADE, en Económica, en Psicología” P18.

Tal como he mencionado, Tejada et al (2012) expresan que relacionado con la transferencia de las competencias se encuentra el mantenimiento de las mismas, entendido como el período de tiempo en el que se siguen desarrollando con efectividad en el lugar de trabajo. Tal como propone Caballo (1997) todo comportamiento perdura si se refuerza convenientemente mediante intervenciones positivas que permitan a las personas, como miembros de un equipo, implicarse en el proceso y sentirse satisfechas con ello (Ballenato Prieto, 2005). Por otro lado Ausubel (1983) plantea que el aprendizaje se vincule a las experiencias y conocimientos que la persona posee, es decir, los contenidos deben relacionarse consustancialmente con lo que la persona ya sabe, quedando íntimamente anclados y perdurando en el tiempo. Por ello, combinando las teorías del aprendizaje significativo y las del refuerzo, se establecen intervenciones periódicas para que las nuevas estrategias implementadas sean desarrolladas por todos los profesionales implicados, las hagan suyas y se facilite su mantenimiento en el tiempo. En este punto, es clave la figura del líder con un estilo de liderazgo transformacional que apoye la cohesión grupal y el trabajo de equipo de calidad (Peiró Silla & Rodríguez, 2008). Según proposición de Novel (2010), para el mantenimiento de los cambios es necesario realizar periódicamente formaciones de refuerzo en HHMM para la comunicación, asesoramiento en la prevención y gestión de conflictos, coaching para directivos y equipos y feedback de apoyo, entre otras, siendo

imprescindible que se adecuen a las características del grupo, para que se garantice su eficacia al menor coste.

En este sentido, del proceso analítico también emerge la dimensión “mantenimiento de las competencias”. Los datos revelan que los tipos de refuerzo deben adaptarse a las necesidades y características del grupo. De este modo se proponen dos tipos de intervenciones. Unas, centradas en temas más generales que amplíen las perspectivas profesionales y en las que se incorporen profesionales de otras organizaciones para que se conozcan y compartan otras maneras de trabajar. En este punto, se considera que la FC es idónea para tal fin.

“La formación continuada es imprescindible, diría que es el acelerador para el cambio” P17

Otras, más relacionadas con la formación en servicio, donde a partir de sesiones grupales se refuerzan aspectos de la práctica diaria comunes a todos los profesionales, o bien que posibiliten conocer aspectos desconocidos de la práctica profesional de compañeros del equipo. Con el diseño de formaciones a la medida de cada servicio y centradas en la práctica diaria se genera alta satisfacción por el aprovechamiento que supone y la sensación de no haber perdido el tiempo.

“Nos animan (las sesiones de refuerzo) a estar alertas y a detectar funcionamientos erróneos en el grupo en el que trabajamos” P1.

“El asesoramiento lo considero importante sobre todo si lo realiza un profesional externo al grupo” P15.

Asimismo, la participación en sesiones clínicas o de trabajo en las que se comparten los beneficios y las dificultades del cambio, estimula que se aporten nuevas ideas estimulándose la creatividad. En este sentido se sigue la proposición de Robbins (2009) en que las interacciones grupales favorecen que se compartan situaciones complejas, se analicen conjuntamente los aspectos de mayor dificultad y se encuentren respuestas satisfactorias para todo el grupo. Sirvan para ilustrar estos planteamientos:

“Considero importante dedicarle tiempo a cada miembro del equipo (actitud más asertiva por mi parte) como manera de prevenir la aparición del conflicto y mejorar la relación del grupo” P10.

“Es que si no se hace conjuntamente no tiene sentido. El trabajo de uno se suma al de los otros y es mayor y mejor” P20.

En cuanto a las sesiones de mantenimiento más nucleares, se plantean también intervenciones con un profesional externo al grupo que aporte claridad a determinadas situaciones que no se pueden abordar desde el propio equipo. Se considera que la reflexión y revisión de temas o intervenciones vinculadas a la práctica diaria favorece el mantenimiento de los procesos de cambio y el establecimiento de modificaciones más oportunas. En este caso juega un papel importante la figura del mediador. Se considera también que los gestores de equipos proporcionen feedback sobre la intervención realizada. Se propone un feedback de apoyo grupal cuando se destacan aspectos positivos y logros alcanzados, y un feedback correctivo individual para que no se desprestigie al profesional ni se le ponga en evidencia. En este punto, se considera clave la figura del líder transformacional centrado más en los aspectos positivos y las potencialidades que en las dificultades. Sirvan los siguientes fragmentos para ilustrar tales posicionamientos:

“Considero imprescindible el refuerzo de lo aprendido. Por mi experiencia me doy cuenta que con sólo decir una vez lo que hay que hacer, no es suficiente” P18.

“La supervisora tenía muchas tablas, favoreció la cohesión del grupo sentándonos en una mesa y reconociendo las potencialidades de cada uno y que entre todos buscásemos nuestras fortalezas y debilidades y construimos un DAFO¹⁶” P13.

En relación a la periodicidad con la que deben realizarse las actividades de refuerzo, los datos ponen de manifiesto que, por un lado, se valora que se establezcan sesiones fijadas con anterioridad y sesiones a partir de la demanda concreta del equipo.

“Si en nuestro equipo encontrásemos más espacios para reunirnos sobre dificultades de la práctica, creo que también se mantendrían más las actitudes” P5.

En el caso de las primeras se considera que no deben programarse con excesiva frecuencia y provocar cansancio de tal forma que se conviertan en sesiones rutinarias y sin temas concretos que abordar.

“Considero que no ha de abusarse de las reuniones se vuelven rutinarias y la gente se aburre. Las [sesiones de refuerzo] dejaría a demanda de la gente pero que no fuesen excesivamente espaciadas en el tiempo” P6.

¹⁶ Análisis DAFO, método para evaluar las debilidades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades de una organización o proyecto (Ventura Victoria, 2008)

Por otra parte, si se realizan demasiado espaciadas en el tiempo, se corre el riesgo de perder el interés y la utilidad para progresivamente dejar de realizarse. Las intervenciones periódicas se conciben como estrategias para que, con el paso del tiempo no se debilite su implementación ni se retroceda a comportamientos y actitudes anteriores a la incorporación del nuevo proceso. Dos momentos se consideran críticos para la transferencia de las competencias, uno, cuando se implementa un nuevo cambio sin que se haya consolidado el anterior; la concatenación de los dos procesos generan estrés y desánimo. El otro, se refiere a la incorporación de nuevos miembros que o bien son orientados por uno de los miembros del equipo para que su incorporación sea progresiva dándole tiempo a asimilar lo nuevo, o bien se les deja que por sí solos adquieran el conocimiento de la situación, lo que genera frustración. Asimismo, se pone de relieve la necesidad de cuidar y acompañar al nuevo profesional para que no experimente burnout. A este respecto, se presentan tres fragmentos que ejemplifican lo propuesto:

“Lo peor es el trato que se da a las suplencias o los residentes. No hay nadie que esté concretamente por ellos. En períodos de alta carga asistencial, más bien parece que estorben. En una formación para residentes nos hablaron de la mentoría, que se asignaba un profesional experto al que llegaba nuevo ... sería una buena solución” P9.

También emerge de los datos, la necesidad de la neutralidad del asesor para que garantice una mayor efectividad y objetividad, y el hecho que sea externo al equipo para que se mantenga libre de prejuicios y contaminaciones.

“Bueno una vez me dijeron que hiciese una mediación pero yo dije, bueno pero yo estoy implicada en el conflicto, y fue un desastre, un desastre. Bueno no en ese concepto, pero es yo, yo, yo formo parte de ese problema ... (llorosa)” P7.

“Ser arte y parte conlleva insatisfacciones y dificultades añadidas” P15.

“Con alguien fuera del grupo me siento más cómoda. Si pertenece a él nos conoce mucho y es más fácil que tome partido” P2.

Igualmente y en consonancia con los objetivos de este trabajo, emerge del proceso analítico, la finalidad de las actividades de refuerzo para la sostenibilidad de los procesos de cambio. Por un lado para la organización, se busca que permitan incrementar las competencias, minimizar las dificultades, potenciar los puntos fuertes y compartir y aclarar dudas con el experto, con la finalidad última de mantener los procesos de cambio diseñados, de tal forma que se rentabilice la inversión efectuada. Para los informantes, se pretende ser profesionales competentes con sólidos valores

que les lleve a desarrollar intervenciones de calidad hacia los pacientes y minimizar la aparición de riesgos psicosociales. Sirvan de ilustración estos dos fragmentos:

“Hombre si se pone en práctica un proyecto, yo creo que sí que es bueno que haya sesiones para comentar dudas ... bueno para que haya seguridad ¿no? bueno ahora sí que creo que sí. Dejar de hacer las reuniones es como dejar el proyecto, es un seguro de que el proyecto no se pondrá en marcha, porque si se pone en marcha seguro que hay la necesidad de comentar los casos, pedir refuerzos o consejos, en un tiempo que se necesita para poner en común si hay un proyecto activo y además como de actualización o de revisar cosas dadas” P17.

“Ayudan a mantener la ilusión por los cambios pactados, para recordar los compromisos de cambio y revisar el cumplimiento de los cambios establecidos. Compartir estrategias para reforzarnos, apoyarnos y que en definitiva el proyecto se cumpla con más facilidad. P9”

Por otro lado, los datos señalan que, con el paso del tiempo, las dificultades para otorgar recursos a la sostenibilidad se hacen cada vez más evidentes.

“Y lo ves ... al principio nos reuníamos, hablábamos las cosas, compartíamos ... ahora la comunicación llega por correo electrónico.. en ocasiones, en forma de orden” P6.

Del mismo modo, la realización de actividades para el mantenimiento disminuyen y los cambios personales y profesionales se conservaban más por la voluntad y el empeño de las personas que por la propia organización, en tanto que se cree en los beneficios que comportan. Igualmente, se percibe que ante los cambios, determinados mandos intermedios también siguen desarrollado sus propias estrategias y estimulan a sus profesionales a seguir con la implementación de los cambios. A su vez reconocen que no se les exige excesivamente puesto que no se pueden ofrecer contrapartidas. Cabe señalar que estos mandos intermedios no participaron en el curso, pero según los participantes son férreos defensores de los beneficios que implica la mediación inter pares.

“Entre que me ofrecieron los cursos y bastante feedback positivo ... la verdad es que es como un mantenimiento, en serio estás mucho mejor, viene el supervisor y te lo da, el también está por la labor, porque necesitas un feedback aunque sea negativo, negativo o positivo pero lo necesitas ...” P17.

Por otro lado, en cuanto a la incorporación de actividades para la sostenibilidad de los procesos de cambio por parte de las instituciones, debe tenerse en cuenta que se produjo un cambio socioeconómico importante desde las primeras entrevistas hasta el GD. Señalar que el GD se realiza en el mes de marzo de 2012, cuando la situación

socioeconómica del país es la más grave de toda la recesión. Concretamente, sanidad es uno de los sectores donde se producen las medidas más duras con importantes recortes presupuestarios entre marzo y abril, que comporta una importante disminución en inversiones, en personal y en el incremento del ratio paciente-profesional, entre otros. Los datos revelan que en algunas instituciones, estas medidas significan una drástica reducción en la incorporación de estrategias nuevas para procesos de mediación profesional e inter pares, y que en otras se eliminan por completo.

“La situación actual no es la más favorable: menos profesionales, más presión asistencial, menos remuneración económica, más desmotivación, menos temas para reflexionar y para dedicar a la actividad no asistencial, más temas pendientes ...” P6.

Asimismo, se destaca que en determinadas medidas ya implementadas, se reduce al máximo la aportación económica por lo que se exige un esfuerzo adicional a los profesionales sin prácticamente recompensas. Por otra parte y como consecuencia de lo anterior, las actividades de FC se limitan a intervenciones muy concretas, y pasa a un plano totalmente secundario, en tanto que se priorizaron otras actividades, como la contratación de suplencias. Cabe señalar, que estas medidas se reconocen como justas y necesarias en el momento en que los recursos no pueden responder a todas las necesidades.

“Había muchos proyectos, muy interesantes, pero se han dejado un poco de lado, ... yo creo que hay una parte, por lo menos en nuestra empresa, que tiene que ver con la crisis ... nos comentó [la supervisora] que se destinaron [los recursos] a las suplencias” P7.

Del mismo modo que los datos revelan cambios entre las primeras entrevistas y el GD, también se dan entre el GD y las entrevistas cara a cara del mes de noviembre de 2015. En este momento en que la recuperación económica empieza a evidenciarse, vuelven a surgir en las instituciones el deseo de retomar el proyecto de mediación inter pares. Sirvan como ilustración los siguientes párrafos:

“Han vuelto a contactar con nosotros [los que ya habían empezado a implementar estrategias de cambio] para retomar el proyecto ... quieren que hagamos nuevamente formación pero algo más aplicado. Yo les he dicho que ha de ser muy práctico” P7.

“Se que están buscando gente interesada en el tema pero, a mí, todavía no me han llamado. Estoy pensando en contactar con ellos. Me interesa y además me fue muy bien” P17.

En cuanto a la transferencia y la sostenibilidad de los cambios, los datos revelan el deseo e interés por seguir implementando y manteniendo las competencias adquiridas, porque se tiene clara su eficacia y eficiencia. Se comprende que en función de la situación económica se van a reducir e incluso eliminar, tanto las intervenciones que favorecen la incorporación de los cambios como las que los mantienen. Por ello, se va a realizar un esfuerzo para seleccionar las que sean más idóneas y las condiciones óptimas en las que van a desarrollarse. Asimismo, se tiene la convicción que el esfuerzo debe ser realizado por todos los miembros del equipo y se está dispuesto a implicarse.

“Si la supervisora me lo pide, y si veo que está en mi mano, lo hago” P15.

“Hay que seguir poniéndolo en práctica y machacar, machacar mucho” P18.

Por otro lado se posee el convencimiento que la organización no va a responder a las expectativas y va a seguir los objetivos programados sólo si se ajustan a las previsiones económicas. A su vez, se pone de manifiesto que los gestores y mandos intermedios van a seguir las directrices de contención del gasto impuestas por los organismos públicos o privados responsables de las organizaciones. También se evidencia del análisis de los datos que, el grado de compromiso va a superar el que se les exige por parte de los supervisores, en tanto que el cambio se ve como imprescindible para que se proporcione una atención de calidad.

“Hay ciertas cosas que aunque no nos las pidan [referido a los gestores] si toca hacerlo, entre todos lo hacemos y punto” P3.

A su vez, a pesar de las dificultades para conseguirlo, no se va a renunciar y se van a seguir desarrollando aquellas intervenciones que se consideran necesarias para que el cambio prosiga aunque sea a menor velocidad y en mayor tiempo. Véase a modo de ejemplo los siguientes testimonios:

“Espero que podamos retomar el tema, poder volver a ponerlo en marcha. Vale mucho la pena y más en los tiempos que corren” P21.

“Considero que si las estrategias se mantienen (se van practicando) y nos esforzamos porque los conflictos no aparezcan o los gestionamos cuando son de baja intensidad, esta manera de hacer se va reforzando por sí misma, porque estamos hablando de habilidades y actitudes no de conocimientos” P6.

IMPORTANCIA DEL CAMINO INICIADO

En este punto, el proceso analítico pone de relieve que con la formación adquirida, es posible que coexistan variadas y distintas maneras de actuar dependiendo de las personas implicadas y de las circunstancias. Así, ante escenarios conflictivos parecidos

en forma y desarrollo, pueden aplicarse estrategias y técnicas distintas de una situación a la otra, escogiendo las que sean más adecuadas y den mejores resultados. Asimismo, ante situaciones dispares, una misma habilidad comunicativa contextualizada en estrategias distintas, resultan ambas adecuadas, por lo que se amplía el abanico de actuaciones mediadoras.

“Poder enfocar las cosas sin que se saliesen de madre dando un reconocimiento a la gente que hacía un cambio de etapa, pudiendo hacer críticas más constructivas a la gente que empezaba, cambiando maneras de hacer que a mí no me gustaban mucho” P6.

Por ello, con los conocimientos y las habilidades adquiridos se favorece que se posicionen ante la práctica diaria desde una óptica más amplia e integradora al incorporar las nuevas competencias como guía de actuación profesional ante situaciones problemáticas para que no evolucionen hacia el conflicto. Asimismo, se percibe una mayor capacidad para ponerse en el lugar de los otros contemplando sus circunstancias concretas tanto en el plano personal como profesional.

“Todo el mundo tiene razón a su manera y se ha de aceptar al otro por ser él mismo. Considero importante haberme dado cuenta que trabajar con empatía depende de nosotros independientemente de las actitudes y situaciones que recibamos de los otros” P11.

“A mí la formación me ha dado más confianza de cómo decir las cosas, porque aunque sabes que haces algunas cosas bien, otras no” P17.

Tal como he mencionado anteriormente, en los últimos tiempos se han desarrollado los medios alternativos de resolución de conflictos (MARC), entre los que se incluye la mediación. Esta estrategia se ha evidenciado como una alternativa menos autoritaria y punitiva que los métodos tradicionales de gestión de conflictos, como el arbitraje o el juicio, en los que la resolución del conflicto es dictaminada por un tercero externo con autoridad sin que las partes enfrentadas tengan un papel decisorio.

“Los trabajadores, a algunos mandos intermedios y gerentes les importan poco. Para mi coordinador, la gente que trabaje y trabaje y si hay conflictos ... pues coge a las personas y no habla con ellas, sino que las cambia de planta para que no se encuentren. Pienso que se equivoca en este aspecto” P7.

La mediación se ha revelado como la estrategia más ventajosa y satisfactoria para las partes puesto que les permite comunicarse de una forma más eficaz (Novel, 2010). En esta tesis, los datos revelan que se está de acuerdo con los planteamientos de la mediación para abordar conflictos, pero también dejan entrever que funcionan desde el

paradigma de la paz no va a ser fácil puesto que conlleva aunar los esfuerzos de todos los implicados y en las circunstancias actuales de presión asistencial y contención del gasto, no se está de acuerdo con determinadas intervenciones propuestas por la organización: pérdida de privilegios sociales, reducciones de plantillas y salarios, entre otros. Sirvan los siguientes fragmentos para ilustrar la situación:

“Una compañera dijo: ‘a mí que no me pidan nada, no puedo permitirme coger la baja porque me descuentan y luego me piden que me quede por la tarde’. La verdad es que considero que tiene cierta razón” P8.

“Estamos bajo mínimos en la planta y luego te piden que vayas a una conferencia y que no te suplirán. Yo estaba interesada, pero como iba a dejar a las compañeras solas con la cantidad de trabajo que hay” P18.

Por otro lado, los datos ponen de manifiesto la satisfacción que se experimenta por haber dado un paso más y desarrollar la intervención de una manera más terapéutica. Es decir, mayor reflexividad, más cautela en el acercamiento calibrando a que hay que enfrentarse, disminución de la impulsividad para actuar y hablar, y análisis y decisión de la forma más idónea para abordar la situación. Por otra parte, se evidencia que se ha cedido poder al otro y se tienen en cuenta sus preferencias. Este punto se considera problemático, en tanto que permitir la iniciativa del otro y estimular su capacidad para tomar decisiones puede presentar dificultades. Es en este punto, los datos revelan que, aparece mayor vulnerabilidad e inexperiencia y emerge la necesidad de la FC y las intervenciones de refuerzo para controlar estas sensaciones. En contraposición, emerge una actuación con menos prisas, más seguridad y tranquilidad, con mayor profesionalidad.

“El único cambio ha sido mi actitud, ahora soy más conciliadora y menos intervencionista. Me esfuerzo para no guiar hacia las soluciones, aunque a veces se me escapa y vuelvo a ser más directiva” P5.

“Me tomo las cosas con más calma, me preocupo menos del qué dirán y estoy más por lo que he de hacer. Intento ser menos impulsiva” P13.

“En mi quehacer profesional intento evitar dar consejos y hago preguntas para que la persona llegue a la conclusión que más le ayude según sus conocimientos y su entorno” P17.

A su vez, los datos revelan que como consecuencia de las competencias adquiridas tras la formación y su transferencia, se incorporan espacios relacionales donde se comentan temas que preocupan, se consensuan estrategias, se mejoran las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, se habla con mayor tranquilidad, y aumenta el respeto mutuo y la cohesión grupal. En el proceso de análisis, se pone de

relieve que se mantienen las intervenciones, que están más interiorizadas y se desarrollan con mayor naturalidad.

“También soy más consciente a la hora de hacer saber a los compañeros de mi equipo, como creo que se tienen que hacer las cosas, como reconocer lo que no se está haciendo bien y cuál es la aportación individual de cada uno de nosotros al trabajo global” P10.

“Al principio nos costó un poco, pero ahora hablamos más y después de una reunión (entre iguales) podemos identificar más claramente los aspectos que han influenciado en la dinámica de la reunión” P6.

También, el análisis descubre que seguir con los cambios iniciados es una necesidad para que se produzca un buen funcionamiento personal y del equipo, y para que se mejore la calidad de los cuidados que se proporciona. De este modo, se evidencia que es imprescindible seguir con el camino iniciado, sin dejarse frustrar por el hecho de que para la organización haya dejado de ser prioritario.

“Me dijo ... no te preocupes si aparece y creemos que es importante, buscamos la manera ... pero en ese momento no antes” P7.

“Sin hacer grandes cambios, los pacientes se sienten más satisfechos” P9.

Asimismo, se pone de relieve que aquellos que implementan las HHMM, ante las adversidades no cabe el desánimo y si en el entorno profesional no se encuentra el apoyo anímico necesario, va a buscarse en las familias y los amigos. Además se vislumbra la convicción que el empeño puesto en mantener intervenciones para la prevención de conflictos, ha comportado situaciones de tensión emocional que han repercutido en las familias, principalmente en los miembros más allegados, siendo los hijos los más afectados, lo que provocaba disconfort y sentimientos de culpa.

“Mi hijo me pidió que me quedase con mi nieta y tuve que decirle que no. Me sentí hundida y mala madre ... valió la pena ... las cosas cambiaron y ... ahora tengo más horas para estar con mi nieta” (lo dice riendo y todas reímos con ella) P7.

“En mi caso programamos una reunión de todo el equipo ... fuera del horario (resignación) ... mi hijo tenía un partido de fútbol muy importante ... negocié con el equipo y con mi hijo ... la primera parte estuve en la reunión y la segunda en el fútbol ... y todos contentos (con satisfacción) P6.

Por otro lado, los datos prueban que se sigue con los cambios iniciados y no se va a claudicar por las dificultades ya que se está motivado por el cambio.

“Hemos de seguir por ahí ... es una luz de esperanza lo que tenemos entre las manos” P5.

“ ... y que esto sí que a veces produce más cambios, continuas yendo con los ojos más abierto, con amplitud de miras, para poder aprovechar otras cosas, irlo incorporando y esto vuelve a darte toda la perspectiva de la riqueza del aprendizaje más global y te vas enriqueciendo” P6.

Por otra parte, los datos evidencian el empeño y la motivación por seguir adelante. Además, se descubre que la percepción de las condiciones laborales han cambiado y la recesión económica ha reducido a mínimos la inversión en formación tanto para la adquisición de nuevas competencias como para reforzar y mantener las ya adquiridas. Del mismo modo, las estrategias que ya se han implementado, con alguna reducción, se mantienen y cuando el cambio se consolida o bien se agota el presupuesto, se van a dejar totalmente de lado. A corto plazo, no se implementa ningún proyecto nuevo excepto que no se considere necesario y pertinente. Por otra parte, se pone de manifiesto que los procesos de mediación han dejado de interesar a los gestores y se coincide con ellos en que debe producirse una redistribución de recursos, en el sentido de invertir esfuerzos en limitar la aparición de factores psicosociales de riesgo como el burnout cuyas consecuencias negativas, como el absentismo y las bajas médicas, inciden directamente en los profesionales y en la propia organización. Según datos presentados por Novel (2014), en cada equipo durante un año, al menos un profesional se ha ausentado por incapacidad laboral transitoria, con un promedio de más de un mes de baja laboral. Así mismo, una de cada cuatro personas ha solicitado visita médica a centros de atención primaria por problemas de salud, derivados del conflicto y sus consecuencias. Por otra parte, se evidencia que ante situaciones candidatas a una baja médica temporal justificada, ésta no se solicita por la importante reducción en la remuneración mensual que representa y se sigue en el puesto de trabajo con unas condiciones de salud que no son óptimas para el desempeño profesional repercutiendo negativamente en los pacientes y el equipo. Si bien se está de acuerdo en la limitación y redistribución de los recursos, se considera que el tema de la mediación y la gestión de conflictos, no debe postergarse totalmente, sino que aunque sea a pequeña escala, debe mantenerse para que no quede totalmente olvidada. Del análisis emerge la consideración que dejar de lado la mediación tanto a nivel profesional como entre iguales significa un retroceso que afecta negativamente la salud mental y física de los integrantes de una organización de salud: pacientes, familiares, profesionales y gestores. Véase a continuación un fragmento del GD que ejemplifica los resultados mencionados.

Marta: ¿Qué os parece?

P7: “Esto es volver atrás, muy atrás”

P1: “Al final desaparecerá todo. Lo que costó años y esfuerzos se derrumbará en pocos meses ... y si no ya lo veréis y entonces os acordaréis de mí”.

P6: “Me apena, realmente invertimos muchas energías... los que vengan nuevos ya no verán nada ... habrá sido como un espejismo”.

Los testimonios anteriores fueron expuestos acompañados de sentimientos de tristeza y frustración, pero acto seguido su posterior discurso y el tono con el que fue emitido, cambió completamente. Los datos revelan una fuerza interna que impulsa a negar parte de la realidad que se tiene delante. Esta reacción se refleja en los datos, en los que se descubre que se desea seguir adelante para mantener aquello en lo que se cree.

“Espero a partir de ahora seguir “sembrando estrellas” P3.

“Deseo poder continuar practicando en el trabajo y también en casa” P6.

En relación a la fuerza y la perseverancia, voy a presentar los resultados del análisis, relacionándolos con algunas de las propuestas de la teoría de Rosemarie Parse, “*Humanbecoming*”, “El Ser Humano en Devenir”, principalmente en su tercer principio “Cotranscendencia con los posibles”. Parse considera los posibles como la manera de manifestar la fortaleza del ser humano hacia la consecución de sus deseos y proyectos. Para ella, los posibles es el presente en tanto que en él se conjuga lo aprendido del pasado con las nuevas posibilidades del futuro y que se expresa con las elecciones que tienen lugar en el presente (Mitchell & Bournes, 2011). Del proceso analítico, se resalta que a partir de la experiencia se decide seguir hacia delante apostando por un cambio en la forma en que van a desarrollarse las relaciones interpersonales. Las estrategias comunicativas y relacionales adquiridas en el programa formativo, han adquirido una nueva conceptualización y su transferencia, va a posibilitar que se manejen conflictos de baja intensidad de forma satisfactoria o bien se prevengan.

Parse en su tercer principio define 3 conceptos y, vinculadas a ellos, desarrolla paradojas en las que se sitúa la persona ante sus acontecimientos de vida (Mitchell & Bournes, 2011). Primer concepto: *Poder*, relacionado con la fuerza del ser humano para alcanzar los objetivos marcados y que está presente en todo proceso de cambio. Una de las paradojas vinculadas al poder y la capacidad de tomar decisiones es “*emprender-resistir*”. En este sentido, los datos analizados revelan que, ante dificultades personales

o del entorno se establece la ambivalencia entre la implementación de cambios o permanecer como hasta ese momento. Con ello, cuanto mayores son las dificultades, emprender es más extenuante y se busca la fuerza en el interior o en el exterior para mantener las decisiones. Por ello, cuando se consigue se experimenta un elevado grado de autosatisfacción y se favorece la autoestima.

Segundo concepto: *Creación*, como parte del proceso del ser humano de asemejarse o diferenciarse de los demás. Es con la toma de sus decisiones que la persona se cocrea. Una paradoja que surge de este concepto es la “*certeza-incertidumbre*” relacionada con la disyuntiva de asemejarse y ser diferente de los demás. El análisis de los datos, permite entrever como los informantes se reinventan según sea su decisión de ser igual o distinto a otros profesionales, y en ese proceso se buscan intervenciones y estrategias creativas y propias, pensadas por ellos y para ellos y el equipo. Si son intervenciones ya establecidas, se adaptan a los procesos y características propias.

“Cuando vi que funcionaba me dije, por ahí es por donde hemos de ir” P11.

En su tercer concepto, *Transformación*, Parse la vincula a la perseverancia para el cambio continuo. En este punto, comparto con Rodero et al (2006) la interpretación que realizan de la transformación, que se produce cuando se toma conciencia y responsabilidad de las propias elecciones y que adquieren sentido cuando incluyen los ritmos propios de cada ser humano. La paradoja relacionada con el concepto de transformación y el valor de lo conocido y lo desconocido es “*familiar-no familiar*”. Los datos, desvelan que por un lado se busca la calidad de vida y el bienestar y que la implementación de cambios con la oposición del entorno se hace más difícil, por lo que se tiende a mantener la posición inicial. Sin embargo, en el momento en que se ve claro que el camino a seguir es el iniciado, reaparece nuevamente la fuerza para continuar hacia delante aunque las nuevas perspectivas no ofrezcan resultados seguros. En esa búsqueda de armonía, se decide seguir con la implementación de los cambios pero se limita la magnitud.

“Una compañera me preguntó: ¿vale la pena?, y le contesté: no lo tengo del todo claro, pero seguiré con esto” P8.

“Lo iniciado ya no tiene vuelta atrás” P20.

De los datos, emerge un nuevo constructo: “*experiencia vital*”. Tal como expone Giroux (1990), para los estudiantes o personas en proceso de aprendizaje, es importante comprender que la experiencia que poseen, les proporciona importantes posibilidades

para la transformación y los cambios de su entorno. Este planteamiento en cuanto al aprendizaje, plantea puntos comunes con el aprendizaje significativo propuesto por Ausubel (1983), que mantiene que el aprendizaje vinculado a la experiencia, presenta dificultades para ser desaprendido en tanto que queda incorporado a la parte más nuclear de la persona, como indeleble. Los datos desvelan que las competencias adquiridas y la posibilidad de transferirlas al contexto personal y profesional, y mantenerlas, significa un cambio importante difícilmente perecedero. Consecuente a él, se ha adquirido una mirada más global y holística de las personas del entorno y se comprende que no se pueden valorar desde una parte, sino que es en el todo donde tienen sentido. Esta manera de darse cuenta de la globalidad de la persona, no sólo de saberlo sino de incorporarlo, genera autoconfianza, poder y satisfacción.

“Para mí hay un antes y un después...” P1.

“Si se equivocan o es a mí a quien le pasa, se vuelve a empezar y sino ... pues otra vez ... si se puede claro!” P7.

“Ha representado un aprendizaje de vida creer que había cosas que no podían ser de forma distinta y sí pueden serlo y no tanto por los otros sino por mí, por abrir la mente a otras posibilidades” P11.

Los datos desvelan que representa un reto personal muy estimulador cuando el profesional se enfrenta a dificultades personales y del entorno para transferir las competencias e introducir cambios, se insiste a los supervisores jerárquicos que se permita seguir con el proyecto y darse cuenta que no se dispone totalmente con el soporte de la organización. Este reto ha generado alta satisfacción al afrontarlo y se ejecutan intervenciones mediadoras que se consideran indispensables para un clima laboral sano que ha reducido la posibilidad de aparición de conflictos destructores.

“No creo que vuelva a actuar como lo hacía antes ... creo que no sería honesta conmigo misma” P17.

Asimismo, el resultado de responder al reto con poca ayuda por parte de la organización, ha puesto en evidencia las potencialidades y fortalezas propias, que se valora como una experiencia vital que ha quedado impregnada y que va a ser difícil de eliminar. A su vez, se plantea intervenir bajo el paradigma de la conciliación y dejar de lado el de la confrontación. El análisis pone en evidencia que ha sido el cambio más relevante y que pase lo que pase en el futuro, ese aprendizaje ya se ha adquirido:

“Por mi trayectoria posterior, considero que la formación en habilidades mediadoras dejó huella en mí” P1.

“Yo el curso lo que me hizo es despertar y eso es lo que me queda” P7.

Otro de los aspectos revelado en el proceso analítico reside en la importancia de la personalidad de base para generar cambios. Según la manera de ser, se provocan conflictos o bien se actúa de manera pasiva y en silencio, por lo que para que no emerjan se dejan de lado las necesidades individuales y se cede terreno al otro. El hecho de no respetar los intereses personales tampoco satisface. Se aprecia que bajo esa personalidad, se incorpora la asertividad como habilidad social para funcionar en las interrelaciones, en tanto que se posibilita la expresión de ideas y opiniones desde el respeto propio y el de los demás. Sobre esta base asertiva, se desarrollan intervenciones comunicativas y relacionales y actitudes conciliadoras donde se amortigua el conflicto y se facilita el diálogo.

“Pero hay cosas que no hace falta que sean a nivel profesional, ya dependen un poco de tu personalidad y también hay patrones nuestros [familiares, culturales] que influyen” P17.

Los datos evidencian que las HHMM se han incorporado progresivamente al desarrollo personal y profesional, y si en un inicio se realizaban de una forma más forzada, se está alcanzando un punto de automatización que permite afrontar situaciones problemáticas con tranquilidad. A la luz de lo expuesto, el análisis revela que se establece un cambio en respuesta a un darse cuenta que los procesos de mediación comportan beneficios relacionales:

“Ha representado un aprendizaje de vida creer que había cosas que no podían ser de forma distinta y sí pueden serlo y no tanto por los otros sino por mí, por abrir la mente a otras posibilidades” P11.

Enmarcando este análisis, subyace la convicción de los participantes que la formación es imprescindible para el desarrollo personal y que debe perdurar a lo largo de la vida profesional, por lo que el trabajador debe buscar sus parcelas formativas donde desarrollarse y las organizaciones deben velar por la puesta al día de la capacitación profesional de su capital humano.

“La formación es indispensable para mejorar en el trabajo. Ésta en concreto me ha ayudado a mejorar en las relaciones sociales y profesionales” P19.

“Es necesario seguir formándose. Las tecnologías quedan rápidamente obsoletas y es necesario estar al día. Si te duermes, te pasa todo por delante. La formación es el acelerador del cambio” P17.

“Es que yo creo en la formación. Cuando algo no lo veo, voy y lo busco y si es preciso me formo en ello. P1”

Para terminar este apartado y a modo de unas consideraciones finales, destacar que de los datos emergidos del proceso analítico, se revela que es imprescindible formarse para mantener una práctica diaria de excelencia, para la mejora continua de la calidad de vida de los profesionales y los usuarios, y para favorecer la implementación de proyectos de mejora propuestos por la organización de salud para devenir una institución con una prestación de servicios óptima.

Asimismo se pone en evidencia que los sistemas de mediación profesional o inter pares, son un excelente camino para intervenir en situaciones interpersonales e interprofesionales que pueden convertirse en conflictivas. Conflictos, que inevitablemente se dan como consecuencia de la implementación de cambios organizacionales de mejora, que van a comportar momentos de tensión y estrés en tanto que van a obligar que consensuen diferentes perspectivas y ceder en las posiciones para alcanzar la mejor y más adecuada alternativa para todos, entendiendo todos como usuarios, profesionales y organización.

Por otra parte descubre que los cambios comportan implicación y que ello, representa un enriquecimiento personal y profesional cuando se aplican estrategias para la sostenibilidad de tales intervenciones y se encuentra satisfacción en los logros alcanzados. Además evidencia que en ese proceso de cambio y crecimiento va a generarse una nueva forma de ejercer la práctica profesional, más centrada en los usuarios y pacientes y menos intervencionista, y la motivación y el empeño va a ser el motor para seguir insistiendo en ello. De este modo, en momentos difíciles de crisis socioeconómica, en la que las organizaciones deben reajustar el gasto y las inversiones, los datos revelan que, si no puede desarrollarse al cien por cien y en todos los ámbitos, no va a dejarse de lado sino que se bajan planteamientos, pero se va a seguir con ello.

Y todo ello adquiere sentido y significado bajo la perspectiva del “A pesar de” que permite comprender los procesos circulares que tienen lugar en las personas ante acontecimientos psicosociales, donde una única circunstancia nunca puede ser causa de un resultado, sino que se da la concatenación de múltiples factores, sucesos y circunstancias. Y que siguiendo cada persona su propio camino, se llega a que “a pesar

de” las situaciones adversas y las dificultades, si se está convencido que ese es el camino que se debe seguir, se pone todo el empeño en ello lidiando con otras realidades.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Desde el inicio de esta tesis hasta su final, he detectado ciertas limitaciones relacionadas con el momento socioeconómico, con el proceso de investigación, con la metodología cualitativa y con las características particulares de mis informantes y la relación establecida entre ellos. Limitaciones que algunas ya preveía de antemano y otras que han aparecido durante el proceso conjunto y continuo de recogida de datos y análisis. Deseo especificar que para algunas de ellas, poseo argumentos y respuestas, y para otras sólo interrogantes.

En primer lugar, señalar que la población de estudio la constituían todos los participantes en el programa formativo en HHMM en tanto que no existía, en un futuro inmediato, la posibilidad de realizar una nueva recogida de datos porque esta segunda edición del curso era la última. Desde un inicio la relación mujeres-hombres, fue absolutamente desproporcionada: 23 mujeres y 2 varones. Finalmente la muestra la componían exclusivamente mujeres, por lo cual el resultado de mi tesis es la comprensión del significado de las experiencias de “las” profesionales de la salud participantes en un programa formativo en habilidades mediadoras en relación a la transferibilidad y sostenibilidad, de las competencias adquiridas, a su contexto laboral y profesional. Y en este punto me pregunto ¿cuál es el significado que los varones atribuyen a este proceso? ¿qué diferencias biológicas, psicosociales, de género, culturales o sociales influyen en este proceso de atribución de significado? ¿cuál hubiese sido el significado que los varones atribuirían al proceso de transferencia en el contexto de recortes económicos que aconteció en esa época?. El hecho que las participantes siguiesen con la implementación de estrategias aun cuando cada vez eran más numerosas las dificultades y más costoso ejecutarlas, y a pesar de ello decidieron seguir haciéndolo, ¿puede ser debido a las propias características femeninas de elevada motivación trascendente y al papel cuidador que se atribuye socialmente a las mujeres?. Eagly y Crowley, en 1986, encontraron en una población de estudiantes universitarios, mayores niveles de altruismo y conducta prosocial en las mujeres, en cuanto a que en su proceso de socialización, el rol femenino está guiado por anteponer las necesidades de los otros a las propias, especialmente en el entorno familiar (Hernández Mendo, 2005). Por otro lado, según el Ministerio de Educación, Cultura y

Deporte, en su informe de 2013 sobre el porcentaje de mujeres y varones en relación a sus estudios universitarios, señala una proporción muy superior de mujeres (70,1%) en Ciencias de la Salud. Proporción que se invierte en ingeniería y arquitectura con una cifra del 73,9% de hombres. Por todo ello, considero una futura línea de investigación con un número más representativo de varones.

En segundo lugar, los datos revelan que la mayoría de los informantes mostraron una alta motivación ya desde el momento en el que decidieron inscribirse y realizar el curso. Señalar que, con más o menos altibajos, la motivación se ha mantenido hasta el final del estudio y esquivando las dificultades deciden seguir implementando estrategias comunicativas que se consideran básicas para unas relaciones interpersonales e interprofesionales gratificantes y productivas. ¿Cuál hubiese sido el resultado si los participantes no poseyeran esta elevada motivación?. Sin esta motivación, los informantes ante la disminución del apoyo de los gestores consecuente a la recesión económica ¿hubiesen implementado las competencias adquiridas y utilizado estrategias para mantenerlas? ¿Podría deberse a una falta de motivación que los informantes al finalizar el curso manifestaran baja satisfacción y poca utilidad con las competencias adquiridas?. Debo señalar que no poseo resultados de informantes poco motivados porque me fue imposible contactar con ellos y cuando lo logré con alguno, abiertamente me comunicaron no estar interesados en proseguir con el estudio. Por lo cual, considero oportuno que un estudio en profesionales con baja motivación puede ser un buen complemento a los resultados de esta tesis.

En tercer lugar, me planteo la limitación que puede comportar realizar entrevistas por correo electrónico. Decidí usar este método por las numerosas ventajas que se le han descrito. Una de ellas es el hecho que, el texto refleja fielmente el pensamiento y sentimiento del narrador cuando coloca el punto y final, puesto que ha leído y releído su texto tantas veces como ha sido necesario hasta darlo por válido y satisfactorio. En contraposición, a pesar de la posibilidad de incluir una pregunta abierta en el guión de la entrevista que permita recoger aspectos no contemplados en las preguntas guía, se pierde la oportunidad de profundizar, in situ, temas emergentes que el investigador capta como útiles y necesarios para su investigación. Señalar que este proceso de revisión por parte del informante no se da en las entrevistas cara a cara que son mucho más espontáneas.

En cuarto y último lugar, una limitación relacionada más con la investigación cualitativa que con mi tesis. Se refiere a la imposibilidad de generalizar los resultados.

Tal como he expuesto anteriormente en los criterios de rigor científico de la investigación cualitativa, los resultados de esta tesis no pueden generalizarse pero si transferirse a situaciones similares en las que estén implicados profesionales de la salud. Por ello, en una situación de relaciones interpersonales en cualquier centro u organización, donde los objetivos estratégicos se mediatocen por dificultades económicas, los resultados de esta tesis pueden proporcionar guías de investigación para comprender el significado que los trabajadores atribuyen a los procesos de transferencia y sostenibilidad. Tal como propone Rincón, el esfuerzo de averiguar las similitudes entre dos investigaciones corresponde al investigador que desee realizar un nuevo estudio y no al autor de la investigación primaria (Rincón Igea et al., 1995).

6. LAS CONCLUSIONES

La formación en HHMM han permitido mejorar las interacciones personales y profesionales de los participantes y con ellas han logrado que no se generasen ni escalasen conflictos en cualquiera de sus ámbitos relacionales representando una experiencia de vida que no tiene vuelta atrás, evidenciando una alta satisfacción con los resultados adquiridos. Por lo cual, en tanto que motor de cambio, la FC es considerada imprescindible a lo largo de su vida profesional para mantener y aumentar las competencias adquiridas, siendo la formación en HHMM una estrategia clave para la prevención y el abordaje de conflictos interpersonales.

En cuanto a la detección de conflictos, las informantes consideran que poseen el conocimiento para determinar en qué momento se debe actuar para que el conflicto no se desarrolle o no escale descontroladamente. Ante una disputa identifican cuando ha de intervenir o bien esperar y observar como evoluciona la situación. De este trabajo, ha emergido que la impulsividad personal, entendida como un condicionante para actuar ante situaciones problemáticas debe controlarse puesto que una intervención a destiempo puede tener repercusiones desproporcionadas que en absoluto es deseable para ninguna de las partes.

Las informantes manifiestan el convencimiento que la mediación y sus estrategias permiten limitar las dificultades profesionales del día a día laboral. Por lo que explicitan que la adquisición de habilidades mediadoras las ha fortalecido y ha generado una nueva práctica profesional, unos nuevos comportamientos, que se valoran de mayor calidad porque han incorporado, además de conocimientos y habilidades técnicas, estrategias relacionales a partir de las cuales han desarrollado actitudes que posibilitan relaciones profesionales más satisfactorias. En el caso de los profesionales que atienden directamente a pacientes y familiares las relaciones terapéuticas son de mayor calidad.

Además, las informantes perciben que con las competencias adquiridas se han autocapacitado lo que ha potenciado su autoestima y ha aumentado la confianza en sus capacidades de afrontamiento para manejar determinados acontecidos acaecidos en sus organizaciones, a resistir ante ellos y a proseguir con la implementación y sostenibilidad de estrategias comunicativas y relacionales, que consideran necesarias para un mejor funcionamiento interprofesional. Además, se pone de manifiesto que, mediante las actividades de refuerzo, se ha adquirido una actitud positiva con mayor

motivación, entusiasmo y empeño para minimizar los condicionantes profesionales y organizacionales que dificultan la sostenibilidad.

Por otro lado este estudio ha evidenciado que cuando el apoyo organizacional disminuye, los profesionales buscan soportes en otros contextos o ámbitos que pueden estar alejados de la institución como la familia, organizaciones solidarias o en actividades gratificantes individuales o grupales como la música o los viajes, entre otras muchas. Se pone de manifiesto que cuando se da la situación socioeconómica adversa con una importante disminución de los recursos y menor apoyo de la organización, se tambalea la fortaleza de los profesionales para seguir implementando y manteniendo los cambios por el sobre esfuerzo que comporta que no siempre se ve reconocido y recompensado por las organizaciones. A pesar de ello, como consecuencia de haber adquirido una fuerza interior, resiliencia, que va a llevarles a seguir con el camino del cambio iniciado con la finalidad de una mayor calidad del servicio prestado, con mayor o menor intensidad, las informantes siguen desarrollando las intervenciones mediadoras para que incidan en el clima laboral y se favorezca la prevención o reducción de la intensidad de los conflictos.

Asimismo, se da el convencimiento de que es el camino a seguir por la utilidad de las competencias adquiridas que han transferido tanto al entorno personal como el laboral, y que ha representado una experiencia vital que les ha dejado una huella indeleble, para toda su vida. A su vez, han adquirido la certidumbre que este camino no tiene vuelta atrás, que van a haber dificultades, que en algunos momentos puede que no se desarrolle, pero que no se va a perder. Por todo ello, las profesionales deciden que pese a todas las dificultades y limitaciones van a seguir para que sus intervenciones profesionales reúnan la calidad que los usuarios y la sociedad les exige aunque sea en circunstancias más concretas y con intervenciones menos ambiciosas al comprender y aceptar que no todo está en sus manos sino que se hallan sujetas a normas y reglas organizacionales.

Y es aquí donde se encuentra la novedad de este estudio que permite desarrollar cómo ha emergido una fortaleza interna en los informantes que les lleva a seguir considerando la implementación de las competencias adquiridas, dado el beneficio percibido a pesar de no contar con el apoyo de sus organizaciones o que éste sea limitado. Al no existir evidencias previas, este hallazgo marca un hecho diferencial en tanto que las subjetividades emergidas en el proceso analítico permiten conocer y

comprender los significados que las informantes atribuyen al proceso de transferencia y sostenibilidad.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

En mi condición de profesora universitaria implicada en los procesos de enseñanza-aprendizaje de estudiantes y la participación en formaciones de postgrado y en servicio siempre en el ámbito de la enfermería, las implicaciones para la práctica profesional de esta tesis voy a desarrollarlas bajo el paradigma del aprendizaje en cualquier etapa del ciclo vital. El aprendizaje a lo largo de la vida¹⁷ “*Lifelong learning*” se entiende como un derecho alienable de la persona con una importante función autocapacitadora y emancipadora (Freire, 1985). El aprendizaje permanente es continuo, voluntario y motivado por lo que la persona debe tener posibilidades y acceso a formaciones que le permitan, en cualquier situación y circunstancias de su vida, alcanzar los conocimientos, habilidades y actitudes imprescindibles para desarrollarse como persona y participar activamente con los objetivos de la sociedad.

Desde este posicionamiento, los resultados de este estudio inciden en la importancia de la FC en habilidades comunicativas, relacionales y mediadoras para la mejora de las relaciones interpersonales e interprofesionales que posibilitan el desarrollo de competencias. Estas competencias permiten la prevención y transformación de situaciones conflictivas en cualquier etapa de la vida que se mantienen a pesar de las dificultades externas, tanto de las propias organizaciones sanitarias como sociales. También en la emergencia de una fuerza interna en el profesional para seguir transfiriendo y manteniendo las competencias adquiridas en la formación. De este modo, desde la práctica profesional cotidiana los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas posibilitan la consecución de unas interacciones personales y profesionales de calidad entre los miembros de las organizaciones de salud a pesar de, como consecuencia de la crisis socioeconómica actual, los apoyos por parte de la institución y sus gestores hayan disminuido. Desde la mirada del desarrollo profesional, la formación específica en HHMM es considerada imprescindible para que determinadas situaciones problemáticas no escalen hacia un conflicto instaurado o para que conflictos de baja intensidad puedan transformarse de forma que representen

¹⁷ El constructo “Aprendizaje a lo largo de la vida” parte de la propuesta de Jacques Delors (1996) de “La educación a lo largo de la vida” que se incluyó en el informe “La educación encierra un tesoro” sobre la Educación para el Siglo XXI de la UNESCO y que posteriormente, la propia UNESCO (1996), amplió como “aprendizaje”.

una experiencia positiva para las personas implicadas. De este modo subrayo la importancia de utilizar estrategias para transferir y mantener las competencias adquiridas mediante la formación continuada en HHMM para la prevención y transformación de situaciones conflictivas garantizándose intervenciones profesionales de calidad centradas en los usuarios de los servicios de salud en cualquier nivel que éstas se desarrollen. Por ello, en las organizaciones en general y las de salud en particular, es imprescindible que sus profesionales estén capacitados para responder a los objetivos institucionales y sus gestores velen para que las competencias adquiridas se transfieran a los contextos profesionales y se establezcan medidas que las refuercen de forma periódica y perduren en el tiempo. Cabe señalar que, por sí sola, la formación continuada no se ha evidenciado que genere cambios sino que en estos procesos intervienen numerosas variables de tipo personal, organizacional y social. Tal y como se ha evidenciado en este estudio, los profesionales deciden seguir transfiriendo y manteniendo las habilidades, actitudes y conocimientos adquiridos a pesar que las instituciones y sus gestores hayan reducido o eliminado los recursos planificados. Por lo que, la *primera implicación* para la práctica profesional es la necesidad de que se refuercen esas competencias con una periodicidad que sea establecida por los propios miembros de los equipos profesionales, en tanto que sin intervenciones de refuerzo, el profesional puede desplegar nuevamente aquellas habilidades que poseía previamente a la formación. Entre las características de las estrategias de refuerzo, debe incidirse en implementar, principalmente, aquellas que posean un marcado enfoque práctico donde los profesionales puedan darse cuenta de cuáles son sus potencialidades y sus puntos de mejora, aumentándose considerablemente la autoeficacia y la autoestima profesional.

Desde la perspectiva de la adquisición de competencias mediante la formación y con un perfil profesional de profesora universitaria, contemplo dos perspectivas. Por una parte, la formación continuada, columna básica de toda organización sea cual sea su especificidad, que promueve los objetivos de la institución y los valores que van a regir las relaciones entre sus miembros (creatividad, autoeficiencia, trabajo en equipo) para que puedan adaptarse a los cambios tecnológicos y sociales. Asimismo, las instituciones sanitarias velan para que sus profesionales alcancen y desplieguen las competencias necesarias para la excelencia clínica y la mejora de la calidad asistencial. Por otra parte, los resultados de este estudio han puesto de manifiesto que los profesionales relacionados directa o indirectamente con los usuarios de los servicios de salud se han dado cuenta de la importancia de mantenerse formados y utilizar lo aprendido en el curso, no sólo en relación a los progresos tecnológicos sino que, exigen a sus gestores,

formaciones relacionadas con la adquisición de competencias que les posibiliten para la prevención y manejo de situaciones problemáticas para que sus relaciones interprofesionales sean más sanas y satisfactorias. Si, tal y como este estudio ha revelado, los profesionales deciden seguir con la transferibilidad y sostenibilidad de las competencias adquiridas a pesar de no contar con todo el apoyo de sus gestores, es clave que los líderes, en la medida que puedan, bajo un planteamiento de liderazgo transformacional promuevan, diseñen e implementen intervenciones formativas como instrumento de cambio y crecimiento. Con lo cual, la *segunda implicación* para la práctica profesional es que los programas de FC han de incluir módulos teórico-prácticos para la adquisición de estrategias comunicativas, relacionales y mediadoras que además contemplen la adquisición de conocimientos, valores y actitudes para la prevención y gestión de conflictos de tal modo que su adecuada transformación devenga un factor positivo para el cambio organizacional y la eficiencia de los profesionales. Además va a favorecer que estos profesionales conserven la fuerza interior desarrollada que va a llevarles a seguir implementando, transfiriendo y manteniendo esas competencias aun cuando se den momentos tan duros como los de la recesión económica en que la sociedad actual está aún inmersa.

Estoy convencida que en cualquier disciplina pero especialmente en las que la esencia profesional se desarrolla a partir de la relación entre personas como en las profesiones de salud debe incorporarse en sus curriculums de grado, siendo ésta la *tercera implicación* para la práctica profesional, la adquisición de habilidades comunicativas, relacionales y mediadoras que contemplen no sólo los comportamientos, sino también los conocimientos y las actitudes. Todo ello con la finalidad de posibilitar que los futuros profesionales desarrollen interacciones interpersonales basadas en la confianza y el respeto que favorezcan la limitación de conflictos que puedan generarse por dificultades personales o de los equipos. La adquisición de estas competencias debe plantearse desde una perspectiva no sólo teórica sino eminentemente práctica, donde los futuros graduados puedan desarrollarlas en contextos y escenarios que les encare con sus potencialidades y limitaciones. Asimismo, en situaciones de simulación y bajo la supervisión de un profesional experto, ha de posibilitarse el hacer y rehacer las intervenciones diseñadas tantas veces como lo consideren necesario hasta alcanzar los objetivos establecidos. De este modo, el diseño de espacios pedagógicos de simulación y situaciones de rolplay con un número reducido de estudiantes puede configurar el contexto idóneo para que se adquieran estas competencias. Por ello, deben ser dirigidos y coordinados por profesionales con un elevado grado de experiencia y profesionalidad

tanto en las situaciones concretas de simulación como en el dominio de las técnicas clínicas, pedagógicas y mediadoras.

Para finalizar, a modo de reflexión, propongo que en cualquiera de los ámbitos en los que se desarrolle la transferencia y refuerzo de competencias, es imprescindible que los profesionales en sus funciones de formadores y asesores posean una amplia experiencia tanto a nivel práctico como conocedores de la realidad diaria y en el caso de las organizaciones de salud, de la realidad clínica y organizacional.

REFERENCIAS

- Acebedo Urdiales, S., Rodero Sánchez, V., Vives Relats, C., & Omella Lolo, I. (2005). Análisis de una narrativa desde la teoría de Parse: "La persona en devenir." *Enfermería Clínica*, 15(1), 31–36.
- Acebedo-Urdiales, S., Rodero-Sánchez, V., Vives-Relats, C., & Aguarón-García, M. J. (2007). La mirada de Watson, Parse y Benner: para el análisis complejo y la buena práctica. *Index de Enfermería*, 16(56).
- Acland, A. F. (1993). *Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones*. Barcelona: Paidós.
- Agudelo Bedoya, M. E., & Estrada Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, (17), 353–378.
- Aguirre García, J. C., & Posada Ramirez, J. G. (2013). Algunas respuestas al desafío construccionista: una aproximación realista. *Sophia*, 9, 141–154.
- Alcover de la Hera, C. M. (2006). La mediación como estrategia para la resolución de conflictos: una perspectiva psicosocial. In M. Gonzalo Quiroga (Ed.), *Métodos alternativos de solución de conflictos: perspectiva multidisciplinar* (pp. 113–129). Madrid: Dykinson-Servicio de Publicaciones de la URJC.
- Amezcuca, M. (2012). La gestión de conflictos en la enfermería institucional, ¿riesgo u oportunidad? *Index de Enfermería*, 21(1-2).
- Andrés Cebrián, P., Juan Ferrer, D. de, Escobar Palacios, J., Jarabo Izquierdo, J., & Martínez Novo, M. T. (2004). *Burnout: "Técnicas de afrontamiento"*. *Fòrum de recerca nº 10, 2004-2005*. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana.
- Aranaz Andres, J. M., Aibar Remon, C., Vitaller Burillo, J., & Ruiz López, P. (2006). *Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid.
- Ardèvol, E., Bertran, M., Callén, B., & Pérez, C. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital*, (3).
- Armadans, I., Aneas, A., Soria, M. A., & Bosch, L. (2009). La mediación en el ámbito de la salud. *Medicina Clínica*, 133(5), 187–192. doi:10.1016/j.medcli.2008.11.026
- Arrogante, O., & Pérez-García, A. (2013). El bienestar subjetivo percibido por los profesionales no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia. *Enferm Intensiva*, 24(4), 145–154.
- Aseguinolaza, A., & Tazón, M. P. (2000). Escucha activa. In M. P. Tazón Ansola, J. García Campayo, & L. Aseguinolaza Chopitea (Eds.), *Relación y comunicación* (pp. 137–148). Madrid: Ediciones DAE.
- Asociación del defensor del paciente. [sede web]. Memoria 2011. (consultado 25 diciembre 2014). Disponible en: https://www.google.es/?gfe_rd=cr&ei=Y2eXU5GTCInf8gfo44GICw&gws_rd=ssl#q=Asociaci%25C3%25B3n+del+defensor+del+paciente+memoria+2011. (2011). Madrid.
- Astudillo, P. (2014). *Factores psicosociales en el trabajo: ¿Cómo comprender las tensiones psicosociales para regularlas?* Santiago de Chile.
- Ausubel, D. P., Novak, J. D., & Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo* (2ª ed.). México (D.F.): Trillas.

- Ayling, R., & Mewse, A. J. (2009). Evaluating internet interviews with gay men. *Qualitative Health Research*, 19(4), 566–76. doi:10.1177/1049732309332121
- Baker, A., Perreault, D., Reid, A., & Blanchard, C. M. (2013). Feedback and organizations: Feedback is good, feedback-friendly culture is better. *Canadian Psychology*, 54(4), 260–268. doi:10.1037/a0034691
- Ballenato Prieto, G. (2005). *Trabajo en equipo: dinámica y participación en los grupos*. Madrid: Pirámide.
- Barrios-Casas, S., & Paravic Klijn, T. (2011). Aplicación del modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino adaptado al usuario hospitalizado. *Aquichan*, 11(1), 77–93.
- Beck, C. T. (2005). Benefits of participating in internet interviews: women helping women. *Qualitative Health Research*, 15(3), 411–22. doi:10.1177/1049732304270837
- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 222–229.
- Bender, A., & Farvolden, P. (2008). Depression and the Workplace: A Progress Report. *Current Psychiatry Reports*, (10), 73–79.
- Biencinto López, C., & Carballo Santolalla, R. (2004). Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario: de lo general a lo específico. *RELIEVE*, 10(2), 101–116.
- Bimbela Pedrola, J. L. (2001). *Cuidando al cuidador: Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. 4ª ed rev-amp. Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Borrell Carrió, F. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semfyc Ediciones.
- Bortoluzzi, G., Caporale, L., & Palese, A. (2014). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal of Nursing Management*, 22(5), 643–652. doi:10.1111/jonm.12042
- Botella, L., & Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., & Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Edición electrónica revisada y corregida en 2008 de la obra del mismo título editada en 1998. [Consultada 15 diciembre 2014]. En http://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella. researchgate.net*.
- Burgos Moreno, M. C., & Paravic Klijn, T. M. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 29–42.
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2012). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (Vol. 5a). Amsterdam; Barcelona etc.: Elsevier.
- Bush, R. A., & Folger, J. P. (1996). *La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento*. Barcelona: Granica.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Callejo Gallego, J. (2001). *El Grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.

- Camejo, A. (2006). La epistemología constructivista en el contexto de la post-modernidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales Y Jurídicas*, 2(14).
- Cantera, L. M., Cervantes, G., & Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles Del Psicólogo*, 29(1), 49–58.
- Carabaña Morales, J., & Lamo de Espinosa, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (1), 159–204.
- Carnero de Blas, M. (2012). Mediando en salud. Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. *Revista de Mediación*, 5(10), 13–18.
- Carrillo Pineda, M., Leyva-Moral, J. M., & Medina Moya, J. L. (2011). El análisis de los datos cualitativos: Un proceso complejo. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 96–100.
- Casanovas, P., Magre, J., & Lauroba, M. E. (Directores). (2011). *Libro blanco de la mediación en Cataluña*. (Departament de Justicia. Generalitat de Catalunya, Ed.). Barcelona: Huygens Editorial.
- Castanyer Mayer-Spiess, O., & Ortega, E. (2010). *¿Por qué no logro ser asertivo?* (7ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castanyer, O. (2012). *La asertividad: expresión de una sana autoestima* (35th ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cavalheiro, A. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 16(1).
- Cervantes, G., Blanch, J. M., & Hermoso, D. (2010). Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Arch Prev Riesgos Labor*, 13(3), 135–140.
- Chapi Mori, J. L. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1).
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3ª ed.). Geneve: International Labour Office.
- Choliz Montañés, M. (2004). Psicología de los motivos sociales. *uv.es*. Retrieved March 18, 2014, from <http://www.uv.es/=choliz/asignaturas/motivacion/Motivos sociales.pdf>
- Coffey A, A. P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. San Vicente de Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- 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.
- Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). *Diálogos apreciativos y la evolución consciente*. Ohio: Case Western Reserve University.
- Corbetta, P. (2007). La entrevista cualitativa. In *Metodología y técnicas de investigación social* (pp. 343–374). Madrid [etc.]: McGraw-Hill.
- Cornelius, H., & Faire, S. (2005). *Tú ganas, yo gano. Cómo resolver conflictos creativamente* (6ª ed.). Madrid: Gaia.
- Cornoiu, T., & Gyorgy, M. (2013). Mobbing in organizations. Benefits of identifying the phenomenon. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 708–712.
- Correa Domènech, M., González Sabaté, L., & Serrano Rasero, I. (2012). World Cafe como metodología para fomentar el aprendizaje en autonomía de los alumnos en

- el grupo grande. *Congrés Internacional de Docència Universitària i Innovació. CIDUI-Revista*, (1), 1–18.
- Coser, L. (1961). *Las funciones del conflicto social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Côté-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (1999). Practical Advice for Planning and Conducting Focus Groups. *Nursing Research*, 48(5), 280–3.
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. London: Sage.
- Cuñat Gimenez, R. J. (2007). Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de empresas. *Decisiones Globales*, 1–13.
- Dapena, J., Farré Salvá, S., Fernandez, M., Guillamat, A., Munné, M., Panchón, C., ... Viola, I. (2004). *La Mediació: l'alternativa multidisciplinària a la resolució dels conflictes*. Villagrasa C (coord). (C. Villagrasa, Ed.). Barcelona: Pòrtic.
- de la Cuesta Benjumea, C. (2003). El Investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4).
- de la Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería Y Humanidades*, (20), 136–140.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz-Cabrera, D., Isla-Díaz, R., Rolo-Gonzalez, G., Villegas-Velasquez, O., Ramos-Sapena, Y., & Hernandez-Fernaud, E. (2008). La salud y la seguridad organizacional desde una perspectiva integradora. *Papeles Del Psicólogo*, 29(1), 83–91.
- DiMartino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. *cdrwww.who.int*. Ginebra.
- Dolan, S. L., Martín Rubio, I., & Soto, E. (2004). *Los 10 mandamientos para la dirección de personas* (2ª ed. amp.). Barcelona: Gestión 2000.
- Dominguez Bilbao, R., & Garcia Dauder, S. (2003). *Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones*. Madrid; Copy Red.
- Duart, J. M. (2002). ROI y e-learning: más allá de beneficios y costes. *Documento En Línea: [Http://www.Uoc.Edu/web/esp/art/](http://www.Uoc.Edu/web/esp/art/)*
- Ellis, C., & Bochner, A. P. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity. Researcher as subject. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 733–768). Thousand Oaks: Sage.
- Ertureten, A., Cemalcilar, Z., & Aycan, Z. (2013). The relationship of downward mobbing with leadership style and organizational attitudes. *Journal of Business Ethics*, 116, 205–216. doi:10.1007/s10551-012-1468-2
- Esparrica, J., Cervera, C., & Armadans, I. (2009). Espais de resolució de conflictes en les organitzacions de salut: de la teoria a la pràctica. In P. Casanovas, N. Galera, & M. Poblet (Eds.), *Simposio sobre Tribunales y Mediación, nuevos caminos para la justicia* (pp. 157–163). Barcelona: Huygens editorial.
- Farías, A., Sánchez, J., Petiti, Y., Alderete, A. M., & Acevedo, G. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud Y Trabajo*, 13(3), 7–15.

- Farré Salvá, S. (2004). *Gestión de conflictos: taller de mediación. Un enfoque socioafectivo*. Barcelona: Ariel.
- Farré Salvá, S., & Gutiérrez, E. (2004). *Gestió Positiva del conflicte a les associacions. Mediació*. Barcelona: Torre Jussana.
- Feixas Viaplana, G., & Villegas Besora, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Femenia, N. (2006). Costos y consecuencias de los conflictos. *Florida: Ganaropciones.com [sede Web]*. Retrieved January 2, 2015, from www.ganaropciones.com/conflicto.htm
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fisas Armengol, V. (1998). *Cultura de paz y gestión de conflictos*. Barcelona: Icaria.
- Fisas Armengol, V. (2005). Abordar el Conflicto: la negociación y la mediación. *Revista Futuros*. Retrieved February 10, 2014, from <http://www.revistafuturos.info>
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2002). *Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder*. Barcelona: Gestión 2000.
- Flores-Villavicencio, M. E., Troyo-Sanroman, R., Valle Barbosa, M. A., & Vega-Lopez, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1–17.
- Freire, P. (1985). *Pedagogía del oprimido* (16ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Fontana, A., & Frey, J. (2005). The interview: from neutral stance to political involvement. In *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Denzin, N Lincoln, Y (pp. 695–727). Thousand Oaks, California: Sage.
- Fornés, J., Cardoso, M., Castelló, J. M., & Gili, M. (2011). Psychological Harassment in the Nursing Workplace: An Observational Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 185–194. doi:10.1016/j.apnu.2010.08.008
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad: la voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- French, W. L., Bell, C., & Zawacki, R. A. (2007). *Desarrollo organizacional: transformación y administración efectiva del cambio*. México [etc.]: McGraw-Hill Interamericana.
- Gairín Sallan, J. (1999). La evaluación del impacto de la formación. In J. Gairín & A. Ferrandez (Eds.), *Planificación y Gestión de Instituciones de Formación* (pp. 296/17–296/30). Barcelona: Praxis.
- Gairin Sallán, J., & Armengol Asparo, C. (Eds.). (2008). *Estrategias de formación para el cambio organizacional*. Barcelona: Praxis.
- Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: Bakeaz.
- García Vivar, C. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201–6. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00554.x
- García Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), 283–288. doi:10.4321/S1132-12962010000300011

- García-Jueas, J. A., & Figueiredo-Ferraz, H. (2009). La mediación en las organizaciones. Un método de resolución de conflictos que favorece la competitividad. *Informació Psicològica*, (96), 34–42.
- Gendron, R. (2011). The Meanings of Silence during Conflict. *Journal of Conflictology*, 2(1), 1–7.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–75.
- Gergen, K. J. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. (A. M. Estrada Mesa & S. Diazgranados Ferranz, Eds.). Bogotá: Uniandes.
- Gigante, J., Dell, M., & Sharkey, A. (2011). Getting beyond “Good job”: how to give effective feedback. *Pediatrics*, 127(2), 205–7. doi:10.1542/peds.2010-3351
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), 169–173.
- Gil-Monte, P. R., García-Jueas, J. A., & Caro Hernández, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revist Interamericana de Psicología*, 42(1), 113–118.
- Giroux, H. A. (1990). *Los Profesores como intelectuales: hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Barcelona: Paidós.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Gledhill, J. (2008). *El poder y sus disfraces. Perspectivas antropológicas de la política*. Barcelona: Bellaterra.
- González Castro, L. F., Moreno Martínez, I. A., García Mancipe, M., & Vélez Ferreira, M. (2010). La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. *MedUNAB*, 13(1), 17–21.
- González Consuegra, Y. (2010). El conflicto organizacional: una solución constructiva. *Pensando Psicología. Revista de La Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia*, 6(11), 11–27.
- Gonzalez de Rivera Revuelta, J. L. (2008). Homeostasis, alostasis y adaptación. In J. Guimón Ugartechea (Ed.), *Crisis y Contención: del estrés al equilibrio psíquico* (pp. 31–37). Madrid: Eneida.
- González-Capitel, C. (2001). *Manual de mediación* (2ª ed.). Barcelona: Atelier.
- González-Romá, V. (2008). La innovación en los equipos de trabajo. *Papeles Del Psicólogo*, 29(1), 32–40.
- González-Romá, V. (2011). El clima de los equipos de trabajo: una propiedad configuracional. *Papeles Del Psicólogo*, 32(1), 48–58.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *The American Psychologist*, 59(2), 93–104. doi:10.1037/0003-066X.59.2.93
- Guba, E. G. (1990). *The Paradigm dialog*. Newbury Park: Sage.
- Guest, D. (2004). Flexible employment contracts, the psychological contract and employee outcomes: an analysis and review of the evidence. *International Journal of Management Reviews*, 5-6(1), 1–19. doi:10.1111/j.1460-8545.2004.00094.x

- Hamilton, R. J., & Bowers, B. J. (2006). Internet recruitment and e-mail interviews in qualitative studies. *Qualitative Health Research*, 16(6), 821–35. doi:10.1177/1049732306287599
- Han, G. (Helen), & Harms, P. D. (2010). Team identification, trust and conflict: a mediation model. *International Journal of Conflict Management*, 21(1), 20–43.
- Henriksen, K., & Dayton, E. (2006). Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research*, 41(4), 1539–54. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00564.x
- Hernández Mendoza, A. (2005). Conducta altruista vs. conducta prosocial: ¿por qué a veces ayudamos a las personas y otras veces no? *efdeportes.com*. Retrieved July 16, 2015, from <http://www.efdeportes.com/efd81/conducta.htm>
- Hernandez-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., & Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario: un estudio de caso. *Anales de Psicología*, 30(1), 247–258. doi:10.6018/analesps.30.1.143631
- Hunt, N., & McHale, S. (2007). A practical guide to the e-mail interview. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1415–21. doi:10.1177/1049732307308761
- Ibarra Mendoza, T. X. (2008). El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería Y Humanidades*, XII(24), 94–106.
- Jiménez Rodríguez, M. ^a. L., & Barchino Plata, R. (2011). Evaluación e implantación de un modelo de evaluación de acciones formativas. *Competitividad*, 1–7.
- Jubés B, E., Laso O, E., & Ponce A, A. (2000). Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja. *Librosintinta.com*. Retrieved May 1, 2015, from <http://usr.uvic.cat/pirp1301/files/2013/05/Constructivisme-II.pdf>
- Kalisch, B. J., Weaver, S. J., & Salas, E. (2009). What Does Nursing Teamwork Look Like? A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual*, 24(4), 298–307.
- Kilmann, R. H., & Thomas, K. W. (1977). Developing a forced-choice measure of conflict-handling behavior: The “Mode” instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 37(2), 309–325. doi:10.1177/001316447703700204
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles*. (3^a rev-act.). Barcelona: Gestión 2000.
- Kirkpatrick, D. L. (2001). *Claves para una comunicación eficaz*. Barcelona: Gestión 2000.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13–9. doi:10.1067/mno.2003.4
- Krueger, R. A. (1991). *El Grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Kuhnen, C. M., & Tymula, A. (2012). Feedback, Self-Esteem, and Performance in Organizations. *Management Science*, 58(1), 94–113. doi:10.1287/mnsc.1110.1379
- Laborda, A. (19 de abril de 2015). La recuperación económica llega a los hogares. *El País*, pp. 1–5. Madrid.
- Labra, O. (2013). Positivismo y Constructivismo: Un análisis para la investigación social. *RUMBOS TS*, VII(7), 12–21.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1991). *Desarrollo de organizaciones: diagnóstico y acción*. Wilmington: Addison-Wesley Iberoamericana.
- Lederach, J. P. (1986). *Educar para la paz: objetivo escolar*. Barcelona: Fontamara.

- Lederach, J. P. (2000). *El abecé de la paz y los conflictos: Educar para la paz*. Barcelona: Icaria.
- Lederach, J. P. (2010). *Transformació de conflictes. Petit manual d'ús*. Barcelona: Icaria.
- Leiter, M. P., & Spence Laschinger, H. K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research*, 55(2), 137–46.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 noviembre de 2003; pp 41442-58. (n.d.).
- Ley 5/2012, de 6 de julio, de Mediación en asuntos civiles y mercantiles. Boletín Oficial del Estado nº 162, de 7 julio de 2012; pp. 49224-42. (n.d.).
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119–126.
- Leyva-Moral, J. M. (2008). El silencio entre los profesionales de la salud, un arma de doble filo. *Index de Enfermería*, 17(1), 1–8.
- Leyva-Moral, J. M. (2010). *El climaterio en las mujeres inmigrantes ecuatorianas: una interpretación de la vida cotidiana [tesis doctoral]*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Llorens Gumbau, S. (1997). *Significado y actitudes de la formación continua. Un estudio cualitativo en el sector metal-mecànica. Fòrum de Recerca nº 3*. Castelló.
- López Blanco, J. A., Carbajo Arias, P., Gimenez Maroto, A., Jorge Gallego, M. de, & Camarero Bernabé, C. (2010). *Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025*. Madrid.
- López Rodrigo, M. (2010). Motivació i lideratge. In J. Doltra & C. (Coord. . Bertran (Eds.), *Gestió d'infermeria* (pp. 171–181). Girona: Documenta Universitaria: Universitat de Girona.
- López Rodrigo, M. (2012). Formación continuada en organizaciones sanitarias. Revisión bibliográfica sobre su evaluación. *Rev ROL Enf*, 35(7-8), 502–514.
- López-Silva, P. (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta de Moebio*, (46), 9–25.
- Lusthaus, C. (2002). *Evaluación organizacional: marco para mejorar el desempeño*. Ottawa: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde El Caribe*, 30(1), 123–145.
- Mahtani Chugani, V. (2009). *Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios [tesis doctoral]*. Universidad de la Laguna.
- Mahtani-Chugani, V., Axpe Caballero, M., Serrano Aguilar, P., González Castro, I., & Fernández Vega, E. (2006). *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias*. Madrid: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Plan Nacional para el SNS del MSC.
- Mahtani-Chugani, V., & Sanz-Álvarez, E. (2008). La evaluación cualitativa en la formación médica continuada. *Educación Médica*, 11(2), 77–83.
- Mansilla Izquierdo, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Med Segur Trab*

- (Internet), 57(225), 361–370.
- Martin Martin, J., & Puerto Lopez del Amo, M. (2007). La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto y Gasto Público*, (49), 139–161.
- Martin, H. J. (2010). Workplace climate and peer support as determinants of training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 87–104. doi:10.1002/hrdq.20038
- Martínez González, J. A. (2011). Coaching y Liderazgo. *Contribuciones a La Economía*, (6), 1–15.
- Martinez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 1–39.
- Martinez-Pecino, R., Mundate, L., & J, M. F. (2008). La gestión de conflictos organizacionales por medios extrajudiciales. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 41–48.
- Martínez-Riera, J. R., Sanjuán-Quiles, Á., Luis-Cibanal, J., & Pérez-Mora, M. J. (2011). Roleplaying en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería: valoración de los profesores. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 411–417.
- Maslach, C. (1998). Burnout. In J. M. Stellman & M. McCann (Eds.), *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. doi:10.1146/Annurev.Psych.52.1.397
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mayfield, M., & Mayfield, J. (2011, April 11). Effective performance feedback for learning in organizations and organizational learning. *Development and Learning in Organizations*. Emerald Group Publishing Limited. doi:10.1108/14777281211189128
- Medina Moya, J. L., Jarauta Borrasca, B., & Urquizu Sánchez, C. (2005). Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: un estudio cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*, 23(1), 205–238.
- Medina Moya, J. L., Jarauta Borrasca, B., & Urquizu Sánchez, C. (2006). *Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: un estudio cualitativo*. Barcelona: Publicaciones FODIP. Universitat de Brcelona.
- Mitchell, G. J., & Bournes, D. A. (2011). Desarrollo humano. Rosemarie Rizzo Parse. En M. R. Alligood & A. Marriner-Tomey (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Mokate, K. M. (2000). *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir? (Documento de trabajo)*. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales". Washington D.C. (EEUU).
- Mola Sanna, B., & Igual Ayerbe, B. (2010). La gestión del conflicto en el ámbito de la salud. *Revista ROL de Enfermería*, 33(2), 18–27.
- Mompart García, M. P., & Durán Escribano, M. (2009). *Administración y gestión*. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería.
- Moore, C. (1995). *El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Buenos Aires: Granica.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2008). Reformar la educación, la enseñanza, el pensamiento. *Este País*, (202), 4-9.

- Morrison Valfre, M. (1999). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Madrid etc.: Harcourt Brace.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Munné Tomás, M., & Mac-Cragh Prujá, P. (2006). *Los 10 principios de la cultura de mediación*. Barcelona: Graó.
- Munné, F. (1999). Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 131–144.
- Muñoz-Hernán, Y., & Ramos-Pérez, M. E. (2010). *Guía para el diálogo y la resolución de los conflictos cotidianos*. Bilbao: Fundación Gizagune
- Munuera Gómez, P. (2007). El modelo circular narrativo de Sara Cobb y sus técnicas. *Portularia*, VII(1-2), 85–106.
- Munuera Gómez, P. (2013). Indagación apreciativa, una arquitectura presente a lo largo de la historia del trabajo social. In *Servicio Social. Mutaciones e desafíos*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Nae, E. Y., Moon, H. K., & Choi, B. K. (2015). Seeking feedback but unable to improve work performance? Qualified feedback from trusted supervisors matters. *Career Development International*, 20(1), 81–100. doi:10.1108/CDI-08-2014-0107
- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fraccolli, L. A. (2008). La utilización del concepto “vulnerabilidad” por enfermería. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 16(5).
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Malpica, D. R. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274.
- Novak, J. (1988). Constructivismo humano: un consenso emergente. *Enseñanza de Las Ciencias*, 6(3), 213–223.
- Novel, G. (2008). *Los programas educativos en la resolución de conflictos en el ámbito sanitario: propuesta de un modelo [tesis doctoral]*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Novel, G. (2009). Sistemas de mediación en organizaciones complejas: el caso de la salud. In P. Casanovas, L. Díaz, J. Magre, & M. (Eds. . Poblet (Eds.), *Materiales del Libro Blanco de la Mediación en Cataluña. La mediación: conceptos, ámbitos, perfiles, indicadores (Vol. 1)* (pp. 273–283). Barcelona: Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Novel, G. (2010). *Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido*. Madrid: Reus.
- Novel, G. (2012). *Mediación en salud: un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan*. Madrid: Reus.
- Novel, G. (2013a). Los conflictos en las organizaciones de salud. La mediación como puente de oro para la mejora y el cambio. En E. Vinyamata (Ed.), *Causas, repercusiones y soluciones a los conflictos en las empresas*. Barcelona: UOC.
- Novel, G. (2013b). Sistemas de mediación en organizaciones de salud: un caso de éxito. En R. Castillejo & C. Torrado (Eds.), *La Mediación: Nuevas realidades, nuevos retos* (pp. 651–687). Madrid: La Ley.
- Novel, G. (2014). Construcción de cultura de paz en la universidad de Guayaquil: la

- mediación como recurso para la mejora y el cambio. *Revista Universidad de Guayaquil*, (1019), 17–27.
- Novel, G. et al. (2015). *Unidades de Mediación Sanitaria. Informe de actividad. 2005-2014 [documento interno]*. Barcelona.
- Novel, G., Lluch, M., & Miguel, M. (2003). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson.
- Novel, G., Poch, M., & Davi, S. (2011). La mediación organizacional: Un modelo para la construcción del tercer lado. En: Casanovas P, Magre J, Lauroba ME (Directores). *Libro Blanco de Mediación en Cataluña. Generalitat de Catalunya. Departament de Justicia. Anexo 4*. Barcelona: Huygens Editorial.
- Ortiz, P. (1999). Apuntes teóricos-conceptuales para el diseño de una propuesta metodológica de manejo de conflictos. In *Comunidades y conflictos socioambientales: experiencias y desafíos en América latina* (pp. 7–34). Quito: ABYA-YALA.
- Orue, I., & Calvete, E. (2012). La justificación de la violencia como mediador de la relación entre la exposición a la violencia y la conducta agresiva en infancia. *Psicothema*, 24(1), 42–47.
- Osses Bustingorry, S., Sanchez Tapia, I., & Ibañez Mansilla, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos*, 32(1), 119–133.
- Palomero Pescador, J. E., & Gutierrez Martín, A. (2005). Informe sobre el “XI Congreso de Formación del Profesorado: Europa y calidad docente ¿convergencia o reforma educativa?” Segovia, 17, 18 y 19 de febrero de 2005. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 295–324.
- Palomo Vadillo, M. T. (2013). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo* (8ª ed.). Pozuelo de Alarcón: ESIC.
- París Albert, S. (2005). *La transformación de los conflictos desde la filosofía de la paz [tesis doctoral]*. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I.
- Parra Peñafiel, C. (2008, October 30). *L'aplicació de la musicoteràpia en el col·lectiu de les dones maltractades: dos estudis de cas únic i un exemple de retorn [tesis doctoral]*. Universitat Ramon Llull.
- Pastor Pérez, X., Morillas, J., Peris, C., Moreno, L., & Crespo, A. (2005). *Guía práctica para la gestión de conflictos en el tejido asociativo*. Barcelona: Mediterrània.
- Pastor Seller, E. (2013). La mediación como intervención interdisciplinar: una aproximación a los ámbitos y modelos de mediación en España. *Publicatio UEPG: Ciències Socials Aplicades*. doi:10.5212/PublicatioCi.Soc.v.2111.0001
- Paulero, R. (2011). Alumnos Mediadores. Construyendo la Paz. *Revista Chilena de Derecho Y Ciencia Política*, 2(1), 89–104. doi:10.7770/rchdycp-V1N2-art32
- Payeras Serra, J. (2004). *“Coaching” y liderazgo: para directivos interesados en incrementar sus resultados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Peiró Silla, J. M., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68–82.
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–26. doi:10.1177/0969733011398092
- Perlo, C. L. (2006). Aportes del interaccionismo simbólico a las teorías de la organización. *Invenio: Revista de Investigación Académica*, 9(16), 89–107.
- Pineda Herrero, P. (2007). La formación continua en España: Balance y retos de

- futuro. *RELIEVE*, 13(1), 43–65.
- Pineda Herrero, P., Belvis Pons, E., Duran-Belloch, M. M., & Úcar Martínez, X. (2012). Evaluación de la formación continua en el sector sanitario. Resultados de la formación en uso racional del medicamento. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13(3), 268–289.
- Pineda Herrero, P., & Serramona López, J. (2006). El nuevo modelo de formación continua en España: Balance de un año de cambios. *Revista de Educación*, (341), 705–736.
- Pineda-Herrero, P., Quesada-Pallares, C., Mas, Ò., Espona, B., & Garcia, N. (2012). VET Efficacy: Evaluation of Factors in the Workplace Training. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 1390–1394. doi:10.1016/j.sbspro.2012.05.308
- Pineda-Herrero, P., Quesada, C., & Moreno, V. (2010). The ETF, a new tool for Evaluating Training Transfer in Spain. In *11th International Conference on Human Resource Development in the Era of Global Mobility*. Pécs: University of Pécs.
- Pineda, P., Ciraso, A., & Quesada, C. (2014). ¿Cómo saber si la formación genera resultados?. El modelo FET de evaluación de la transferencia. *Capital Humano*, (292), 74–80.
- Piñuel y Zabala, Iñaki, I. (2004). Mobbing: Un Nuevo reto para la conflictología. En E. Vinyamata (Ed.), *Guerra y paz en el trabajo. Conflictos y conflictología en las organizaciones* (pp. 13–30). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Piñuel y Zabala, I. (2003). *Mobbing: manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso en el trabajo*. Madrid: Santillana.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Prochaska, J., & Prochaska, J. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Sitges.
- Puchol Moreno, L., & Ongallo, C. (2007). *Dirección y gestión de recursos humanos*. Madrid: Díaz de Santos.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Madrid: Espasa.
- Redorta, J. (2007a). *Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación*. Barcelona: Paidós.
- Redorta, J. (2007b). *Entender el conflicto*. Barcelona: Paidós.
- Redorta, J. (2009a). Entorno de los métodos alternativos de solución de conflictos. *Revista de Mediación*, 2(3), 28–37.
- Redorta, J. (2009b). Hacia una definición operativa de mediación. En P. Casanovas, L. Díaz, J. Magre, & M. Poblet (Eds.), *Materiales del Libro Blanco de la Medición en Cataluña. Generalitat de Catalunya* (pp. 227–237). Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Redorta, J. (2012). *No más conflictos: cómo resolver tensiones, diferencias y problemas en las organizaciones*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Redorta, J., Bisquerra Alzina, R., & Obiols Soler, M. (2006). *Emoción y conflicto: aprenda a manejar las emociones*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Rincón Igea, D. del, Arnal Agustín, J., Latorre Beltrán, A., & Sans Martín, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

- Ríos Erazo, M., Moncada Arroyo, L., Llanos Román, G., Santana González, R., & Salinas Gálvez, H. (2009). Perfil psicológico de los estudiantes de 1er año de enfermería: estudio preliminar. *Ciencia Y Enfermería*, XV(1), 99–108.
- Robbins, S. P. (2009). *Comportamiento organizacional* (13ª ed.). México: Pearsons.
- Robson, C. (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*. Oxford: Basil Blackwell.
- Roca Villanueva, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE.
- Roca-Cortés, N. (2001). Cambios en la actividad grupal de las fases de una innovación profesional. *Revista Psicología: Organizações E Trabalho*, 1(1).
- Rodero-Sánchez, V., Acebedo-Urdiales, S., Vives-Relats, C., & Pérez-Gurrea, C. (2006). Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. *Index de Enfermería*, 15(54), 44–47. doi:10.4321/S1132-12962006000200009
- Rogers, C. R. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ross, M. W., Månsson, S.-A., Daneback, K., Cooper, A., & Tikkanen, R. (2005). Biases in internet sexual health samples: comparison of an internet sexuality survey and a national sexual health survey in Sweden. *Social Science & Medicine*, 61(1), 245–52. doi:10.1016/j.socscimed.2005.01.019
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*, 13, 71–78.
- Salmerón, L. (2013). Actividades que promueven la transferencia de los aprendizajes: una revisión de la literatura. *Revista de Educacion*, 2013, Vol. Extra, P. 34-53. doi:10.4438/1988-592X-RE-2013-EXT-253
- Salmurri Trinxet, F., & Skoknic Cvitanic, V. (2003). Control del Estrés Laboral en los Profesores mediante Educación Emocional. *Revista de Psicología*, XII(1), 37–64. doi:10.5354/0719-0581.2003.17378
- Samter, N. (2012). El método de las compraciones constantes. En J. P. Paola, P. M. Danel, & R. Manes (Eds.), *2ª Jornadas de trabajo social en el campo gerontológico. Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico*.
- Sanchez de la Yncera, I. (1991). Interdependencia y comunicación. Notas para leer a GH Mead. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (55), 133–164.
- Sánchez-Henarejos, A., Fernández-Alemán, J. L., Toval, A., Hernández-Hernández, I., Sánchez-García, A. B., & Carrillo De Gea, J. M. (2014). Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. *Atencion Primaria*, 46(4), 214–222. doi:10.1016/j.aprim.2013.10.008
- Sandin Esteban, M. P. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18(1), 223–242.
- Sandin Esteban, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid etc.: McGraw-Hill.
- Sandoval Moya, J. (2010). Construccinismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. *Rev. Mad.*, (23), 31–37.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Schwandt, T. A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry: Interpretivism, hermeneutics and social constructionism. En N. K. Denzin & Y. S.

- Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 189–213). Thousands Oaks, Calif. [etc.]: Sage.
- Serrano Gil, A., Tejedor Muñoz, L., & Ayuso Murillo, D. (2013). *Gestión de recursos humanos en enfermería: un análisis interdisciplinar*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sherrill, J. A. (2009). Ethics for Lawyers Representing Clients in Mediations. *Am. J. Mediation*, 20-27.
- Silva, C., & Martínez, M. L. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *PSYKHE*, 13(2), 29–39.
- Slatten, L. A., David Carson, K., & Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: what managers should know. *The Health Care Manager*, 30(4), 325–33. doi:10.1097/HCM.0b013e31823511f7
- Smidt, A., Balandin, S., Sigafos, J., & Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 266–74. doi:10.1080/13668250903093125
- Sora Miana, B., Caballer, A., & Peiró Silla, J. M. (2014). La inseguridad laboral y sus consecuencias en un contexto de crisis económica. *Papeles Del Psicólogo*, 35(1), 15–21.
- Storch, J. L., & Kenny, N. (2007). Shared moral work of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 14(4), 478–91. doi:10.1177/0969733007077882
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Suares, M. (2004). *Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Subirana Vilanova, M., & Cooperrider, D. (2013). *Indagación apreciativa. Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones: inspirémonos para diseñar nuestro futuro*. Barcelona: Kairós.
- Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*, 5(5), 1–10.
- Tardivo, G., & Fernández Fernández, M. (2014). El interaccionismo simbólico en Italia y España. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (18), 45–63.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Tazón Ansola, M. P., García Campayo, J., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2000). *Relación y comunicación*. Madrid: Ediciones DAE.
- Tejada Fernandez, J., & Ferrandez Lafuente, E. (2012). El impacto de la formación continua: claves y problemáticas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 58(3), 1–14.
- Tejada Fernández, J., & Ferrandez Lafuente, E. (2007). La evaluación del impacto de la formación como estrategia de mejora en las organizaciones. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 9(2), 219–233.
- Tejada Fernández, J., Ferrández Lafuente, E., Jurado de los Santos, P., Mas Torelló, O., Navío Gámez, A., & Ruiz Bueno, C. (2008). Implicaciones de la evaluación de impacto: una experiencia en un programa de formación de formadores. *Bordón*, 60(1), 163–185.
- Tello Bernabé, M. E., Izquierdo-Palomares, J. M., Aguado Arroyo, O., & Ferrer Arnedo, C. (2011). El quién, cómo y dónde de la formación continuada de un área de salud.

- Tenías, J., Mayordomo, C., Benavent, M., San Felix Micó, M., García Esparza, M., & Antonio Oriola, R. (2009). Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. *Rev Calidad Asistencial*, 24(1), 20 de enero de 2012–36–41.
- Topa Cantisano, G., Depolo, M., & Morales Domínguez, Jf. (2007). Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*, 19(1), 88–94.
- Topa, G., Moriano, J. A., & Morales, J. F. (2009). Acoso laboral entre profesionales de enfermería: El papel protector de la identidad social en el trabajo. *Anales de Psicología*, 25(2), 266–276.
- Torralla, F. (2006). *L'Art de saber escoltar*. Lleida: Pagès editors.
- Torres, V. H. (1999). Pauta para el manejo de conflictos. Una perspectiva metodológica. En *Comunidades y conflictos socioambientales: experiencias y desafíos en América latina* (pp. 161–166). Quito: ABYA-YALA.
- Trinidad Requena, A., Carrero Planes, V., & Soriano Miras, R. M. (2006). *Teoría fundamentada “grounded theory”: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Uribe-Tirado, A., & Pinto Molina, M. (2013). La incorporación de la alfabetización informacional en las bibliotecas universitarias iberoamericanas. Análisis comparativo a partir de la información de sus sitios web. *Anales de Documentación*, 16(2), 1–17.
- Ury, W. (2000). *Alcanzar la paz: diez caminos para resolver conflictos en la casa, el trabajo y el mundo*. Buenos Aires: Paidós.
- Vall Rius, A. (2004). Los conflictos en las organizaciones. En E. Vinyamata (Ed.), *Guerra y paz en el trabajo. Conflictos y conflictología en las organizaciones* (pp. 175–201). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Valles Martínez, M. S. (1993). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Valles Martínez, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas* (Vol. 32). Madrid: CIS.
- Valles Martínez, M. S. (2009). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Editorial.
- Valls Calvet F. (2012). En *Novel G. Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido* (pp. 1). Madrid: Reus.
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2175–85.
- Van den Bossche, P., Segers, M., & Jansen, N. (2010). Transfer of training: The role of feedback in supportive social networks. *International Journal of Training and Development*. doi:10.1111/j.1468-2419.2010.00343.x
- Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Calidad En La Educación Superior*, 3(1), 119–139.
- Ventura Victoria, J. (2008). *Análisis estratégico de la empresa*. Madrid: Paraninfo.
- Vilalta, A. E., & Pérez Martell, R. (2012). Overview of the New Normative on Mediation in Spain. *Am. J. Mediation*.

- Villarreal Solís, M. D., Villarreal Solís, F. M., & Briones Salinas, E. E. (2012). Diagnóstico de la Cultura Organizacional en un Hospital de Zona en Durango. *Conciencia Tecnológica*, (44).
- Vinyamata, E. (1999). *Manual de Prevención y Resolución de Conflictos, Conciliación, Mediación y Negociación*. Barcelona: Ariel.
- Vinyamata, E. (2005). *Conflictología. Curso de Resolución de conflictos*. Ariel. Barcelona: Ariel.
- Vinyamata, E. (2009). La conflictología, otra manera de comprender y mediar los conflictos. En P. Casanovas, L. Díaz, J. Magre, & M. Poblet (Eds.), *Materiales del Libro blanco de la mediación en Cataluña* (pp. 239–47). Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Vinyamata, E. (2013). Els costos del conflicte. In *Causes, repercussions i possibles solucions dels conflictes en les empreses*. Barcelona: UOC. Quaderns de l'Escola de Cooperació.
- Wang, G. G., & Wilcox, D. (2006, November 1). Training Evaluation: Knowing more than is practiced. *Advances in Developing Human Resources*. doi:10.1177/1523422306293007
- Watzlawick, P. (1990). *La Realidad inventada: ¿cómo sabemos lo que creemos saber?* Barcelona: Gedisa.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Whatling, T. (2013). *Mediación: habilidades y estrategias. Guía práctica*. Madrid: Narcea.
- Williams, R. L. (2007). *¿Qué tal lo hago?: los secretos del feedback*. Barcelona: Alienta.
- Womble, D. M. (2012). *Introducción a la enfermería de la salud mental* (2ª ed., Vol. 2a). Barcelona: Wolters Kluwer.
- Xu, L., & Song, R. (2013). Development and validation of the work-family-school role conflicts and role-related social support scales among registered nurses with multiple roles. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1391–8. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.003
- Ybema, J. F., Smulders, P. G. W., & Bongers, P. M. (2010). Antecedents and consequences of employee absenteeism: A longitudinal perspective on the role of job satisfaction and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(1), 102–124. doi:10.1080/13594320902793691
- Zabalza Beraza, M. A. (2001). *Calidad en la educación infantil*. Madrid: Narcea.
- Zaidam, D. (2013). El diálogo apreciativo en el proceso comunitario intercultural. Madrid. Disponible: https://www.uam.es/otroscentros/imes/docs/publi/colaboradores/publi_Dzaidam_2013.pdf
- Zambrano Plata, G. E. (2009). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*, 6(1), 156–169.

ANEXOS

ANEXO 1: GUIÓN PRIMERA ENTREVISTA

Codificació (1a recollida-maig10): _____

Data resposta:

Nom / alies:

Titulació acadèmica:

Sexe:

Dona

Home

Edat:

<26

26-
30

31-
35

36-
40

41-
45

46-
50

>
50

Institució:

Servei:

Càrrec:

Número de persones que integren el teu equip (inclòs tu):

1. Quins van ser els teus motius per realitzar el curs? (*fa referència a per a què i per què volies fer el curs*)

Grau de voluntarietat? (*es refereix a si ha sigut a demanda teva o a proposta d'un comandament*)

2. En relació a les teves expectatives personals i professionals davant el curs, desenvolupa quan satisfet/eta et sents (*referit a que esperaves aconseguir*)

3. Quina ha estat la teva satisfacció final del curs en relació al que esperaves a nivell personal i professional? (*que n'has obtingut*)

4. Quines altres qüestions afegiries que no han quedat reflectides en les preguntes anteriors?

Cadascuna de les preguntes 1, 2, 3, 4, ha de tenir, mínim, entre 10 i 15 línies.

No emplenar l'espai per la codificació.
Moltes gràcies per la teva col·laboració.
ML-10/1r/maig10

ANEXO 2: GUIÓN SEGUNDA ENTREVISTA

Codificació (2n recollida-Juny10): _____

Data resposta:	Nom / alies:
----------------	--------------

Consisteix en fer un escrit en forma de narrativa, més semblant a escriure un diari que no a respondre un qüestionari.

Aquesta segona recollida de dades em permetrà conèixer la percepció que tens de les competències adquirides.

Consta de 4 preguntes:

1. Com veus el nou coneixement adquirit? T'has plantejat o has modificat actituds ?
2. Com ha millorat el coneixement que tenies de les habilitats per a la gestió de conflictes?
3. Quins factors consideres han pogut incidir, positiu o negatiu, en el teu aprenentatge tant a nivell personal com professional?
4. Quines altres qüestions afegiries que no han quedat reflectides en les preguntes anteriors?

Cadascuna de les preguntes ha de tenir, mínim, entre 10 i 15 línies.

*No emplenar l'espai per la codificació.
Moltes gràcies per la teva col·laboració.
ML-10/2n/juny10*

ANEXO 3: GUIÓN TERCERA ENTREVISTA

Codificació (3r recollida Novembre10) _____

Data resposta:	Nom / alies:
----------------	--------------

Consisteix en fer un escrit en forma de narrativa, més semblant a escriure un diari que no a respondre un qüestionari.

Aquesta tercera recollida de dades em permetrà conèixer la percepció que tens de la transferència de les competències i els canvis introduïts com a conseqüència de la formació rebuda.

Consta de 4 preguntes:

1. Explica un canvi que vas introduir en el teu servei o organització i que en l'actualitat es manté. Que has fet per tal de mantenir-lo?
2. Explica un canvi que volguessis introduir i, hores d'ara, encara no l'hagis pogut implementar. Què ha dificultat la seva posta en marxa?
3. Podries donar-me la teva opinió sobre: "Per mantenir els canvis cal la realització periòdica de sessions de reforç, assessorament i compartir estratègies"
4. Quines altres qüestions afegiries que no han quedat reflectides en les preguntes anteriors?

Cadascuna de les preguntes ha de tenir, mínim, entre 10 i 15 línies.

*No emplenar l'espai per la codificació.
Moltes gràcies per la teva col·laboració
ML-10/3r/nov10*

ANEXO 4: GUIÓN CUARTA ENTREVISTA

Codificació (4r recollida-Gener12)

Data resposta: Gener 2012	Nom / alies:
---------------------------	--------------

Consisteix en fer un escrit en forma de narrativa, més semblant a escriure un diari que no a respondre un qüestionari.

Aquesta quarta recollida de dades em permetrà conèixer la teva percepció sobre la sostenibilitat dels canvis introduïts com a conseqüència de la formació rebuda.

Consta de 4 preguntes:

Des de la tercera i última recollida de dades (*Novembre 2010*),

1. Els canvis que vas poder aplicar i posar en marxa, a nivell professional, s'han mantingut? Què t'ha proporcionat l'organització per tal que els hakis pogut mantenir?
2. Els canvis que vas poder aplicar i posar en marxa, a nivell personal, els has mantingut? Què has canviat per tal de poder mantenir-los?
3. En el cas que els canvis no s'hagin mantingut, quins creus que han estat els factors vinculats a l'organització per portar-ho a terme?
4. Quines altres qüestions afegiries que no han quedat reflectides en les preguntes anteriors?

Cadascuna de les preguntes ha de tenir, mínim, entre 10 i 15 línies.

*No emplenar l'espai per la codificació.
Moltes gràcies per la teva col·laboració.
ML-12/4rt/gener12*

ANEXO 5: GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN

TEMAS A DESARROLLAR

1. Importancia de la formación continuada
 - 1.1. *¿Cómo creéis que la formación continuada influye en la mejora del desarrollo profesional?*
 - 1.2. *¿Cómo creéis que os ha influido, a nivel personal y profesional, la formación en habilidades mediadoras realizada?*

2. Cambios consecuentes a la formación en habilidades mediadoras
 - 2.1. *¿Cómo ha cambiado vuestra vida personal y profesional después de la realización del curso en habilidades mediadoras? ¿Habéis implementado cambios consecuentes a las competencias adquiridas? ¿Cómo los habéis mantenido?*
 - 2.2. *¿En qué os ha ayudado la organización para que se mantengan los cambios?. Si no se han mantenido ¿qué factores vinculados a la organización lo han impedido?*

3. Actividades formativas de refuerzo
 - 3.1. *¿Cómo consideráis que influyen las actividades formativas de refuerzo en relación a la transferencia y sostenibilidad de las intervenciones implementadas?*
 - 3.2. *¿Cómo ha influido vuestra motivación para la implementación y mantenimiento de estrategias mediadoras?*

4. La recesión económica
 - 4.1. *¿Cómo veis el tema de la recesión económica en cuanto a la implementación y sostenibilidad de proyectos relacionados con la mediación? ¿Se han dejado de lado proyectos iniciados como el de la mediación inter pares entre otros?*
 - 4.2. *En general, ¿cómo se está viviendo en tu organización el tema de la crisis económica?*

5. *¿Hay algún otro tema que no hayamos tocado y del cual queráis añadir comentarios?*

ANEXO 6: GUIÓN ENTREVISTA CARA A CARA

TEMAS POSIBLES A DESARROLLAR

1. Implementación del proyecto de mediación inter pares
 - 1.1. *¿Cómo está el tema de la implementación del proyecto de mediación inter pares en tu centro?*
 - 1.2. *¿Qué piensas de las funciones que desarrollan las unidades de mediación y los mediadores inter pares?*
 - 1.3. *Actualmente, ¿cuál es tu rol en el proyecto?*
 - 1.4. *¿Cómo valoras globalmente el desarrollo del proyecto?*

2. Efectos de la recesión económica sobre el proyecto
 - 1.1. *En relación al proyecto, ¿has notado los efectos de la crisis económica?*

3. A nivel personal, implementación y mantenimiento de las estrategias
 - 3.1. *A nivel personal y fuera del marco del programa de mediación inter pares ¿cómo estás aplicando las estrategias adquiridas?*
 - 3.2. *¿Qué recursos se han destinado al mantenimiento de las estrategias?*
 - 3.3. *A tal fin, ¿qué tipo de formación se ha programado y realizado tanto a nivel teórico como práctico?*

ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste individualmente o en grupo y grabe dicha entrevista la Sra. Marta López Rodrigo, Profesora de la Escuela de Enfermería del Mar (Universitat Pompeu Fabra).

Entiendo que esta actividad, formará parte de una investigación centrada en el estudio de la transferencia y sostenibilidad de un programa formativo en habilidades mediadoras para la mejora de las organizaciones sanitarias desde la perspectiva de los participantes, en el que participaré.

He aceptado libremente dichas entrevistas, habiendo sido informado/a de su finalidad, métodos y características. Se me ha notificado que es absolutamente voluntaria y que incluso aún después de iniciada, puedo rehusar a responder a cualquiera pregunta o darla por terminada en cualquier momento y que ninguna persona ajena a la investigación podrá acceder a estos datos ni divulgarlos.

Este estudio contribuirá a la comprensión de la vivencia personal de los participantes en la citada formación en cuanto a la satisfacción obtenida, a los aprendizajes realizados, a la posibilidad de transferencia a las situaciones laborales y a la sostenibilidad de los cambios generados.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados, si los solicito, y que la Sra. Marta López Rodrigo es la persona de contacto en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio.

Acepto que dicha entrevista, sea grabada en vídeo y/o grabadora de voz y utilizada como material de la investigación que está realizando la Sra. Marta López Rodrigo, así como con fines docentes y/o de investigación en el futuro.

Fecha _____

Nombre y Firma de la persona entrevistada _____

DNI: _____

Nombre y Firma de la entrevistadora _____

DNI: _____