

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Análisis comparado de la percepción de competencias en estudiantes de enfermería en relación con el entorno en Andalucía occidental y el Algarve portugués

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Piedras Alba Gómez Beltrán

Fecha de lectura: 18 de julio de 2017

Bajo la dirección de las doctoras:

María Isabel Mariscal Crespo

Rafaela Camacho Bejarano

Huelva, 2017



ANÁLISIS COMPARADO DE LA PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL ENTORNO EN ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EL ALGARVE PORTUGUÉS



TESIS DOCTORAL

2017

PIEDRAS ALBA GÓMEZ BELTRÁN

Directoras:

Dra. M^a Isabel Mariscal Crespo

Dra. Rafaela Camacho Bejarano



Universidad
de Huelva

Departamento de Enfermería
Universidad de Huelva



Departamento de Enfermería

**ANÁLISIS COMPARADO DE LA PERCEPCIÓN DE
COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE
ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL ENTORNO EN
ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EL ALGARVE
PORTUGUÉS**

TESIS DOCTORAL

Memoria para optar al grado de doctora presentado por:

Piedras Albas Gómez Beltrán

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Universidad de Huelva

Directoras:

Dra. Dña. María Isabel Mariscal Crespo

Dra. Dña. Rafaela Camacho Bejarano

Huelva, 2017

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto me ha ayudado a evolucionar y a crecer en muchos sentidos de mi vida, y ha sido posible gracias a la ayuda inestimable de las personas que me rodean. He sentido sus muestras de afecto, cariño, comprensión, confianza y apoyo en todo momento convirtiéndose en la energía necesaria para hacerlo realidad.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis directoras de tesis todos sus esfuerzos por hacer posible que me encuentre hoy aquí. A la Doctora Maribel Mariscal Crespo por su paciencia a lo largo de todo el proceso, por su ánimo constante, sus observaciones precisas y acertadas. Siempre cercana y comprensiva. Estar a su lado, ha sido todo un privilegio, he comprobado que la Enfermería crece y se desarrolla porque hay personas como ella que la enriquecen a diario con sus aportaciones y entusiasmo.

A la Doctora Rafaela Camacho, que cada día me demuestra la persona tan completa que es, tanto a nivel personal como profesional, en cualquiera de sus facetas: enfermera, profesora, amiga, compañera. Ha sido paciente, comprensiva, facilitadora, respetuosa y he de agradecerle su apoyo incondicional en todo momento, teniendo siempre una palabra de aliento en los momentos de mayor debilidad, ofreciendo siempre luz en un camino a veces oscuro y difícil, su optimismo y profesionalidad han sido básicos para el desarrollo de esta tesis.

Será difícil olvidar todo lo aprendido y vivido junto a mis dos directoras, que forman un gran equipo del cual me siento orgullosa de haber formado parte.

Me gustaría agradecer a todos los profesores de la Facultad de Enfermería su apoyo y disponibilidad en todo momento, gracias a Paco Mena, Lola Merino,

María García, Ángela Ortega, Ana Abreu, Margarita Rodríguez, Begoña García por vuestra disponibilidad que han hecho que todo sea más fácil.

A todos los profesionales que han colaborado conmigo durante mi estancia en Portugal, demostrando una gran profesionalidad y hospitalidad, haciéndome sentir en todo momento como en casa, dejando abierta una puerta para continuar con nuevas investigaciones.

No puedo olvidar a mis compañeros del mundo asistencial: Gema, Sonia, Auxy, Ana Bella, Juan Carlos, Felipe, Rosa, Cinta, Pilar y todos los que compartís mi día a día en la Unidad de Nefrología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva que no han dudado en prestar su ayuda en cuanto lo he solicitado. Son muchos años trabajando con ellos, de nuevo, vuelvo a comprobar que somos una pequeña familia unida y preocupada por cada uno de sus miembros que se esfuerzan para ofrecer los mejores cuidados a nuestros pacientes.

Un agradecimiento muy especial a mi compañera Eli que ha sabido soportar mis momentos de flaqueza, transmitiendo su energía con palabras de ánimo.

Gracias a mi madre, por su inestimable ayuda durante todo este tiempo, a mi hermano y cuñados con sus palabras de aliento y su confianza ciega.

A Sebastián, mi marido y amigo, que ha permanecido a mi lado en todo momento y a mis hijos Daniel y Alba, los pilares que dan sentido a mi vida, ellos han soportado todo el estrés acumulado durante estos años con su amor, comprensión y estímulo continuo que me ha servido para superar y crecer frente a las dificultades.

ÍNDICE

Resumen.....	IX
1 MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 DESARROLLO ACADÉMICO Y PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA.....	3
1.1.1 Antecedentes históricos: evolución de la profesión enfermera.....	5
1.1.1.1 El origen de los cuidados	5
1.1.1.2 El nacimiento de la profesión enfermera en España.....	8
1.1.1.3 La Enfermería en España durante el Siglo XX.....	9
1.1.1.4 Transición de los Estudios de Enfermería a la Universidad	13
1.1.2 La Formación Enfermera Contemporánea.....	18
1.1.2.1 Convergencia Europea	19
1.1.2.2 Proyecto Tuning.....	24
1.1.2.3 Adaptación de los estudios universitarios al espacio europeo de educación superior en España	26
1.1.3 La Formación del Grado en Enfermería.....	33
1.1.3.1 Estructura curricular del Grado	34
1.1.3.2 Vías de acceso al Grado de Enfermería	41
1.1.3.3 Estructura curricular del Grado	43
1.1.3.4 Competencias de los Graduados en Enfermería.....	43
1.1.3.5 Adquisición de competencias clínicas.....	48
1.1.4 Formación de posgrado en Enfermería.....	51
1.1.4.1 Visión Internacional de la Formación Posgrado.....	51
1.1.4.2 Posgrado de Enfermería en España.....	52
1.1.4.3 Máster en Enfermería.....	53
1.1.4.4 Especialidades en Enfermería	54
1.1.4.5 Doctorado en Enfermería	59
1.1.4.6 Posdoctorado en Enfermería	62
1.2 COMPETENCIAS.....	65
1.2.1 Concepto y Naturaleza de las Competencias.....	67

1.2.1.1	Competencias en la Educación.....	77
1.2.1.2	Competencias profesionales Sanitarias	79
1.2.2	La Competencia y sus Componentes	82
1.2.3	Clasificación de Competencias	85
1.2.3.1	Clasificación de las Competencias en el Ámbito Académico.	86
1.2.3.2	Clasificación de las Competencias en el Ámbito Laboral	90
1.2.4	Evaluación de las Competencias	93
1.2.5	Tipos de Evaluación según su Finalidad.....	99
1.2.5.1	La Evaluación como elemento del proceso de Enseñanza- Aprendizaje	100
1.2.5.2	Instrumentos para la Evaluación de Competencias.....	102
1.2.5.3	Evaluación de Competencias Clínicas.....	107
1.2.6	Práctica progresiva Enfermera.....	110
1.2.6.1	Modelo de referencia en la Práctica Progresiva: Patricia Benner	111
1.2.7	Niveles Competenciales Académicos	122
1.2.8	Gestión basada en Competencias.....	123
1.2.9	Investigaciones sobre la percepción de las Competencias en estudiantes de Enfermería	127
1.3	EL ENTORNO	131
1.3.1	Entorno de trabajo Profesional.....	133
1.3.1.1	Instrumentos de medida del entorno de la Práctica Enfermera.....	147
1.3.2	El aprendizaje teórico-práctico en el Grado en Enfermería.	153
1.3.2.1	El Practicum	153
1.3.2.2	Adquisición de Competencias a través del Practicum	157
1.3.2.3	Percepciones de los estudiantes sobre la Práctica Clínica	160
1.3.2.4	Figura del tutor clínico.....	163

2	EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN	169
2.2	OBJETIVOS	171
2.2.1	General.....	173
2.2.2	Objetivos Específicos	173
2.3	HIPÓTESIS.....	175
2.4	METODOLOGÍA.....	179
2.4.1	Diseño del Estudio	181
2.4.2	Población y Ámbito de Estudio	181
2.4.3	Recogida de datos.....	182
2.4.4	Criterios de Inclusión	183
2.4.5	Criterios de Exclusión.....	183
2.4.6	Variables e Instrumentos.....	183
2.4.6.1	Variables Socio-demográficas y Académicas	183
2.4.6.2	Variable Competencia Enfermera.....	185
2.4.6.3	Variable Entorno.....	189
2.4.7	ANÁLISIS DE DATOS	191
2.4.8	Consideraciones Éticas	193
3	INFORME DE RESULTADOS.....	195
3.1	Consistencia interna de la “Nurse Competence Scale”	197
3.1.1	Consistencia interna de la “Nurse Competence Scale” por universidades.....	199
3.2	Consistencia interna de la Practice environment Scale of the Nursing Working Index	201
3.2.1	Fiabilidad por Factores.....	202
3.2.2	Valores de los factores según la Universidad.....	207
3.2.3	Estadísticos descriptivos de las dimensiones del PES-NWI.....	209
3.3	Análisis Factorial Exploratorio	209
3.3.1	Percepción de Nivel de Competencias.....	210
3.3.2	Percepción de las Competencias por universidades.	212
3.3.3	Frecuencia de utilización	213

3.3.4	Cuestionario entorno: PES-NWI.....	215
3.3.5	Análisis por universidades.....	216
3.4	Análisis descriptivo	218
3.4.1	Descripción de las variables socioacadémicas	218
3.5	Descripción del nivel de competencias.....	227
3.5.1	Valores de las subescalas: estadísticos descriptivos	227
3.5.2	Nivel de Percepción de la Nurse Competence Scale.	233
3.5.3	Descripción de la frecuencia de utilización de la Nurse Competece Scale.....	249
3.6	Características del entorno	254
3.7	Análisis correlacional	266
3.7.1	Relación entre el nivel de percepción de competencia y la frecuencia de utilización	266
3.7.2	Factores del entorno que influyen en la percepción de competencias global.....	267
3.7.3	Factores del entorno que influyen en la percepción de competencias por universidades	269
3.7.4	Factores del entorno que influyen en la adquisición de competencias para universidades Huelva y Sevilla.....	274
3.7.5	Factores del entorno que influyen en la implementación de Competencias	275
3.7.6	Relación entre el nivel de competencia según universidades	276
3.8	Relación entre el nivel de competencia y las variables sociodemográficas y académicas.	279
4	DISCUSIÓN.....	283
4.1	Consistencia Interna y Análisis Factorial de la “Escala de Percepción de Competencias” y del PES-NWI	285
4.2	Perfil sociodemográfico y académico	288
4.3	Percepción del Nivel de Competencias	291
4.4	Descripción de la Frecuencia de Utilización.....	296

4.5	Descripción del entorno	297
4.6	Relación entre el Nivel de Percepción de Competencia y Frecuencia de Utilización.....	300
4.7	Relación entre el nivel de percepción de competencias y el entorno	301
4.8	Relación entre Frecuencia de Utilización y Entorno.	301
4.9	Relación entre el Nivel de Competencia y las diferentes Universidades.....	302
4.10	Relación entre el Nivel de Competencias y las Variables Sociodemográficas y Académicas	302
5	CONCLUSIONES.....	305
6	FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.....	311
7	BIBLIOGRAFÍA	315
8	Índice de Tablas	347
9	Índice de Gráficos	353
10	Anexos.....	357
10.1	Consentimiento Informado - España	359
10.2	Consentimiento Informado – Portugal.....	361
10.3	Cuestionario de variables socioacadémica. Versión Española	363
10.4	Escala de Competencia Enfermera – Versión Española.....	365
10.5	Questionário Sociodemográfico – Versao Portuguesa	375
10.6	Escala de Competências do Enfermeiro (Versao Protuguesa)	377
10.7	CUESTIONARIO DEL ENTORNO PES-NWI	381

Resumen



ANÁLISIS COMPARADO DE LA PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL ENTORNO EN ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EL ALGARVE PORTUGUÉS

Introducción: Con la implantación en Educación del Espacio Europeo de Educación Superior, se introdujo el término de competencias como nexo de unión entre los diferentes sistemas educativos de los países que lo integran para facilitar la comparabilidad y compatibilidad, respetando la diversidad. Es fundamental definir correctamente el término para poder evaluarlo. En el Grado de Enfermería, las competencias en prácticas clínicas adquieren un peso importante dentro del currículum convirtiéndose en piedra angular para un aprendizaje de calidad.

El ámbito sanitario donde se desarrollan las prácticas, se convierte en elemento básico para el completo desarrollo del aprendizaje ya que los estudiantes necesitan un adecuado entorno que les permita aplicar sus conocimientos, destrezas y habilidades, siempre teniendo como referente a un profesional sanitario que lo estimule, motive y oriente en todo el proceso.

Es importante conocer la percepción del nivel de competencias de los estudiantes y cómo el entorno les influye en su grado de implementación, puesto que de ello dependerá el futuro desempeño profesional.

Objetivo: Analizar la percepción e implementación de competencias en los estudiantes del Grado en Enfermería en el último período de su formación en relación con el entorno práctico clínico en Andalucía Occidental y el Algarve Portugués.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo, prospectivo. La población de estudio estaba compuesta por todos los estudiantes de Grado en Enfermería de las universidades de Huelva, Sevilla y Algarve portugués, en el período comprendido entre 2014 y 2017 y la muestra por todos los estudiantes que durante este período se encontraban cursando el último curso. Para la recogida

de datos se utilizó la combinación de dos instrumentos previamente validados con alto grado de fiabilidad, *La Nurse Competence Scale*, (NCS), para medir la percepción de competencias que relacionan rol de ayuda del paciente, entrenamiento, funciones de diagnóstico, gestión de situaciones, intervenciones terapéuticas, garantía de calidad y rol de trabajo. Para evaluar el entorno el *Nursing Working Index* (PES-NWI) que mide a calidad del cuidado, liderazgo y gestión, recursos y reconocimiento, participación profesional y relaciones de práctica conjunta.

Resultados: La fiabilidad de los instrumentos se evaluó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach que mostró unos resultados satisfactorios en ambas escalas a nivel global, para la NCS (α : 0.97 en percepción y α : 0.75 en implementación) y para el cuestionario PES-NWI (α : 0.94).

El nivel global de competencias percibido por los estudiantes es bueno (70.97; VAS: 0-100). Las dimensiones que reciben una autoevaluación más elevada son *Rol de Ayuda*, *Rol de Trabajo* y *Función Diagnóstico* y fueron *Garantía de Calidad*, *Intervenciones Terapéuticas* y *Enseñanza entrenamiento* las que recibieron un nivel de percepción menor. La valoración del entorno es buena, destacando *Gestión* y *Liderazgo* como más positiva y la percepción más negativa sobre *Reconocimiento* y *Recursos*. Se demuestra la existencia de relación significativa entre percepción e implementación de competencias. La influencia del entorno es significativa especialmente en la implementación de competencias.

Conclusiones: Los estudiantes perciben positivamente su nivel de adquisición de competencias e implementación en la práctica clínica lo que se ve influenciado por el entorno de trabajo, que es valorado como positivo y donde los profesionales se convierten en sus referentes.

Descriptor: Competencias, entorno, estudiantes, Grado en Enfermería, prácticas clínicas, aprendizaje, Nurse Competence Scale, PES-NWI

Abstract

Introduction: With the implementation of the European Higher Education Area in Education, the term competences was introduced as a link between the different education systems of the countries that make it up to facilitate comparability and compatibility, respecting diversity. It is essential to correctly define the term to be able to evaluate it. In the Degree of Nursing, the competences in clinical practices acquire an important weight within the curriculum becoming a cornerstone for a quality learning.

The health area where the practices are developed becomes a basic element for the complete development of learning since students need an adequate environment that allows them to apply their knowledge, skills and abilities, always having as reference to a health professional that stimulates, motivates and guides the whole process.

It is important to know the perception of the level of competences of the students and how the environment influences them in their degree of implementation, since that will depend the future professional performance.

Objective: To analyze the perception and implementation of competences in Nursing students in the last period of their training in relation to the practical clinical environment in Western Andalusia and the Portuguese Algarve.

Methodology: An observational, descriptive, transversal, quantitative, prospective study was carried out. The study population was made up of all Nursing students from the universities of Huelva, Sevilla and the Portuguese Algarve, within the period from 2014 to 2017 and the sample by all the students who during this period were studying the last course. For the data collection, a combination of two previously validated instruments with a high degree of reliability were used. The Nurse Competence Scale (NCS), was used to measure the perception of competencies that relate patient support role, training, diagnostic functions, management Of situations, therapeutic interventions, quality assurance and work role. To evaluate the environment, the Practice Environment Scale: Nursing Working Index (PES-NWI) measures quality of care,

leadership and management, resources and recognition, professional participation and joint practice relationships.

Results: The reliability of the instruments was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, which showed satisfactory results in both scales at global level, for NCS (α : 0.97 in perception and α : 0.75 in implants) and for PES- NWI (α : 0.94).

The overall level of competence perceived by students is good (70.97; VAS: 0-100). The dimensions that receive a higher self-assessment are "Role of Assistance", "Role of Work" and "Function of Diagnosis" and "Quality Assurance", "Therapeutic Interventions" and "Training Training" were those that received a lower level of perception. The environment assessment tool is good, highlighting "Management and Leadership" as more positive and the most negative perception about "Recognition and Resources". It demonstrates the existence of a significant relationship between perception and implementation of competencies. The influence of the environment is significant especially in the implementation of competencies.

Conclusions: Students perceive positively their level of competence acquisition and implementation in clinical practice which is influenced by the work environment, which is valued as positive and where professionals become their referents.

Keywords: Skills, environment, students, Nursing degree, clinical practice, learning, nurse competence scale, PES-NWI

1 MARCO TEÓRICO

1.1 DESARROLLO ACADÉMICO Y PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

1.1.1 Antecedentes históricos: evolución de la profesión enfermera

Desde sus inicios en la edad antigua, la Enfermería ha ido sufriendo cambios en cuanto a las formas de proyección e impacto profesional y social como consecuencia de las distintas definiciones que se le han concedido. Sin embargo, hay que reconocer la influencia y peso a la hora de dar respuesta tanto a la demanda de salud y vida de la persona como a la de los diferentes colectivos humanos implicados. Por tanto, para entender la situación actual de esta profesión en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos, es necesario analizar su evolución a lo largo del tiempo, tal y como expone (Santiago, 2009): “es necesario estudiar el pasado, ponderar el presente para así, construir el futuro”. De hecho, los cuidados que aportan los profesionales de Enfermería y cómo se han proporcionado, ha ido evolucionando en función de múltiples factores que han sido diferentes en cada momento histórico y que han estado condicionados por la percepción de la salud-enfermedad del momento.

1.1.1.1 El origen de los cuidados

En sus inicios, la Enfermería no se entendía como profesión sino como “prácticas cuidadoras”, puesto que se llevaban a cabo los cuidados más elementales relacionados principalmente con la supervivencia. Estos cuidados se entendían como aquellos que resultan esenciales para la continuidad de la especie, de naturaleza puramente doméstica, con raíces en el mantenimiento del hogar y la vida comunal (Santiago, 2009). Y es la mujer, quien, a partir de las propias experiencias de su cuerpo, de saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación como única formación recibida, asume el rol de cuidadora, siendo la encargada de satisfacer las necesidades básicas dentro del plano familiar.

No fue hasta finales del siglo XIX y, sobre todo, hasta el siglo XX, cuando la Enfermería adquiere mayor estabilidad, gracias al desarrollo de programas formativos que le proporcionan un cuerpo propio de conocimientos teóricos. Así pues, se ha caracterizado desde siempre por requerir conocimientos y habilidades específicas, hecho por el cual, han sido reconocidas las personas que la practicaban, tal como expone Francisco del Rey (2008) citando a (Hernández-Conesa, 1995; Siles, 1999).

A grandes rasgos, es posible diferenciar dos etapas en la evolución de la profesión: la primera denominada *pre-profesional* -y que abarca desde las culturas antiguas hasta finales de siglo XIX y la segunda, la *profesional* (Hernández, et al, 1997) en la que se produce un cambio importante, ya que hasta ahora, se encontraba supeditada a aspectos muy arraigados en valores personales y hechos cotidianos, cargados de explicaciones empíricas propias de cada cultura que dificultaban su explicación científica.

Durante el primer período, la transmisión del conocimiento del cuidado, se producía a través del aprendizaje y de la sabiduría acumulada a lo largo de los años de experiencia, sin que existiera documentación escrita que la avalara para poder considerarla como arte o ciencia. Es a partir del siglo X cuando se produce un cambio con la aparición de los primeros documentos escritos que, más tarde, sentarían las bases para iniciar la regulación de la profesión.

En la Edad Media, aunque las primeras cuidadoras fueron seglares, el cristianismo fue impregnando la filosofía de los cuidados que van a estar motivados por los conceptos de la ayuda y de la caridad. A pesar de ser una época en la que impera la vocación en detrimento de la formación, se consiguió que los cuidados restringidos en el mundo antiguo al ámbito doméstico emergiesen en la sociedad (Santiago, 2009).

En España, como en el resto de Europa, aparecen en esta época las primeras referencias escritas de la profesión enfermera, relacionadas en su mayoría con las reglas y normas hospitalarias en manos de órdenes religiosas, convirtiéndose así en un valioso aporte para acercarse a las funciones de Enfermería, actividades, jerarquía profesional, competencias, sistematización y construcción disciplinar)(Arratia, 2005).

A partir del siglo XVI, aparecen los primeros manuales dirigidos a las personas administradoras de cuidados, lo que va a facilitar la formación y, por tanto, la mejora de su calidad. Durante este período y hasta el siglo XIX, existen varios grupos encargados de realizar los cuidados, cada uno de los cuales se ocupa de parcelas diferentes: las comadres, parteras o comadronas encargadas del cuidado integral de la mujer; las sanadoras, que realizaban sus prácticas curativas mediante preparados con plantas medicinales; los prácticos, fundamentalmente varones, dentro de esta clase se encuentran los barberos, sangradores y flebotomianos que son los futuros practicantes, sus funciones quedan recogidas en la Real Cédula de 6 de Mayo de 1804 (Latrach, Soto, González, Caballero, y Inalaf, 2009). Durante la revolución industrial, Fliedner (1800-1864) crea el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth. Aunque este instituto fue clave para el desarrollo de la Enfermería moderna, no es hasta 1860 que la enfermera británica Florence Nightingale da pie al primer programa formativo específico para enfermeras, orientado a los cuidados y con entidad propia, y con el correspondiente reconocimiento académico a través de la fundación de la primera escuela de Enfermería, la “Nightingale Training School for Nurses”, donde se establecieron unos criterios muy exigentes en lo referente a la admisión, la evaluación y la certificación. Uno de los objetivos de esta corriente era difundir la nueva concepción de la Enfermería por todo el mundo, llegando a abrir escuelas en Europa y América, donde se plantea una importante reflexión intelectual sobre el quehacer enfermero y donde se reconoce el valor del cuidado (Arratia, 2005).

1.1.1.2 El nacimiento de la profesión enfermera en España

En España, los intentos por legislar la profesión enfermera datan del siglo XIX, con una serie de Reales Decretos que poco a poco fueron definiendo las bases legales que las sustentan. En 1855 se promulgó la Ley Orgánica de Sanidad, consolidándose la Dirección General de Sanidad; esta ley estará vigente hasta el último cuarto del siglo XX. Sin embargo, en ella no se hacen referencias específicas al personal sanitario y no es hasta el 9 de septiembre de 1857, mediante la Ley de Instrucción Pública, Ley Moyano, concretamente en sus artículos 40 y 41, donde por primera vez aparecen dentro del marco legal las denominaciones de Practicante y de Matrona o Partera. Esta ley, sin embargo, obvia la capacitación profesional de los enfermeros, que continúan sin amparo legal que delimiten sus funciones (Sellán, 2009).

A partir de esta fecha, se trabaja por establecer los estudios y las prácticas de la carrera de practicante, formalizándose en 1860, con la Real Orden del 26 de junio, (Real orden de 26 de junio, de 1860). Con el Real Decreto de 16 de noviembre se define claramente el reglamento para los estudios de Practicantes y Matrona. Y en 1896, el Dr Federico Galí funda en Madrid la primera Escuela de Enfermería en España: la escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría que estaba influenciada por la Escuela de Florence Nightingale. Los objetivos de esta escuela eran formar enfermeras preparadas para la asistencia hospitalaria, capaces de ayudar en las intervenciones y curas quirúrgicas y que realizasen su labor de un modo artístico y científico (Gómez del Pulgar, 2013).

La escuela de enfermeras Isabel de Hungría sirvió de base para crear una distribución reglamentada de los estudios de Enfermería y contribuyó a que por fin se empezase a reconocer la necesidad de la existencia de la profesión, otorgándole una estructura organizativa y sistemática a los estudios que no dio frutos hasta el siglo XX.

1.1.1.3 La Enfermería en España durante el Siglo XX

Los eventos sociales y políticos producidos durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX afectaron negativamente a la profesionalización de la atención enfermera en España. El despertar de la independencia profesional que en otros países había surgido a principios de siglo siguiendo el ejemplo de Inglaterra y Estados Unidos, donde habían organizado los estudios y creado los primeros títulos oficiales de enfermeras, se retrasará en España varias décadas ya que salvo la iniciativa del doctor Rubio y Gali, no se había tomado, o no había prosperado, ninguna iniciativa en este sentido. Y tampoco en su caso pareció existir ningún interés en "oficializar" un título (Gonzalez, Amezcua y Siles, 2010).

El 7 de mayo de 1.915, en respuesta a la petición de la orden religiosa dedicada a los cuidados enfermeros "Congregación de las siervas de María", se reconoce la primera consistencia legal de la titulación de Enfermería. (Hernández, Gallego y Alcaraz, 1997).

Por consiguiente, a principios del siglo XX se identifican tres tipos de profesionales que prestan cuidados de Enfermería: practicantes, enfermeras y matronas manteniéndose esta división hasta mediados de siglo. Es en esta etapa, cuando se inició en España un crecimiento progresivo en los hospitales que provocó una gran demanda de profesionales de la salud. Para poder cumplir con estos nuevos requisitos, la mayoría de los hospitales crearon sus propias escuelas de Enfermería con el objetivo de ser autosuficientes.

La enfermera y el practicante tenían funciones similares y en teoría, una formación semejante, si se comparan los temarios de los planes de estudios de la época. Sin embargo, las enfermeras cursaban sus estudios en escuelas dependientes generalmente de hospitales y los practicantes lo hacían en facultades de Medicina. Las Matronas tenían sus propios centros de

formación: las escuelas de Parteras o Matronas vinculadas a hospitales maternos.

Tabla 1: Comparación entre los primeros programas de enseñanza para Enfermeras y Practicantes

PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)	PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)
Anatomía y Fisiología	Anatomía y Fisiología
Anestesia	Anestesia
Desinfección	Cualidades de la enfermera y deberes
Embarazo y parto	Cuidados a enfermos mentales.
Masajes	Cuidados recién nacidos.
Relación con médicos y farmacéutico	Cuidados según diferentes sintomatologías
Terapéutica	Cuidados y deberes de la enfermera en la muerte
Vacunación	Higiene/Prevención/Asepsia
Vendajes	Masajes.
	Patología/terapéutica
	Vendajes
Total: 78 temas	Total: 70 temas

Fuente: Adaptación Sellán, 2009.

En 1917 aparecen las primeras Escuelas Oficiales de Enfermería reconocidas por el Estado y es en 1918 cuando la Cruz Roja Española inicia la formación con dos cursos. En 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad, cuya función es instruir a los médicos y formar un cuerpo de enfermeros sanitarios además de preparar al personal subalterno auxiliar. La actuación profesional de las enfermeras se centraba, sobre todo, en el campo hospitalario. Los practicantes también desarrollaron sus actividades en los hospitales, aunque su mayor dedicación estuvo dirigida hacia las comunidades de las pequeñas poblaciones.

La Guerra Civil Española paralizó toda la actividad formativa y cambió las necesidades de salud del país a las que fue necesario dar respuesta de una manera rápida con respecto a la prestación de cuidados. Se crearon diferentes títulos para las figuras relacionadas con el cuidado enfermero: Damas auxiliares de la Sanidad Militar, Damas Enfermeras Españolas, Visitadoras Sociales, Enfermeras de Guerra, Enfermeras del Socorro Rojo, Personal religioso (Gómez del Pulgar, 2013)

En 1952, con el Decreto 27 de Junio de 1952, se unifican las tres profesiones existentes: matronas, practicantes y enfermeras, en la creación del título de “Ayudante Técnico Sanitario”; esto favoreció que los enfermeros aumentaran sus responsabilidades y competencias prácticas. Dicho decreto establece la calificación única de atención médica facultativa auxiliar, con una duración fija de tres años y con un programa de práctica. Además, se describe la normativa de las Escuelas en relación con su actividad para poder obtener el reconocimiento oficial del Ministerio de Educación.

Fue la Orden de 4 de Julio de 1955, la que estableció la denominación definitiva de ATS. Esta denominación comprende el nombre de Ayudante (carece de plena autonomía), Técnico (ofrece una idea sobre el tipo de actividades a desarrollar, relacionadas con la esfera del “saber Hacer”) y Sanitario, limitando un campo de actuación. La legislación oficial, en ese momento, apoyó la subordinación y la institucionalización de los estudios de Enfermería en relación con la Medicina.

La aparición de esta nueva titulación, a pesar de sus limitaciones, generó un cambio profesional, con consecuencias positivas para el crecimiento de la profesión, entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Unificación de todos los profesionales que proporcionan cuidados en sólo una carrera.

- El alto nivel de competencia técnica que los nuevos profesionales adquieren, implicaba un mayor valor de la profesión en el momento.
- Se estableció un contenido obligatorio para la formación teórico-práctica y había una posibilidad de continuar estudios adicionales a través de la especialización.
- Se creó un plan de estudios básico, con una duración máxima de 3 años académicos. La parte teórico-práctica de su enseñanza era obligatoria, de la misma manera que se hizo hincapié en la importancia de la práctica clínica, siendo el 80 por ciento de la cantidad total de horas del programa. Los tres cursos académicos tenían una duración total de 4.797 horas.

Durante el período en que el programa de estudios de ATS duró, se produjeron numerosos cambios en el programa formativo, principalmente desde el punto de vista curativo y técnico. Por otro lado, había una amplia variedad de Escuelas, con diferentes tendencias. A pesar del hecho de que "oficialmente" seguían el mismo programa (de acuerdo con la Orden Ministerial de 4 de julio de 1955 que establecía los criterios de admisión y las reglas de funcionamiento de cada centro), hubo diferencias evidentes en la calidad de la enseñanza.

En 1960, se establecen mediante el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre, Las Competencias Profesionales de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Enfermeras y Matronas. Además, se regulan las especialidades de Asistente Técnico Sanitario: Asistencia Obstétrica, Partera (1957); Fisioterapeuta (1957); Radiología y electrología (1961); Pediatría y el cuidado del bebé (1964); Neurología (1970); Psiquiatría (1970); Análisis de laboratorio (1971); Nefrología (1975); Podología (1962). Las especialidades de fisioterapia y Podología, en 1980 se separaron de Enfermería pasando a ser titulaciones independientes.

Aunque estas especialidades se desarrollaron en el ámbito académico, la mayoría de ellas no tenían un reconocimiento profesional. En consecuencia, la formación de especialidades se detuvo poco a poco a partir de 1975. La especialidad de matrona continuó hasta 1987, fecha en la que quedó derogado el plan de estudios antiguo para adaptarse a las exigencias de la CEE. Con este cambio, la formación se paralizó durante 6 años y fue con el Real decreto de 1991 cuando obtuvo una legislación específica.

En 1992, mediante la Orden de 1 de junio, se aprueba el programa de formación que establece los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

La Enfermería tuvo que seguir un largo y complejo camino, no exento de dificultades hasta integrarse en el Sistema Universitario Español. La Ley General de Educación de 4 de agosto de 1970, ofrecía dos posibilidades para el desarrollo de la Enfermería: adoptar el modelo de educación superior de un primer ciclo de tres años o la segunda opción a través de la formación profesional de segundo grado (LGE, 1970). Para resolver este problema, se creó una Comisión Interministerial, donde estaban representados los diferentes colectivos de Enfermería que analizaron y debatieron estas propuestas que finalmente se decantaron por la primera opción.

1.1.1.4 Transición de los Estudios de Enfermería a la Universidad

Con la publicación del Real Decreto 2128/1977, los estudios de Enfermería se integran en el Sistema Sanitario español como Diplomatura Universitaria, con carácter de titulación finalista, que facilita la formación de profesionales con una orientación enfermera autónoma e independiente, que supuso un impulso a la disciplina enfermera que pasa de ser una profesión técnica a tener un cuerpo de conocimientos propios que definen la responsabilidad de

las enfermeras en la atención de la salud de la población y que además la distinguen de otras disciplinas.

Por todo esto, entrar en la Universidad supuso un enorme reto para la profesión de la atención. Era necesario generar profesionales de la salud, que, en condiciones de igualdad con el resto de titulados universitarios, pudieran generar competencias para alimentar su currículum y solucionar los problemas de salud de las personas, la familia o la comunidad y sólo a partir de este contexto fue posible mejorar la formación y facilitar el desarrollo científico y profesional (RD, 2128 DE 1977). La Orden Ministerial de 1/VI/1977 da origen al proceso de unificación, adaptándose el nombre de “Enfermería” para todos los profesionales.

Se decidió que el número de temas y los objetivos que se incluirán en los tres años académicos y cada Universidad tendría suficiente libertad para diseñar su programa de estudios específico con diferente duración, adaptado a las necesidades de cada región. En general, al programa se le proporcionó un punto de vista científico en la teoría y en la práctica, lo que facilitaba la formación profesional para llevar a cabo su actividad dentro y fuera de los hospitales. En la misma línea, una nueva visión integral y holística de la persona se promueve a través del estudio de las ciencias humanas, incluidas las nuevas disciplinas relacionadas con el cuidado de la persona.

El Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, establece el “Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería” además de las directrices generales propias de los planes de estudios, haciendo referencia a los conocimientos, capacidades y experiencia clínica que debían adquirir durante el curso de la diplomatura; sin embargo, no hace alusión en ningún momento, a las competencias profesionales como tal.

La integración de los estudios de Enfermería en el Sistema de Educación Superior garantiza la provisión de más recursos con la posterior

incorporación de las enfermeras en el campo de la enseñanza, asumiendo su responsabilidad en la formación de nuevos profesionales, participando también en la política y gestión de la educación general. Las primeras referencias sobre la posibilidad de impartir docencia a los propios diplomados en Enfermería, se remontan a la orden ministerial del 12 de diciembre de 1978 que habilita a estos profesionales como profesores a través de un *Venia Docendi*", consistente en una autorización académica que les proporciona permiso para enseñar durante un año con opciones para su renovación. Esta situación se mantiene hasta 1983, ya que con la Ley de Reforma Universitaria (LRU) aparece por primera vez la figura del profesor de escuela de la universidad, con el acceso a la Diplomatura de Enfermería (LRU, 1983), provocando un cambio significativo en la orientación de las diferentes titulaciones, así como en los docentes.

Conseguir la diplomatura fue un logro importante, aunque no solucionó todas las expectativas de la profesión al ser considerada como una formación finalista, pues no ofrecía el acceso a un segundo grado de estudios universitarios o doctorado, lo que significaba una limitación importante para el desarrollo académico y profesional de la disciplina de Enfermería. Como consecuencia, las enfermeras pueden acceder a puestos como Profesores Titulares de las Escuelas Universitarias, dado que está permitido la creación de un Departamento de Enfermería. Sin embargo, al no poder alcanzar el grado de Doctor desde la propia disciplina, no es posible desempeñar los cargos que exigen dicho Título. Algo parecido ocurre en determinados puestos de gestión en las instituciones sanitarias que quedan reservados a los Licenciados. Además, tampoco existía una regulación de los estudios de postgrado, sólo las especialidades de Obstetricia (80/154 y 80/156) y Salud Mental, estaban reguladas por las directivas de la Comisión Europea.

Para responder a las demandas profesionales, se crearon un gran número de cursos, post-gradados, cursos de experto, que intentaban cubrir la necesidad de

una formación especializada del colectivo de Enfermería. Uno de los principales objetivos de la Ley de Reforma Universitaria (LRU) fue la adaptación de los estudios de Enfermería españolas a las nuevas demandas sociales. Por esta razón, un nuevo proceso comenzó con la publicación del Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, donde se estableció el certificado de Diplomado en Enfermería y todas las directivas relacionadas con los requisitos para acceder a su consecución. A pesar de la integración de las Escuelas de Enfermería en la estructura de la Universidad y el cambio del programa de estudios, con la orden ministerial del 9 de octubre de 1980 se autorizó enfermeras calificadas para acceder a las especialidades ya existentes para ATS. Al mismo tiempo, España accede a la Comunidad Económica Europea, lo que justifica aún más la necesidad de reorganizar el número, contenido y denominación para las especialidades de Enfermería (OM, 1980).

A través del Real Decreto 992/1987 del 3 de julio (BOE de 1 de agosto) se establecieron los requisitos para acceder a las diferentes especialidades: Enfermería obstétrica (matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Pública/Comunitaria, Enfermería Geriátrica, Gestión y administración en Enfermería.

Todas estas innovaciones, implican la necesidad de reforzar el enfoque interdisciplinar de los cuidados de salud, rentabilizando las acciones de todos los profesionales para responder a las nuevas demandas de cuidados. Nos sitúan en el inicio de un nuevo milenio frente a un nuevo paradigma de apertura al mundo, en el que la incorporación de aspectos como la interculturalidad, la utilización de las nuevas tecnologías o las terapias complementarias y alternativas son ejemplos de los cambios que se deben incorporar (Kérouac, 1996).

Un aspecto importante que es crucial para la culminación de todos estos cambios consiste en mantener una lógica que permita a los profesionales asumir sus responsabilidades y compartir con competencia los amplios objetivos en los que se necesita la colaboración de otras disciplinas ya que, a veces, la complejidad de las necesidades y problemas de salud combinados con las tecnologías invasoras, plantean desafíos que ninguna profesión puede superar por sí sola ya que a cada disciplina corresponde un centro de interés particular y distinto.

La práctica en colaboración interdisciplinaria implica un reparto dinámico y flexible de la autoridad; las responsabilidades se apoyan en la equidad (reconocimiento de igualdad de cada disciplina, exigiendo un clima de confianza y de respeto entre los profesionales). El camino a una práctica de colaboración es a veces difícil sobre todo en campos de trabajo donde la tradición tiene mucho peso y es preciso prever los mecanismos necesarios para apoyar su desarrollo. Todo esto, planteó la necesidad de una formación que se adaptara a estas exigencias, a las nuevas demandas en sus aspectos más innovadores y desde una perspectiva amplia y de diálogo interdisciplinar que condujera a la consecución de un perfil enfermero generalista, por un lado, capaz de integrar conocimientos teóricos, conocimientos prácticos (habilidades y destrezas precisas), metodológicos, capacidad rápida de respuesta, capacidad de trabajo en equipo y, por otro, un perfil de enfermero especialista que diera respuesta a la especificidad del cuidado en las distintas situaciones de salud, capaz de planificar y dirigir el conjunto de estos cuidados especializados.

Según se regula en el Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril (BOE, 2005; 108) se reconocen siete especialidades: Matrona, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica que además de una formación superior garantice el

desarrollo de la Enfermería en todos los niveles académicos y de investigación.

1.1.2 La Formación Enfermera Contemporánea

Durante las últimas décadas del S. XX, se trabajan distintas iniciativas de crecimiento disciplinar que justifican la inquietud del desarrollo académico sentido en la profesión y que pretenden proyectarse en el nuevo siglo, con plenitud y suficiencia en todas sus dimensiones: asistencial, docente e investigadora (Zabalegui y Maciá, 2010) aunque no todas concluyeron con el resultado esperado siendo necesario esperar hasta el nuevo siglo para conseguir un desarrollo pleno de la disciplina.

El diseño de esta formación enfermera se consigue con la llegada del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que favorece una educación basada en los conceptos fundamentales de la disciplina, con un marco de referencia amplio, flexible, donde interactúen teoría y práctica de manera que se puedan ir superando las actuales asincronías.

Combinando el saber (conocimientos teóricos) con el saber hacer (habilidades y destrezas) con el saber ser (creencias, valores y actitudes) se materializa la competencia necesaria para el cuidado. Además de insistir en el desarrollo de aptitudes y espíritu críticos que garantice un juicio clínico y que permita desarrollar y dispensar cuidados con un enfoque humanista, eficaces y rentables. En esta nueva era, no solo es importante la adquisición de conocimientos, sino que se exige que también capaciten para el desarrollo profesional. Es necesario mantener una continuidad del aprendizaje desde la formación básica, especializada y superior sin olvidar la actualización y puesta al día constantemente, para de esta manera, anticiparse a los cambios haciendo frente a las necesidades, siempre con una visión prospectiva.

Con el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se recoge la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (BOE, 2007; 260) se establece el marco que organiza los estudios universitarios en tres ciclos: el primero que conduce al título de grado, el segundo al Título de Máster y el tercero que otorga el Título de Doctor. La carga lectiva del Grado, de manera general, es de 240 créditos, no obstante, las titulaciones con directrices europeas podrán tener un mayor número de créditos. En este grupo hay que situar las titulaciones del ámbito de Ciencias de la Salud y la Arquitectura. Por ello, Medicina (360 ECTS), Veterinaria (300 ECTS), Farmacia (300 ECTS) y Arquitectura (300 ECTS + Trabajo de Fin de Grado) tendrán un número superior de ECTS.

1.1.2.1 Convergencia Europea

La transición entre el siglo XX y el actual se caracteriza por profundas modificaciones en los sistemas nacionales de Educación Superior en Europa como respuesta a una nueva realidad social. Esta sociedad, denominada *la sociedad del conocimiento* generada durante las últimas décadas por cambios tecnológicos, económicos, sociales, laborales y culturales, se caracteriza por un mercado laboral más exigente, con unos perfiles profesionales cada vez más complejos y con la exigencia de una actualización continua de conocimientos.

Para poder dar respuesta a estas demandas, es imprescindible preparar a los estudiantes de una manera más activa que les permita desarrollar su futuro tanto a nivel personal como profesional. La UNESCO, señaló en 1998, que las nuevas generaciones del siglo XXI, debían estar instruidas en nuevas competencias, conocimientos e ideales para poder afrontar las exigencias de esa sociedad venidera. La Educación Superior adquiere un papel fundamental, puesto que debe afrontar el reto de ofrecer una formación basada en competencias, con unos planes de estudios adaptados a las

demandas de la sociedad, que faciliten la integración de manera óptima en un mercado laboral unificado y sin fronteras.

Sus antecedentes se remontan a la “Magna Charta Universitarum” publicada tras la reunión de rectores en Bolonia en 1988, a la Convención de Lisboa en 1997 y a la Declaración de Sorbona en 1998, que sentaron las bases de una reforma universitaria revolucionaria, cuyo fin era conseguir una enseñanza dinámica, competitiva y de calidad (Zabalegui y Maciá, 2010). Con estos antecedentes, un año más tarde, en 1999, llegó la Declaración de Bolonia, en la que participaron 30 países, poniendo de manifiesto, la necesidad de construir un “Espacio Europeo de Educación Superior”, para el año 2010, con la intención de adoptar un sistema de titulaciones fácilmente reconocible y comparable en toda Europa, que permitiera incrementar el empleo en la Unión europea gracias a la libre circulación de titulados además de convertirlo en un polo de atracción tanto para estudiantes como para profesores de otras partes del mundo.

En un principio se marcaron seis objetivos básicos:

- a. Un Sistema de titulaciones fácilmente comprensibles y comparables: El Suplemento Europeo al título.
- b. Un Sistema basado en dos ciclos fundamentales: Ciclo de cualificación profesional y Ciclo de máster y doctorado. Esta disposición, permite adquirir un nivel de cualificación apropiado para la adaptación al mercado de trabajo, tras la superación del primer ciclo. El segundo ha de conducir a una titulación de postgrado tipo máster y abrirá las puertas a un tercer ciclo, el doctorado, con un sistema de créditos común, para fomentar la comparabilidad de los estudios, promover la movilidad de los estudiantes y del personal docente de las universidades además de otras instituciones de enseñanza superior europeo (Declaración de Bolonia, 1999).

- c. Establecimiento de un sistema de créditos como el ECTS.
- d. Promoción de la movilidad de estudiantes y profesores.
- e. Cooperación europea para una garantía de calidad.
- f. Promoción de la dimensión europea de la educación superior: cooperación interinstitucional, planes de movilidad y programas integrados de educación e investigación.

La declaración de Bolonia tiene carácter político ya que enuncia una serie de objetivos y unos instrumentos para lograrlos, pero no fija unos deberes jurídicamente exigibles (Zabalegui y Maciá, 2010).

Se estableció un plazo hasta el 2010 para la creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior con fases bienales de realización, cada una de las cuales terminaba con una revisión de lo que se había conseguido y cuáles serán las directrices futuras; esas reuniones bienales se mantienen en la actualidad aportando nuevas metas para la consolidación y mejora del EEES.

La primera conferencia de seguimiento del Proceso de Bolonia, tuvo lugar en Praga (Checoslovaquia), en mayo de 2001, donde los ministros emitieron un comunicado reafirmando el compromiso de creación del EEES para el 2010, además de incorporar tres nuevos objetivos que serían: “El aprendizaje a lo largo de la vida”, como elemento para lograr una mayor competitividad europea, mejorando la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida. El segundo objetivo pretende conseguir una participación más activa de los estudiantes dentro de las universidades e instituciones de educación superior, Y el tercero sería la creación de un sistema de calidad que brinde confianza, relevancia, movilidad y compatibilidad al espacio europeo, a través de la evaluación, acreditación y certificación, desarrollando módulos, cursos y planes de estudios que presenten un contenido, orientación y organización europeo (Comunicado Conferencia ministros, Praga 19 de Mayo 2001).

Estas conferencias bienales fueron dando sus frutos. En 2003, se celebra en Berlín, (Alemania), donde se revisa el proceso y se establecen directrices respecto al sistema de garantía de calidad, la estructura de los estudios con la adopción de un sistema basado en dos ciclos, la promoción de la movilidad, el establecimiento de créditos europeos y el intercambio de estudiantes entre países (comunicado conferencia de ministros, Berlín 19 de septiembre, 2003). Cada vez son más los países que se unen a este proyecto y en 2005, en Bergen (Noruega), participaron 45 países que valoraron los avances conseguidos hasta ese momento, además de plantear nuevos retos, entre ellos destaca la adopción del marco general de trabajo para la cualificación en EEES, cuyo fin es mejorar la vinculación entre educación superior y la investigación con la plena incorporación del doctorado como elemento fundamental de conexión entre estos espacios. Se adoptan los estándares y líneas de trabajo dirigidas a garantizar la calidad, mejorando las condiciones de igualdad en el acceso, la acogida y la atención a los estudiantes, además de mejorar la cooperación internacional, fomentando la movilidad de estudiantes, profesores e investigadores.

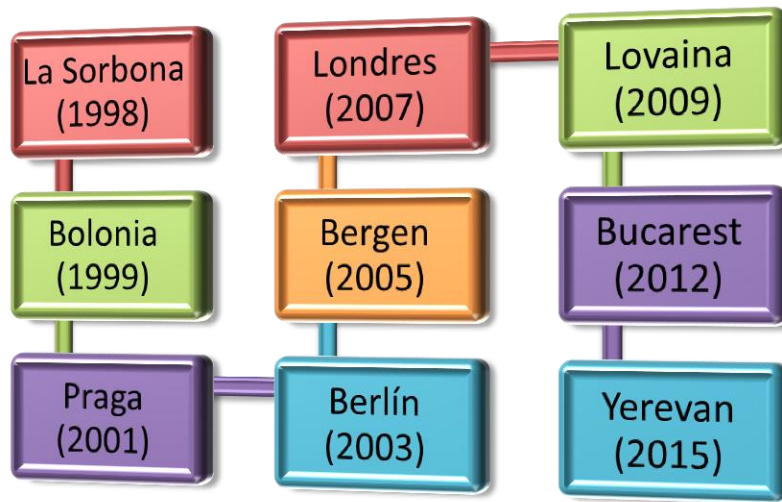
En Londres (2007) se revisan los avances conseguidos hasta la fecha y se plantean nuevas prioridades, entre ellas, finalizar los tres objetivos enunciados en Berlín, 2003: la garantía de calidad, el sistema de dos ciclos, ahora tres, y el reconocimiento de títulos y períodos de estudio (Comunicado de Londres, 2007). Las estrategias propuestas se conciben teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad actual, que depende del conocimiento, de la explotación adecuada de los sistemas de comunicación y de las nuevas tecnologías de la información. Asimismo, se considera que son las universidades, a través de la educación disciplinada y la práctica fundamentada en la investigación, las que propicien el espacio idóneo para el desarrollo de estas habilidades (Gallego, 2007).

En la VI Conferencia de Ministros de Educación Superior de Europa, en 2009, celebrada en Lovaina (Bélgica), con la participación de 46 países, siguiendo el esquema propuesto en las anteriores, se analizaron los progresos hasta ese momento del proceso de Bolonia, estableciéndose nuevas prioridades del EEES para la siguiente década. Los temas que captaron mayor interés fueron el Aprendizaje a lo largo de la vida, la empleabilidad, la enseñanza centrada en el estudiantado, la educación e innovación, la movilidad, la información y la transparencia.

La siguiente reunión de los ministros de educación de 47 países, se celebra en Bucarest, en el año 2012, en las que se plantean las reformas necesarias para crear un espacio Europeo de Educación moderno y abierto. Con la crisis económica mundial iniciada en 2008 y su impacto social como telón de fondo, los ministros acordaron que las reformas debían centrarse en desarrollar la capacidad no aprovechada de la educación superior para contribuir al crecimiento y la empleabilidad.

En mayo de 2015, en Yerevan (Armenia), se aprobó una nueva versión del documento “Criterios y directrices para la Garantía de calidad de la Educación Superior” (ESG, por sus siglas en inglés, European Standards and Guidelines) base de los procesos de evaluación interna y externa en Europa. El compromiso con los procesos de aseguramiento de la calidad, especialmente con los externos, permite a los sistemas europeos de educación superior demostrar su calidad y aumentar la transparencia, ayudando así a crear una confianza mutua y un mayor reconocimiento de sus cualificaciones, programas y otras ofertas. Así mismo se avanzó en dos áreas importantes: la simplificación de la acreditación de programas conjuntos y la apertura a que las universidades puedan escoger agencias para sus procesos de evaluación entre las incluidas en el Registro Europeo (EQAR) (ANECA, 2015).

Figura 1: Desarrollo cronológico del Espacio Europeo de Educación Superior



Fuente: elaboración propia.

1.1.2.2 Proyecto Tuning

La promoción de la movilidad, el intercambio de estudiantes y profesores, han sido líneas de trabajo de La Unión Europea, en las últimas décadas, para lo cual, se han desarrollado varios programas de formación, promocionando y promoviendo la creación de mecanismos de reconocimientos de créditos entre las diferentes universidades e instituciones de Educación Superior en Europa.

Entre estos, destaca el “Proyecto Tuning” cuyo objetivo era “afinar las estructuras educativas en Europa” transmitiendo la idea de que las universidades trabajan con programas de estudios comparables, compatibles y transparentes; basados en consensos, en el respeto a la diversidad, en la transparencia y en la confianza mutua; que pretende ser un proceso continuo que facilite un diálogo permanente entre educación y las necesidades sociales (Tuning 2001/2002). Este proyecto se desarrolló en

dos fases, a través de las cuales se intentó un acercamiento a los planes de estudio de las diferentes universidades que participaron en el estudio para hacerlas comparables. La primera comprende del año 2000 al 2002 y la segunda fase del año 2003 al 2004. Durante estos períodos se trabajaron las siguientes líneas de acción:

- a) Las competencias genéricas,
- b) Las competencias específicas de las áreas temáticas.
- c) El papel del sistema ECTS como sistema de transferencia y acumulación de créditos.
- d) Enfoque de aprendizaje, enseñanza y la evaluación en relación con la garantía y control de calidad (González y Wagenaar, 2005).

Las dos primeras líneas de acción, se trataron desde un punto de vista integrador, entendiendo las competencias como una combinación de atributos que describen el nivel o grado de suficiencia, con el cual, una persona es capaz de desempeñarlas. Integran conceptos como “conocer y comprender” (conocimiento teórico de un campo académico), “saber cómo actuar” (aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones), saber cómo ser (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social).

Así mismo, se analizaron dos conjuntos diferentes de competencias, las que se relacionan con cada área temática, cruciales para cualquier titulación, también llamadas específicas y que confieren identidad y consistencia a cualquier programa y las competencias generales (conocimientos transferibles) que identifican los elementos compartidos comunes a cualquier titulación por tratarse de cualidades útiles en muchas situaciones y no sólo en las relacionadas con el área específica. Estas a su vez, son divididas en competencias instrumentales, interpersonales y competencias sistémicas.

Otra línea de acción fue trabajar el papel del sistema ECTS como sistema de transferencia y acumulación de crédito, herramienta que permitió comparar los períodos de los estudios académicos de diferentes universidades de distintos países. La fuerza y el atractivo del ECTS estaba y sigue estando en: su simplicidad y su gran capacidad para tender puentes entre los sistemas educativos, tanto a nivel nacional como internacional. Podría destacarse como novedoso el vincular los resultados de aprendizaje, las competencias y los créditos basados en el trabajo del estudiante, que facilitan cada vez más la comparación entre los distintos programas de estudios a nivel europeo respetando siempre la diversidad no sólo en el marco global sino en el contexto aislado.

Para completar el ciclo de aprendizaje, es necesario examinar cómo se evalúan los resultados alcanzados por los estudiantes. Matizando que la evaluación no pretende poner fin a un largo período de enseñanza aprendizaje, sino que se convierte en el hilo conductor entre dichos procesos y además guarda una relación directa con los resultados del aprendizaje.

El proyecto Tuning reconoce que cada vez hay más interés por una educación superior de calidad, partiendo de la idea que el objetivo general de todo sector de la educación superior debe ser crear, mejorar y garantizar la experiencia mejor y más apropiada posible para el estudiante. De ahí la necesidad de realizar una evaluación continua de los programas formativos que deben ofrecer cultura de calidad en todo momento.

1.1.2.3 Adaptación de los estudios universitarios al espacio europeo de educación superior en España

Desde sus inicios en Bolonia, la universidad española se sumó al resto de las europeas en este proceso de adaptación al EEES con el fin de unificar y homologar la enseñanza, facilitando la acreditación y movilidad de

estudiantes y profesores por todo el territorio europeo. Pero en nuestro país las bases legales para la nueva educación superior comenzaron a gestarse a partir de la Constitución Española de 1978; art. 149.1.30^a.

En los años siguientes, el Gobierno Español desarrolló una serie de disposiciones normativas para adaptar la educación universitaria al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Previamente, se había convocado a las titulaciones universitarias existentes para que emitieran un informe acerca del futuro de estas en el marco del EEES, apareciendo los libros blancos, considerados como propuestas no vinculantes, con valor como instrumento para la reflexión para ayudar en el diseño del título de grado de las diferentes titulaciones (ANECA,2005).

En marzo de 2001, se celebró en Salamanca, la Conferencia de rectores de Universidades Españolas (CRUE) cuyo fin consistió en reforzar los objetivos de las universidades europeas destacando la importancia de la movilidad de los estudiantes y de la creación de un marco legal para regular la compatibilidad de las cualificaciones.

Es en febrero de 2003 se aprueba en España el primer Documento-Marco emitido por el Ministerio de Educación, donde se recogen las bases de lo acordado en las conferencias europeas llevadas a cabo hasta ese momento. Es la primera vez que el EEES comienza a sonar en el ámbito de la educación universitaria (Zabalegui y Maciá, 2010). Para proporcionar transparencia y facilitar el reconocimiento académico y profesional de las cualificaciones, con el RD 1044/2003 de 1 de agosto (BOE, 2003; 218), se establece el Suplemento Europeo al Título, que es una certificación de los campos científicos que el estudiantado ha superado, comparable en todos los estados miembros. Acompaña a todos los títulos universitarios de carácter oficial y tiene validez en todo el territorio nacional. Se trata de un documento que proporciona una descripción estandarizada de la naturaleza, el nivel, el

contexto y el rango de los estudios seguidos y completados con éxito por el título.

Otro paso importante en materia de educación, queda reflejado con el RD 1125/2003 de 5 de septiembre (BOE, 2003;nº224), por el que se establece el sistema europeo de créditos. Los créditos ECTS (European Credits Transfer System) representan el volumen de trabajo del estudiante para conseguir los objetivos del programa de estudios, objetivos que deben ser especificados preferiblemente en términos de resultados del aprendizaje y de competencias que han de ser adquiridas.

Con el RD 49/2004 de 19 de enero (BOE, 2004;19), se regula la homologación de planes de estudio y títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, además de la convalidación de estos.

En el 2005, se establecen los procedimientos de regulación de los estudios universitarios de grado y postgrado a través de la publicación de dos nuevos Reales Decretos:

- RD 55/2005 de 21 de enero (BOE, 2005,21), por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado.
- La regulación los estudios universitarios oficiales de Postgrado, queda reflejada en el RD 56/2005 de 21 de enero (BOE, 2005, 21).

Para facilitar la integración del EEES, se otorga más autonomía a las universidades que a partir de este momento, podrán elaborar sus estrategias, elegir sus prioridades en cuanto a docencia e investigación, asignar sus recursos y fijar sus criterios de admisión de estudiantes y profesores (RD 1393/2007, BOE, 2007, 260).

Otros de los objetivos planteados en Lovaina, fue conseguir mayor transparencia del sistema, para lo cual, se plantea un nuevo enfoque estratégico, donde la enseñanza aprendizaje está ligada a la futura práctica profesional y se busca garantizar la calidad de la enseñanza superior, por lo cual, el estudiante debe participar de forma activa, con más información sobre los procesos y resultados de la titulación.

Es necesario conocer las competencias generales y específicas que el alumnado debe adquirir a lo largo de su formación durante los cuatro años del Grado, esto se establece a través de la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, donde quedan reflejados los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera. En ella, se establecen 60 créditos mínimos para las materias básicas, 60 créditos para materias vinculadas a las Ciencias de la Enfermería, 90 créditos vinculados a las prácticas externas que ahora se comportan como asignatura independiente, el Practicum, marcando una diferencia importante con respecto a los planes de estudios de la diplomatura donde estaba integrada dentro de otras, además del trabajo fin de Grado. Quedan 30 créditos para que cada Universidad los oriente hacia sus propios campos de interés.

Estos créditos vienen asociados a competencias específicas que marcan la formación del estudiante y cada universidad puede organizarlos por bloques, materias y asignaturas, según la agrupación de las competencias que realice. Por ello, a simple vista, podrá parecer que los planes de estudios de las diferentes universidades son distintos debido a la denominación de materias y agrupación de las competencias; sin embargo, las enseñanzas conducirán a la adquisición de similares competencias profesionales.

En 2010, el Real Decreto 861/2010(BOE, 2010, 161) establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y modifica al RD 1393/2007 de 29

de octubre. Las enseñanzas oficiales de doctorado quedan reguladas por el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero (BOE, 2011; 260).

Continuando con la adaptación al EEES, se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) donde se enuncian las equivalencias entre las titulaciones incluidas en el catálogo anterior a través del Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio (BOE, 2011;185). Estableciendo cuatro niveles de cualificación en función de los resultados de aprendizaje que proporcionan los estudios oficiales: el nivel de Técnico Superior se incluye en el Nivel 1, el de Grado en el nivel 2, el de Máster en el nivel 3, y el de Doctor en el nivel 4(BOE, 2015).

La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) modifica los requisitos de acceso y admisión a las enseñanzas oficiales de Grado desde el título de Bachiller o equivalente, desde el título de Técnico Superior de Formación Profesional, de Técnico Superior de Artes Plásticas y Diseño o de Técnico Deportivo Superior así como para los estudiantes procedentes de sistemas educativos extranjeros.

Las siguientes reformas legislativas han hecho posible la puesta en práctica de las exigencias del EEES aplicando cambios en las instituciones de una forma sostenible y con garantías de éxito:

- Real Decreto 96/2014: Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) y ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales con el fin de promover la movilidad de la Educación Superior en Europa. (BOE, 2014; 55).
- El Real Decreto 592/2014, de 11 de julio por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios.

- Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios.
- Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado.

El proceso de Convergencia Europea también ha supuesto un cambio de paradigma en la concepción de la educación y la evaluación en la universidad, planteando importantes desafíos y cambios en los objetivos y metodologías docentes, la reformulación de las estrategias de enseñanza-aprendizaje y modificaciones en el propio sistema de evaluación, apostándose por un modelo educativo europeo común que tiene como objetivos: el aprendizaje centrado en el estudiante, un sistema de Créditos ECTS, tres ciclos formativos, el Suplemento Europeo al Título además del Establecimiento de sistemas de calidad y la Formación Basada en Competencias.

Se produce, por tanto, un cambio de roles al pasar de una metodología basada en la enseñanza a otra basada en el aprendizaje, en la que el alumno adquiere un mayor protagonismo, con un papel mucho más activo dentro de su formación y donde construye su propio conocimiento de una forma dinámica y autónoma basándose en la información que el docente le proporcione o bien que él mismo busque y encuentre guiado por el profesor, marcando su propio ritmo de estudios. No sólo es importante aprender, sino cómo se aprende. Conseguir motivar al estudiante y hacerlo/a partícipe de un colectivo se convierten en uno de los objetivos principales. El profesorado pasa de ser el centro del proceso de enseñanza a convertirse en un mero

conductor del aprendizaje autónomo. Debe motivar, dinamizar y estimular el estudio al tiempo que facilita la participación del estudiante ofreciéndole una atención más personalizada (Gómez del Pulgar, 2013).

El Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (ECTS) se basa en la carga de trabajo necesaria para la consecución de los objetivos de un programa. Con la adopción de los ECTS por parte de los programas de estudio, se facilita la movilidad y el reconocimiento académico.

Con el Suplemento Europeo se da una información unificada y personalizada para cada titulado universitario, sobre los estudios cursados, resultados obtenidos, capacidades profesionales y su nivel de titulación en el sistema nacional de educación superior.

Para asegurar la calidad en la enseñanza, se crean distintas políticas de acreditación, certificación y evaluación, serán La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) junto con órganos de evaluación creados en las distintas comunidades, los responsables de llevarlos a cabo.

El proceso de implantación de los nuevos títulos de Grado requiere un procedimiento de verificación externo realizado por la ANECA y un procedimiento de acreditación que lo llevará a cabo la misma agencia a los seis años de iniciadas las enseñanzas, y así sucesivamente. Estos pasos obligatorios determinan unos estándares de calidad que obligan a una revisión continua de los procesos y resultados, asegurando la pertinencia de los títulos, ya que, en caso de acreditaciones negativas, los títulos dejarán de ser oficiales. Esta acreditación académica representa un punto de inflexión y nos sitúa en un “nuevo paradigma de la ciencia enfermera” que por un lado “permite” y por otro “obliga” al reordenamiento profesional en todas sus facetas (Mariscal, 2012).

Es evidente que han desaparecido algunos condicionamientos previos que impedían establecer niveles competenciales ligados a la experticia de los profesionales que combina la acreditación académica, experiencia profesional y perfil personal. Ahora, tenemos la oportunidad de asumir nuevas responsabilidades ligadas a la práctica avanzada, normalizar aquellas que aún sin respaldo legal veníamos realizando y recuperar las que habíamos ido abandonando por razones diversas. Esto es posible, entre otros motivos, por la nueva visión que se le da a la educación, donde los estudiantes adquieren un papel principal desde el inicio de su formación, participando de forma activa en su aprendizaje. Somos responsables de hacer visible a la Enfermería ante una sociedad del siglo XXI que cada vez demanda más unos cuidados de calidad.

1.1.3 La Formación del Grado en Enfermería

El reconocimiento de la Enfermería como titulación universitaria en 1977, obteniendo el título de Diplomado Universitario, puede considerarse como punto de arranque de la Disciplina en nuestro país, puesto que es a partir de este momento, cuando se adquieren las herramientas necesarias para el desarrollo de la propia autonomía, con capacidad de tomar decisiones basadas en la experiencia y los conocimientos adquiridos.

En la declaración de Bolonia en 1999, se plantea como uno de los objetivos básicos para conseguir un sistema que respete las peculiaridades de cada país, pero que a la vez sea comparable dentro de la Educación Superior Europea, el de crear una nueva estructura formativa dentro de la universidad basada en dos niveles principales: El primer nivel, o de Grado, que comprende las enseñanzas universitarias de primer ciclo y tiene como objetivo lograr la capacitación de los estudiantes para integrarse directamente en el ámbito laboral europeo con una cualificación profesional apropiada y el segundo nivel, comprensivo de las enseñanzas de Posgrado, integra el segundo ciclo de estudios, dedicado a la formación avanzada y conducente a la obtención del título de Máster, y el tercer

ciclo, conducente a la obtención del título de Doctor, que representa el nivel más elevado en la educación superior, por otro lado, se introduce el diseño de los currículos por competencias que los estudiantes han de adquirir antes de la incorporación al mercado laboral.

En el *Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2005)*, en cuya elaboración intervinieron el 94% de las universidades que imparten esta titulación, y que contó además con la participación de profesionales de instituciones sanitarias y socio sanitarias, así como de organizaciones y asociaciones profesionales, se marcaron como objetivos, el de definir el perfil profesional del enfermero español en Europa, determinar las competencias transversales y específicas de la profesión, para lo cual, se consultaron los resultados del Proyecto Tuning a nivel europeo ya que además, en la IIª fase del *Tuning Education Structures in Europe*, se incluyen los estudios de Enfermería (González et al, 2005).

1.1.3.1 Estructura curricular del Grado

Se propuso un plan de estudios con un peso de 240 ECTS, de cuatro años de duración, cuya estructura general, fruto de un importante análisis reflexivo de la situación en esos momentos en Europa y en nuestro país, se correspondía con el siguiente esquema formativo: *“una formación básicamente teórica que tiene como objetivo situar al estudiante en el contexto social y sanitario en el que debe actuar además de proporcionarle un conocimiento profundo sobre todos aquellos aspectos relacionados con el funcionamiento e interacciones de la persona, la familia y la comunidad, una formación teórico- práctica que requiere que el estudiante realice y desarrolle técnicas y procedimientos de cuidados enfermeros en situaciones clínicas simuladas y por otro lado una formación eminentemente práctica que permite a los estudiantes conocer a la Enfermería como disciplina y al mismo tiempo adquirir y desarrollar las competencias profesionales específicas”* (Libro Blanco de Enfermería, 2005).

La titulación de Enfermería viene, además, regulada por una *Directiva Europea (2005/36/CE, de 7 de septiembre)*, relativa al reconocimiento de cualificaciones

profesionales de enfermero, odontólogo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico, reuniéndolas todas en un solo texto. Está estructurada en competencias y contenidos, donde además se indica la duración de los estudios: *“Comprenderá, por lo menos, tres años de estudios o 4.600 horas de formación teórica y clínica, representando la duración de la formación teórica como mínimo un tercio, y la formación clínica al menos la mitad, de la duración mínima de la formación”*.

La Directiva 2013/55/U realiza algunas modificaciones, simplifica las normas existentes y acelera los procedimientos de reconocimiento, garantizando al mismo tiempo que los profesionales cualificados que deseen trabajar en otro Estado miembro cumplan los requisitos del país de acogida, tal como se describe.

La profesión enfermera ha evolucionado considerablemente en los treinta últimos años: el desarrollo de la asistencia de proximidad, el recurso a terapias más complejas y la evolución constante de las tecnologías ratifican la capacidad de estos profesionales para asumir mayores responsabilidades. De ahí, la importancia de ofrecer unos programas de formación de Enfermería, orientados hacia la obtención de resultados que permitan al profesional adquirir determinados conocimientos y capacidades durante su formación capacitándolos para aplicar, al menos, ciertas competencias que les permitan ejercer las actividades relacionadas con su profesión.

En el resto de los países europeos que han adaptado sus titulaciones al EEES, la horquilla varía entre los 210 y los 270 ECTS, en función de la especialización. Así, por ejemplo, en Finlandia, la carrera de Enfermería tiene una duración de 210 ECTS y 3 años y medio de duración, existiendo dos ramas de especialización en la propia universidad: Enfermería de Salud Pública, con 240 ECTS, de los cuales 60 ECTS corresponden a la especialidad, y los titulados lo son en Enfermería y en Enfermería de Salud Pública; y Matrona, con 270 ECTS, de los cuales 90 ECTS son de la especialidad. En Portugal, los estudios son de

licenciatura, tienen una duración de cuatro años y 240 créditos ECTS. Se llevan a cabo en Escuelas Superiores, adjuntas a universidades.

Tabla 2 Duración de Estudios en Europa.

PAÍS	AÑOS	CRÉDITOS	HORAS PRÁCTICAS	INSTITUCIÓN
Suecia	3	180	2.300	Universidad
Finlandia	3 y 1/2	210	2.300	Univ. CC. Aplicadas
Escocia	3 o 4		2.300	Universidad
Alemania	3 o 4	-/240	2.300	Hospital-Universidad
Bélgica	3	180	2.300	Colleges
Holanda	4	240	2.300	Univ. CC. Aplicadas
República Checa	3	180	2.300	Universidad
Hungría	3 o 4	-/240	2.300	Colleges
Turquía	4	240	2.300	Universidad
Italia	3	180	2.300	Universidad
Portugal	4	240	2.300	Escuelas Superiores
España	4	240	2.300	Universidad

Fuente: Adaptación de La Enfermería en España y en Europa, 2016

En 2005, se aprobaron el *Real Decreto de Grado (55/ 2005)* (BOE num 21 de 25/01/05), este primer ciclo comprenderá enseñanzas básicas y de formación general, junto a otras orientadas al desarrollo de la actividad profesional y el *Real Decreto de Posgrado (56/2005)*, destinado a la adquisición de formación más avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, dirigido a la especialización académica o profesional o a la profundización en la labor investigadora (Zabalegui y Maciá, 2010). Esto originó un cambio muy sustancial para la titulación de Enfermería en nuestro país al establecer la estructura de las enseñanzas universitarias oficiales además de regular los aspectos básicos de la ordenación de los estudios universitarios de primer ciclo conducentes a la obtención del correspondiente título. Con respecto a los planes de estudios, serán elaborados y aprobados por las universidades, de acuerdo a sus estatutos, previa autorización del órgano competente en cada Comunidad Autónoma. Los contenidos de los planes de estudio se clasificaron en dos grupos, por un lado, los contenidos formativos comunes establecidos en las directrices

generales propias de cada título y por otro, los contenidos formativos específicos determinados por la universidad.

Este Real Decreto fue derogado por el RD 1393/2007, de 29 de octubre, que siguiendo las bases de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de Abril, facilitó una profunda modernización de la Universidad española exigida por el proceso de construcción del EEES.

En 2010, fecha a partir de la cual, se culmina la implantación de los nuevos títulos de grado, Master y doctorado, se publica el Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, que, tras valorar lo conseguido hasta esa fecha, plantea algunas reformas para garantizar una mayor fluidez y eficacia en el proceso de transformación que sufrían las universidades.

Algunas de las novedades básicas en la reforma universitaria incluidas en el RD 2007, que también sufrirán cambios con el RD 861/2010, serán las siguientes: Modificación de la estructura general de las enseñanzas Universitarias oficiales, descrito en su capítulo II, artículo 8: *“Las enseñanzas universitarias conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente Grado, Máster y Doctorado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 37 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la anterior”*, hasta esta fecha, existían por un lado los estudios de Grado y por otro los estudios oficiales de Postgrado, que albergaban el Master y el doctorado, a partir de este Real Decreto, se distinguen tres ciclos independientes.

El artículo 9 de este capítulo, hace referencia específica a las enseñanzas de Grado, cuya finalidad es la de obtener por parte del estudiante una formación general orientada a la preparación para el ejercicio de la actividad profesional, que vuelve a sufrir cambios con el RD 861/2010 en el apartado 3 del artículo 9, ya que aclaran que *“ El diseño de los títulos de Grado podrá incorporar menciones*

alusivas a itinerarios o intensificaciones curriculares siempre que éstas hayan sido previstas en la memoria del plan de estudios a efectos del procedimiento de verificación a que se refieren los artículos 24 y 25 de este real decreto”.

La denominación de los títulos de Graduado, según el RD será: *“Graduado o Graduada en T, con mención, en su caso, en M, por la Universidad U, siendo T el nombre específico del título, M el correspondiente a la Mención, y U la denominación de la Universidad que lo expide”.* En el Suplemento Europeo al Título, de acuerdo con las normas que lo regulen, se hará referencia a la rama de conocimiento en la que se incardine el título. En todo caso, las Administraciones Públicas velarán por que la denominación del título sea acorde con su contenido, y en su caso, con la normativa específica de aplicación, coherente con su disciplina y no conduzca a error sobre su nivel o efectos académicos ni a confusión sobre su contenido y, en su caso, efectos profesionales.

En capítulo III, artículo 12, se marcan las directrices para el diseño de los títulos de grado y se profundiza en la concepción y expresión de la autonomía universitaria, a partir de ahora, serán las propias universidades las que crearán y propondrán, de acuerdo con las reglas establecidas, las enseñanzas y títulos a impartir y expedir.

Se fija una estructura única para el Grado, de 240 ECTS, en lugar de optar por la horquilla inicial de 180-240 ECTS, logrando un mejor aprovechamiento de todas las actividades formativas, las prácticas, proyectos de fin de grado, quedan incluidos en esta estructura.

Impulsa el cambio de las metodologías docentes, que centra el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, en un contexto que se extiende ahora a lo largo de la vida.

Dentro de los estudios se incluye la elaboración y defensa de un trabajo fin de Grado por parte del estudiante con una duración mínima de 6 y máxima de 30 créditos. Deberá realizarse en el último curso y será evaluado una vez que el estudiante haya superado el resto de las evaluaciones previstas.

Plantea la posibilidad de introducir prácticas externas, reforzando el compromiso con la empleabilidad de los futuros graduados y graduadas, enriqueciendo su formación durante el grado, en un entorno que les proporcionará, tanto a ellos como a los responsables de la formación, un conocimiento más profundo acerca de las competencias que necesitará en un futuro (RD 861/2010).

Con respecto al plan de estudios, también sufre modificaciones con el RD 2010 quedando redactado de la siguiente forma: *“El plan de estudios deberá contener un mínimo de 60 créditos de formación básica. De ellos, al menos 36 estarán vinculados a algunas de las materias que figuran en el anexo II de este real decreto para la rama de conocimiento a la que se pretenda adscribir el título y deberán concretarse en asignaturas con un mínimo de 6 créditos cada una, que deberán ser ofertadas en la primera mitad del plan de estudios. Los créditos restantes hasta 60, en su caso, deberán estar configurados por materias básicas de la misma u otras ramas de conocimiento de las incluidas en el RD, o por otras materias siempre que se justifique su carácter básico para la formación inicial del estudiante o su carácter transversal”*.

La profesión enfermera se rige por la legislación vigente aplicable a todas las enseñanzas universitarias oficiales, pero, además, el Ministerio ha regulado la formación de la Titulación de Grado de Enfermería con la Orden CIN 2134/2008 de 3 de Julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermera (Gómez del Pulgar, 2013).

Los cambios son constantes a lo largo de estos últimos años y en 2015, ve la luz el Real decreto 43/2015 en el que se expone que *“las titulaciones de Grado en España tendrán que tener, con carácter general, un mínimo de 180 créditos y un máximo de 240 créditos. Cuando se trate de títulos oficiales españoles que habiliten para el ejercicio de actividades profesionales reguladas, el Gobierno establecerá las condiciones a las que deberán adecuarse los correspondientes*

planes de estudios, que además deberán ajustarse, en su caso, a la normativa europea aplicable. Para acceder a los programas de doctorado será requisito necesario tener la titulación universitaria de Grado y la titulación universitaria de Máster y reunir entre las dos titulaciones universitarias 300 créditos”.

Con respecto a las prácticas, se especifica en su artículo 12, punto 6: “*Si se programan prácticas externas, éstas tendrán una extensión máxima del 25 por ciento del total de los créditos del título, y deberán ofrecerse preferentemente en la segunda mitad del plan de estudios”.*

El trabajo de fin de Grado tendrá un mínimo de 6 créditos y un máximo del 12,5 por ciento del total de los créditos del título”. Serán las universidades en el ejercicio de su autonomía las que deciden los títulos oficiales de grado y máster que deben impartir, así como su duración.

Una de las ventajas que ofrece con este nuevo cambio, es la de crear un sistema flexible que permite múltiples opciones en función de las necesidades formativas que elija cada estudiante, permite el acceso un acceso más adecuado al mercado laboral o la continuación de la formación en niveles máster o doctorado en igualdad de condiciones que los estudiantes de los países de nuestro entorno más próximo.

Figura 2: Organización de las enseñanzas (RD 43/2015).



Fuente: Ministerio de Educación y Cultura, 2015)

En Portugal, la formación de Grado en Enfermería se introdujo en 2006, con la adaptación al Plan Bolonia en la que se adoptaba una estructura en educación organizada en tres ciclos, transformando la Diplomatura en Enfermería, en Licenciatura que capacita para la prestación de cuidados de Enfermería generales. No fue hasta el año 2009 cuando se implementó plenamente. La duración del Grado es de cuatro años, ocho semestres, que corresponden a un total de 240 créditos, distribuidos en el área de Teoría, Teoría y Práctica, Prácticas de Laboratorio y Formación clínica.

1.1.3.2 Vías de acceso al Grado de Enfermería

La *Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades*, en el capítulo 42, dedicado al Acceso a la Universidad, asegura este derecho y prescribe que para el acceso a la Universidad será necesario estar en posesión del título de bachiller o equivalente (Art. 42.2).

En España, la actualización de esta normativa mediante la *Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril*, por la que se modifica la *Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades* da un nuevo redactado al Art. 42.3, incluyendo la necesidad de superar una única prueba para el acceso a los estudios universitarios (recogido en los mismos términos en el Preámbulo de la *Ley*). Asimismo, se añade un Art. 42.4, que admite la experiencia laboral o profesional acreditada, o la superación de una determinada edad, como criterios de admisión a la Universidad.

La Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006, establece igualmente, en su artículo 38.5, que *“podrán acceder a las universidades españolas, sin necesidad de realizar la prueba de acceso, los estudiantes procedentes de sistemas educativos de Estados miembros de la Unión Europea o los de otros Estados con los que se hayan suscrito acuerdos internacionales aplicables a este respecto, en régimen de*

reciprocidad, siempre que dichos estudiantes cumplan los requisitos académicos exigidos en sus sistemas educativos para acceder a sus universidades.”

La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo plantea que *“la admisión a la formación de enfermero responsable de cuidados generales estará supeditada a una formación de enseñanza básica de diez años sancionada por un diploma, certificado u otro título expedido por las autoridades u organismos competentes de un Estado miembro, o por un certificado que acredite que se ha superado un examen de admisión de nivel equivalente en escuelas profesionales de enfermeros.”* (Art. 31.1). Este escenario puede hacer pensar en inequidades en el acceso de nuestros estudiantes, frente a los estudiantes de determinados países europeos, o puede suponer una oportunidad de mejorar las condiciones de acceso para todos. No se trata de rebajar el nivel educativo previo a la Universidad, sino, siguiendo el espíritu de las leyes orgánicas comentadas (LOE, 2006; LOU, 2007) dar oportunidades de acceso a todos aquellos ciudadanos que deseen seguir una carrera universitaria.

El Real Decreto 1892/2008, regula el procedimiento de acceso a la universidad a través de todas las vías posibles que son:

- Con la superación de una prueba, por parte de quienes se encuentren en posesión del título de Bachiller.
- Estudiantes procedentes de sistemas educativos de Estados miembros de la Unión Europea o de otros Estados con los que España haya suscrito Acuerdos Internacionales a este respecto.
- Estudiantes procedentes de sistemas educativos extranjeros, previa solicitud de homologación, del título de origen al título español de Bachiller.
- A través de títulos de Técnico Superior correspondientes a las enseñanzas de Formación Profesional.
- Personas mayores de veinticinco y de 45 años, según la normativa.

- Mediante la acreditación de experiencia laboral o profesional, previsto la Ley 4/2007, de 12 de abril.

1.1.3.3 Estructura curricular del Grado

La ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

En dicha orden se contempla el plan de estudios de Enfermería se desarrolla a lo largo de los cuatro cursos académicos y contienen 240 ECTS, repartidos en 60 créditos por curso.

El plan de estudios incluirá, como mínimo, los siguientes módulos, que contendrán un mínimo de créditos que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3: Directrices para el diseño del título oficial de Grado en Enfermería.

240 ECTS			
FORMACIÓN BÁSICA COMÚN	FORMACIÓN ESPECÍFICA CIENCIA ENFERMERA	PRÁCTICUM + TRABAJO FIN DE GRADO	ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS
60 ECTS. (36 mín. De la misma rama de conocimiento)	MÍNIMO 60 ECTS Materias Obligatoria y Optativas de la Ciencia Enfermera	Incluye Practicas Externas + Trabajo Fin de Grado 90 ECTS	MÍNIMO 6 ECTS

Fuente: ORDEN CIN 2134/2008

1.1.3.4 Competencias de los Graduados en Enfermería

Ya en el Documento Marco que elaboró el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) en 2003, en la actualidad Ministerio de Educación, Cultura y Deporte,

sobre la integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior se evocaba la necesidad de diseñar las titulaciones con un perfil profesional nacional y europeo y unos objetivos que debían hacer mención expresa de las competencias genéricas, transversales y específicas (conocimientos, capacidades, y habilidades) que pretendían alcanzarse.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define competencia como la capacidad para desarrollar una función profesional a partir de un repertorio de actividades profesionales. La competencia requiere conocimiento, actitudes apropiadas, habilidades intelectuales y mecánicas observables, que de manera conjunta dan cuenta de la capacidad para desempeñar un servicio profesional específico.

En este contexto, el perfil que señala la Directiva Europea de una enfermera responsable de cuidados generales daría cuenta de los conocimientos y competencias siguientes:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se basa la Enfermería general, incluida una comprensión suficiente de la estructura, funciones fisiológicas y comportamiento de las personas, tanto sanas como enfermas, y de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.
- Un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión, así como de los principios generales de la salud y de la Enfermería.
- Una experiencia clínica adecuada. Esta experiencia, que se seleccionará por el valor de su formación, se adquirirá bajo la supervisión de personal de Enfermería cualificado y en lugares donde el número de personal cualificado y de equipos sean adecuados para los cuidados de Enfermería al paciente.
- La posibilidad de participar en la formación práctica del personal sanitario y la experiencia de trabajar con ese personal.

- La experiencia de trabajar con miembros de otras profesiones en el sector sanitario.

Por su parte, el Consejo de Internacional de Enfermería (CIE), considera que la enfermera de cuidados generales está capacitada para:

- Trabajar en el ámbito general del ejercicio de la Enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, instituciones de salud y sociosanitarias y otros contextos comunitarios.
- Realizar educación sanitaria.
- Participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud.
- Supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario.
- Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.

Los Estatutos de la Organización colegial española contemplan que la enfermera generalista es “el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales enfermeros y que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el resultado de los análisis obtenidos.”

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre sobre la de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en su artículo 7.1 también establece que a “las Enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (BOE, 2003; 280).

El Título de Grado en Enfermería debe contemplar en su contenido, unas enseñanzas globales que faciliten las herramientas conceptuales y metodológicas para el desarrollo de las distintas competencias profesionales que guíen la práctica enfermera. Una formación sustentada en el conocimiento científico disponible, acorde a las necesidades de cada momento y todo esto, dentro de un cambio no sólo estructural sino con una nueva metodología docente, cuyo objetivo principal es el aprendizaje del estudiante en un contexto que se extiende a lo largo de toda su vida.

Los estudios de Grado en Enfermería se contextualizan, dentro del Marco del EEES y los distintos niveles de este contexto serían el sistema educativo y el universitario español, con la normativa que regula los estudios a nivel nacional (RD 1393/2007 y el RD 861/2010. RD 43/2015) y el perfil correspondiente a dicho título, viene determinado por los referentes específicos para los estudios de Enfermería (ANECA, 2005 y Orden Ministerial CIN 2134/2008).

En el Real Decreto 1393/2007, se contempla que “Los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán, por tanto, tener en el centro de sus objetivos, la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas” “se deberá hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias, así como en los procedimientos para evaluar su adquisición”. Se proponen los créditos europeos, ECTS, tal y como se definen en el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender.

Con el Real Decreto 860/2010 se intenta introducir los ajustes necesarios a fin de garantizar una mayor fluidez y eficacia en los criterios y procedimientos establecidos en el Real Decreto 2007, con nuevas posibilidades en materia de reconocimiento de créditos por parte de las universidades; se posibilita que las

universidades completen el diseño de sus títulos de grado con la introducción de menciones o itinerarios alusivos a una concreta intensificación curricular; extendiendo la habilitación para emitir el preceptivo informe de evaluación en el procedimiento de verificación, además de la ANECA a otros órganos de evaluación de las comunidades autónomas y, finalmente, se revisan los procedimientos de verificación, modificación, seguimiento y renovación de la acreditación con el fin de dotar a los mismos de una mejor definición.

Tabla 4: Competencias genéricas. Real Decreto 1393/2007.

COMPETENCIAS GENÉRICAS R.D. 1393/2007	
1.	<p>Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.</p> <p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p>
2.	<p>Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</p>
3.	<p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p>
4.	<p>Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.</p>

Fuente: Gómez del Pulgar, 2013

El Libro Blanco de la titulación, propuesto por la ANECA (2005) recoge la definición de competencia de la Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud: *“Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”*, considera que el perfil

profesional de los titulados en Enfermería ha de ser generalista basado en las competencias transversales, un total de 30 , tomando como referencia el proyecto Tuning y las específicas de la Enfermería, 40 competencias que agrupan en seis grupos:

1. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.
2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.
4. Conocimiento y competencias cognitivas.
5. Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).
6. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.

En la orden ministerial ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio se incluyen dos puntos que hacen referencia a las competencias que deben adquirir los estudiantes de Grado de Enfermería. En el apartado 3, se describen 18 objetivos, competencias que deben adquirir los estudiantes y en el apartado 5. Planificación de las enseñanzas, recoge los módulos que debe incluir el plan de estudios, además de las competencias que deben contener cada uno de ellos además de la asignación de créditos correspondientes a cada uno de ellos.

1.1.3.5 Adquisición de competencias clínicas.

El Espacio Europeo de Educación Superior, promueve la conexión de la formación de titulados con los campos profesionales en los que estos se insertan, por lo cual, la planificación del currículo universitario debería guiarse, no sólo por las lógicas de la disciplina sino también, por la realidad profesional

hacia la que se dirigen los egresados, es decir, centrar el proceso de enseñanza-aprendizaje en base a competencias.

Aparece un nuevo paradigma educativo basado en el aprendizaje y en las competencias para optimizar la preparación de los estudiantes. Tal como expresa Juguera et al (2014) La universidad con su actividad docente, pretende formar sujetos competentes profesionalmente, entendiendo este aspecto como *“grado en que un sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica”*.

La ANECA, a través del Libro Blanco del Grado de Enfermería (2005), hace referencia a la formación práctica, en este documento se reafirma el carácter central del mismo acorde a la filosofía del EEES entorno al aprendizaje por competencias y centrado en el estudiante. En su página 113, señala al respecto de la Estructura General del Título de Grado de Enfermería: “La estructura básica de los contenidos formativos de los titulados/as en Enfermería de los países europeos y de nuestro país responde por lo general al siguiente *esquema de contenidos*:

Una formación básicamente teórica que comprende materias tales como ciencias básicas, psicosociales aplicadas, de la salud y de la propia ciencia enfermera (...).

Una formación teórico práctica que requiere que el estudiante realice y desarrolle las técnicas y procedimientos de cuidados enfermeros en situaciones clínicas simuladas (utilización de simuladores anatómicos, maniqués, etc.).

Una formación eminentemente práctica que permite a los estudiantes conocer a la Enfermería como disciplina y al mismo tiempo adquirir y desarrollar las competencias profesionales específicas. Esta formación práctica responde a las prácticas clínicas que se realizan en hospitales, centros de salud y socio-sanitarios...”

El Ministerio de Ciencia e Innovación en su ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero, describe 18 competencias generales y un listado de competencias específicas de formación básica común y de ciencias de la Enfermería, especificando las competencias de prácticas tuteladas como: *“prácticas preprofesionales, con una evaluación final por competencias, que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título”* (BOE, 2008; 174).

Siguiendo la normativa vigente, las diferentes universidades estudiadas, con el objetivo de ofrecer una formación práctica adecuada para el ejercicio de su profesión de manera autónoma, con capacidad crítica y reflexiva, que les permitan integrarse en un equipo interdisciplinar, con una preparación humana y ética que contribuya a proporcionar una atención adecuada a la dignidad de la persona y de sus familiares. Los estudiantes, durante el desarrollo de los practicums, recorren diferentes ámbitos asistenciales, a través de los cuales realizan un acercamiento progresivo al que será el contexto de su futuro desempeño profesional, donde tendrán que desarrollar las competencias genéricas transversales y específicas propias de cada período, especificando que a medida que avanza la formación práctica del alumnado y su conocimiento teórico, debe avanzar el nivel de complejidad en la integración, síntesis e interrelación de todas las competencias.

1.1.4 Formación de posgrado en Enfermería

1.1.4.1 Visión Internacional de la Formación Posgrado

A partir de la segunda mitad del siglo XIX la evolución de la enfermera ha sido vertiginosa. Una serie de causas extrínsecas (situación social de la mujer, institucionalización estatal del auxilio social, expansión de los hospitales, avances científico-técnicos, guerras), junto a otras de carácter intrínseco como la concepción de modelos, asociaciones de enfermeras, programas de formación específicos, literatura propia, acreditación de un título para el ejercicio de la profesión, permitieron la integración de la formación de Enfermería en el ámbito universitario y su evolución profesional.

La necesidad de especializar algunas áreas de conocimiento se debió inicialmente a la expansión del campo de la Enfermería de salud pública. Esto impuso la exigencia de una formación adicional y específica complementaria a la formación inicial básica. Se consideró necesario que las enfermeras de salud pública tuvieran formación sobre salud ambiental, atención domiciliaria y ciencias sociales para que fueran capaces de afrontar los problemas sanitarios derivados de la llegada de grandes olas de inmigración y para realizar intervenciones de prevención de enfermedades. También se puso de manifiesto la necesidad de formación complementaria para los profesores de Enfermería y para los gestores de los servicios de Enfermería. Todo ello condujo a la creación de programas especializados en los que se otorgaba una certificación y posteriormente en algunos países, se concedieron titulaciones de licenciatura que suponían un nivel avanzado en la prestación de estos servicios. Desde el final de la década de 1950 hasta la actualidad, el nivel académico del master en Enfermería ha ido evolucionando para poder adaptarse a las nuevas tendencias.

En Portugal, la educación Superior comprende la educación universitaria y la educación politécnica. Tanto una como otra, conceden el grado de Licenciado

además del título de Máster (en portugués Mestrado), este último con una duración de 90 a 120 créditos.

La educación politécnica a la que pertenece la disciplina de Enfermería, está orientada a conseguir una especialización de naturaleza profesional y la universitaria, está más enfocada a la naturaleza académica, profundizando más en la investigación.

El tercer ciclo de estudio, que otorga el título de doctor, dura tres años conocido en Portugal como “doutoramento”. Este período está formado por un periodo de docencia, en el que se podrá reconocer la formación de investigación realizada en un máster y un período de investigación que culminará con la defensa de la tesis doctoral. Para acceder a este, es necesario poseer un grado de maestría o equivalente.

1.1.4.2 Posgrado de Enfermería en España

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) del 21 de noviembre del 2003, dota al Sistema Sanitario de un marco legal que contempla los diferentes instrumentos y recursos que hacen posible la integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, en su vertiente pública y privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplan con los niveles de competencia necesarios para tratar de salvaguardar el derecho a la protección de la salud. En su título II, la LOPS aborda una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud y establece la necesidad de proceder a una nueva reglamentación.

Los programas de Postgrado comprenden los estudios de segundo y tercer ciclo conducentes a la obtención de los títulos de Máster y Doctor. Son estudios con programas flexibles ya que son las universidades las que se responsabilizan de

organizarlos, definirlos y desarrollarlos a través de la creación de una comisión de estudios de Postgrado.

1.1.4.3 Máster en Enfermería

Con la introducción del EEES aparece el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado, cuyo artículo 3.1 indicaba que para el acceso a los estudios oficiales de Posgrado será necesario estar en posesión del título de Grado u otro expresamente declarado equivalente.

En particular, la disposición transitoria tercera del citado Real Decreto 56/2005 contemplaba el acceso a los programas de posgrado de los titulados conforme a sistemas de educación universitaria anteriores al EEES, y establecía que podían ser admitidos a los programas oficiales de posgrado.

Por otra parte, el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado en lo que se refiere al acceso a las enseñanzas oficiales de Máster por el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado, de 2 de julio, recoge en su artículo 16.1 que:

Para acceder a las enseñanzas oficiales de Máster será necesario estar en posesión de un título universitario oficial español u otro expedido por una institución de educación superior perteneciente a otro Estado integrante del Espacio Europeo de Educación Superior que faculte en el mismo para el acceso a enseñanzas de Máster.

Estos estudios pretenden que el estudiante adquiera una formación avanzada, de carácter especializada o multidisciplinar, dirigida a una especialización académica o profesional o bien promover su iniciación en tareas investigadoras.

Son las universidades responsables del diseño, organización, gestión y desarrollo del Título de Máster las que establecerán la duración que habrán de tener para los distintos estudiantes en función del perfil de entrada (estudios universitarios previos al máster) y del perfil de salida.

En cualquier caso, el número de créditos que tendrán que cursar los estudiantes para obtener un título de Máster estará siempre comprendido entre 60 y 120 ECTS (dependiendo de la formación previa de los estudiantes y de los requisitos de las enseñanzas de Máster) y será el órgano responsable del desarrollo del Máster quien establezca el número de créditos que deberá superar cada estudiante.

El plan de estudios contendrá un mínimo de 60 ECTS de formación básica, de los que al menos 36 estarán vinculados a alguna de las materias de la rama del conocimiento a la que está adscrito el título, que se concretarán en asignaturas de un mínimo de 6 ECTS, que se ofrecerán en la primera mitad del plan de estudios.

Se concluirán con la elaboración y defensa de un Trabajo de Fin de Máster, que tendrá una extensión entre 6 y 30 créditos.

1.1.4.4 Especialidades en Enfermería

En los países europeos existe una numerosa oferta de especialización en diversos ámbitos del ejercicio profesional y en la mayoría de países se han generado importantes cambios tanto en la formación básica como en la formación postgraduada para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Se han realizado diferentes estudios con el objeto de conocer la situación de las especialidades de Enfermería en la Unión Europea desde el estudio del Consejo de Europa sobre Formación Complementaria para Enfermeras en los Estados Miembros del Consejo de Europa y en Finlandia, publicado en 1983, hasta otros más recientes (Pérez, 2016).

En España, la formación especializada en ciencias de la salud es una formación reglada de carácter oficial, que tiene por objeto dotar a las enfermeras de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma (art 15 de la LOPS)

El 22 de abril de 2005, el Consejo de Ministros aprueba el Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería. En el artículo 1 especifica que el título de enfermero especialista, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y será necesario para utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados. Las especialidades de Enfermería que quedan establecidas son las siguientes:

- Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médicos Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

Los artículos 3 y 4 hacen referencia a la formación por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas según los términos previstos en la Ley 44/2003 del 21 de noviembre de la LOPS y el acceso de los profesionales enfermeros residentes que deberán de superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal, que ordenará a los aspirantes de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

Así mismo el mencionado RD, contempla el acceso al título de especialista por la vía de la excepcionalidad, para aquellos profesionales en ejercicio que cumplan unos requisitos concretos, obteniendo la titulación por un sistema diferente al de Enfermero Interno Residente (EIR).

Las especialidades de Enfermería han tenido un desarrollo lento y tortuoso con una evidente falta de concreción con relación a las necesidades del sistema nacional de salud, de la comunidad y de los profesionales implicados. Los cambios permanentes del tipo de especialidades y la falta de vinculación al puesto de trabajo crean desconcierto y generan un importante coste económico con un rendimiento desconocido. Por otra parte, la actual falta de vinculación a la Universidad, limitan el desarrollo académico.

En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, elaboró un cronograma de creación de las distintas categorías estatutarias de las distintas especialidades de Enfermería por los servicios sanitarios, algunas de las cuales se alarga hasta 2024.

En la actualidad, cada una de ellas se encuentra en una situación diferente:

La Enfermería Obstétrico-Ginecológica es la única que ha contado con vinculación al puesto de trabajo.

La Enfermería de Salud Mental, después de algo más de una década, en el que se ha invertido en formación, que al final no ha revertido en la población, siendo esto un motivo de frustración para las enfermeras que la han realizado al no poder desarrollar su disciplina ya que las comunidades autónomas siguen sin reconocer la especialidad y sin definir los puestos de trabajo. De hecho, a pesar de ser más las autonomías que han regulado la categoría profesional (Aragón, Baleares, Cantabria, Galicia, Murcia y Comunidad Valenciana) sólo se ha vinculado la especialidad al puesto en Castilla León, Extremadura, País Vasco y Murcia.

La Enfermería del Trabajo: Heredera de la antigua Enfermería de empresa, en la actualidad, cuenta con más de 9000 especialistas de los cuales sólo trabajan unos 4000 (Pérez, 2016).

La Enfermería geriátrica. Según el cronograma, en la actualidad ningún servicio de salud ha procedido a su creación, se propone asumir el compromiso antes de Mayo de 2018.

La Enfermería Pediátrica: A pesar de la formación de dos años, tan sólo Murcia ha vinculado la especialidad al puesto de trabajo. Hasta el 2010 no se ha aprobado su programa formativo.

La Enfermería familiar y Comunitaria: Desde 2010 se lleva a cabo la formación EIR, a pesar de haber más de 350 profesionales formados, siguen sin tener cabida en los servicios de salud al no definir las comunidades autónomas su perfil profesional.

La especialidad de Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, es la única que aún no tiene aprobado aún un programa formativo.

En el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) se ha publicado con fecha 10/11/2016, la orden por la que se crea la categoría profesional estatutaria de enfermera especialista en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Las especialidades que comprende la categoría profesional estatutaria de enfermera especialista son Enfermería obstétrico-ginecológica, Enfermería de salud mental, Enfermería del trabajo, Enfermería familiar y comunitaria y Enfermería pediátrica. Para acceder a la categoría profesional estatutaria de enfermero/a especialista será requisito imprescindible estar en posesión del título de la especialidad correspondiente (BOE, 2016;22).

Así, se modifican las denominaciones de la categoría profesional estatutaria de “matrón/matrona” que pasa a denominarse “enfermero/a especialista en Enfermería obstétrico-ginecológica (matrón/a)” y de la categoría “enfermero/a

de empresa”, que pasa a denominarse “enfermero/a especialista en Enfermería del trabajo.

El BOJA también marca las funciones correspondientes a la categoría profesional estatutaria de enfermero/a especialista, que serán las derivadas de los contenidos establecidos por la legislación vigente en cada momento para sus respectivas especialidades, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición transitoria sexta, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre.

La creación por esta orden de la categoría profesional estatutaria de enfermera especialista supone la aplicación de un compromiso por parte de la Consejería de Salud con el desarrollo de estrategias dirigidas a la ciudadanía que incorporan los cuidados en las distintas fases de la atención sanitaria, como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el tratamiento y su seguimiento y la recuperación de la salud, desde una perspectiva de atención integral. Se enmarca, así, en la Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCuida).

Otro objetivo es la incorporación de las diferentes especialidades enfermeras y la definición en el sistema sanitario público de un modelo de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) que pone a disposición de la ciudadanía la capacidad de las enfermeras para responder a sus necesidades en entornos concretos, adaptándose contexto social, sanitario y global que puedan garantizar unos cuidados de calidad centrados en las personas y no solo en la enfermedad.

Para acceder al título de especialista existen dos vías: vía EIR y por la vía excepcional. Según establece el Real Decreto 450/2005, quienes pretendan iniciar la formación como enfermero residente serán admitidos en una unidad docente acreditada tras superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal, que ordenará a los aspirantes de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

La vía excepcional es la opción que el Real Decreto de Especialidades de Enfermería establece para permitir el acceso a un título de Enfermero

Especialista, bien a través de la experiencia laboral o bien a través de la experiencia laboral y formación complementaria.

1.1.4.5 Doctorado en Enfermería

Las enfermeras con grado de doctor han proporcionado el liderazgo que ha conducido a una mejora de la práctica de Enfermería y al desarrollo de programas de docencia e investigación en Enfermería. Los cambios del sistema sanitario requieren más gestores, analistas de las políticas sanitarias, investigadores clínicos y expertos en el cuidado de salud, tanto en los hospitales como en la comunidad. La Enfermería debe asumir estas funciones de liderazgo y una de las mejores maneras de llevarlo a cabo es a través de la formación avanzada, particularmente a través de la obtención del grado de doctorado.

Internacionalmente (USA, EU, Australia y Canada) existen fundamentalmente tres tipos de programas de doctorado en Enfermería: el grado científico de Doctor of Philosophy in Nursing Science (PhD), el grado profesional de Doctor of Nursing Science (DNS, DSN, DNSc) y Doctor of Nursing Practice (DNP).

El grado PhD, centrado intensamente en investigación, es el que continúa teniendo un mayor prestigio internacional y profesional. En muchos casos sus graduados trabajan en posiciones académicas o gubernamentales donde la investigación es una función primordial.

Por otra parte, los programas de DNS, DSN, DNSc se centran en investigación y sus egresados trabajan en posiciones con funciones de liderazgo en una gran variedad de entornos asistenciales y docentes que requieren iniciativas como pueden ser directores de programas clínicos, profesor de universidad, responsable de un programa asistencial y docentes asistenciales. Sin embargo, el DNP se centra en la práctica basada en la evidencia. Para ello se alcanzan competencias en investigación transaccional en la práctica profesional, evaluación de la evidencia científica, aplicación de la investigación en la toma de

decisiones y en la implementación de innovaciones clínicas viables para el cambio del cuidado (AACN, 2004).

Además, el profesional de Enfermería tiene también otras posibilidades de formación a nivel de doctorado como son el Educational Doctorate (EdD), Doctor of Public Health (DPH) y el Doctor of Philosophy en disciplinas diferentes a la de Enfermería.

El grado de Doctor en Enfermería es relativamente reciente. Hasta 1965 los programas de doctorado más frecuentemente realizados por enfermeras fueron los de EdD (Educational Doctorate). Las primeras doctoras en Enfermería con grado de EdD surgieron al principio de los años 20 del Teachers College de la Columbia University. En 1934 comenzó el programa de doctorado (PhD) en Enfermería en la Universidad de Nueva York, en 1954 la Universidad de Pittsburgh estableció el PhD en Enfermería materno-infantil y en 1960 la universidad de Boston comenzó un programa de doctorado en Nursing Science en el área de psiquiatría. En 1962 el gobierno USA dotó con apoyo económico a los programas de PhD para Enfermería a través del “Nurse Scientist Training Program”, fenómeno que contribuyó significativamente el reconocimiento de la investigación como parte esencial del futuro profesional. El grado de DNS comenzó a otorgarse al comienzo de los años 60 (Roux and Halstead, 2009).

Históricamente el doctorado en Enfermería en Europa, USA, Canadá y Australia ha evolucionado paralelamente al crecimiento de las organizaciones profesionales y de la demanda de la sociedad. Stevenson y Woods (1986) resumen el desarrollo del doctorado en cuatro fases: 1900-1940 EdD o grados de doctor en otras ciencias; 1940-1960 PhD en ciencias básicas o sociales sin contenido en Enfermería; 1960-1970 PhD en ciencias básicas con una subespecialización menor en Enfermería; 1970-presente PhD en Enfermería o DNS (Doctorado en la Ciencia de Enfermería) o DN (Doctorado en Enfermería). Aunque actualmente los contenidos de los dos programas varían muy ligeramente ya que el PhD incluye más estadística y metodología científica

(investigación empírica básica) mientras que el DNS o DN tiene mayor contenido clínico (investigación aplicada); los dos programas tienen resultados similares respecto a los temas de investigación trabajados (Downs, 1989). Además, existe una tendencia a convertir los DNS en PhD ya que tienen mayor reconocimiento y aceptación en los ámbitos académicos.

En España, ya con la Ley Orgánica 6/2001, de 12 de diciembre, se sientan las bases de los estudios de doctorado, correspondientes al tercer ciclo y que conducen a la obtención del título oficial de Doctor o Doctora, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de Abril, se especifica que estos estudios se organizarán y realizarán en la forma que determinen los estatutos de las universidades, de acuerdo con los criterios que para la obtención del título apruebe el gobierno, previo informe del Consejo de Universidades

Según el RD 1393/2007, estas enseñanzas de Doctorado, tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación, podrán incorporar cursos, seminarios u otras actividades orientadas a la formación investigadora e incluirá la elaboración y presentación de la correspondiente tesis doctoral, consistente en un trabajo original de Investigación.

EL 2011, aparece un nuevo Real Decreto 99/2011 que sirve de marco de referencia para la organización de los estudios de doctorado. Esta normativa incorpora las recomendaciones surgidas de los distintos foros europeos e internacionales que han abordado la formación de doctores. Todas estas recomendaciones se refieren a la estructura y organización del doctorado, a las competencias a adquirir por los doctorandos, a las condiciones de acceso y al desarrollo de la carrera investigadora en su etapa inicial, al fundamental papel de la supervisión y tutela de la formación investigadora, a la inserción de esta formación en un ambiente investigador que incentive la comunicación y la creatividad, a la internacionalización y a la movilidad. Para acceder al programa

oficial de doctorado, es necesario estar en posesión de los títulos oficiales españoles de Grado, o equivalente y de Máster Universitario.

1.1.4.6 Posdoctorado en Enfermería

Desde hace dos décadas, las sociedades han evolucionado de una situación en la que únicamente una élite estaba altamente formada, a otra en la que cerca del 40% de las personas de 25 a 34 años poseen una titulación terciaria, (dentro de los países que forman parte de la OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). En un mundo en el que los logros educativos están estrechamente asociados al crecimiento económico, la expansión de los programas de doctorado está desempeñando un papel crucial para impulsar la innovación y la investigación científica, a la vez que contribuye a las bases de conocimiento nacionales e internacionales (OCDE, 2014).

La formación no tiene barreras, después del doctorado, profundizar en los conocimientos obtenidos sobre un determinado tema, debe conducir a una mayor formación académica y una mejor preparación para la inserción en el ámbito universitario y laboral. Se trata de llegar a la excelencia, manteniéndose en la cima de la investigación, siendo capaz de transmitir en cualquier ámbito conocimientos novedosos que abran nuevos horizontes convirtiéndose en personas referentes.

Todo esto confirma el proceso de cambio que ha sufrido la universidad para adaptarse a los nuevos retos planteados en la sociedad a los cuales debe dar solución como institución. Para ello, ha sido necesario plantear reformas curriculares con la intención de implantar la filosofía impulsada por Bolonia y el EEES, donde el aprendizaje basado en competencias se convierte en pieza clave para que los estudiantes puedan desarrollar capacidades que les permitan aprender a aprender y también a desaprender para poder responder

correctamente ante las diferentes situaciones que han de afrontar a lo largo de la vida.

Otra de las ventajas que ofrece el aprendizaje por competencias es la de establecer un vínculo entre la formación y el desarrollo profesional que comparten un objetivo claro, el mejorar de la calidad asistencial y desarrollo de una profesión importante en el Sistema Nacional de Salud de cualquier país del mundo.

La formación académica en distintos niveles competenciales, grado, máster y doctorado ofrece la posibilidad de generar profesionales competitivos en el ámbito de la salud, con una formación que los capacita para poder desarrollar funciones y puestos de gestión que requieren un grado determinado de especialización. De ahí que cada vez sea más necesaria una correcta comunicación entre el mundo académico y el profesional.

1.2 COMPETENCIAS

1.2.1 Concepto y Naturaleza de las Competencias

Según la Real Academia Española (RAE), el término “competencia” posee dos acepciones etimológicas: La primera, procedente del verbo competir, derivada del griego agón, agón/síes, que quiere decir «ir al encuentro de otra cosa, encontrarse, para responder, rivalizar, enfrentarse para ganar» (Gómez del Pulgar, 2013). La segunda, es definida como “*incumbencia, pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado*”. Proviene del latín, competentia que significa pertenecer, incumbir, comprometerse con algo. Esta segunda acepción, denota hacerse responsable de algo, e implica tener la capacidad, habilidad o pericia en un ámbito de su jurisdicción al cual generalmente se le asigna un saber. En este sentido, el significado de este término es aplicable a distintas instancias del saber humano, que dependiendo del enfoque de la disciplina en la que se aplique, tendrá un carácter u otro y podrá adquirir distintos matices (Gómez del Pulgar, 2013).

En la actualidad, se relacionan con la formación y el perfeccionamiento profesional, sin embargo, no se utiliza de manera uniforme ni siempre con el mismo acierto, lo que genera una enorme complejidad en su interpretación y aplicación, tal como manifiesta Rychen y Salganik (2003). No obstante, tres características propias que sirven para definir el concepto son que es “variable” ya que cambia según los autores, depende de los niveles y los destinatarios a los que se dirige, es “Contingente” por responder a intereses y circunstancias determinadas, e “histórico” al quedar limitado y ligado a la realidad temporal a la que alega (García y Sallan, 2010).

En el ámbito sociolaboral, existen vocablos directamente relacionados con la adquisición de competencias que son necesarios aclarar para poder delimitar correctamente el significado de cada uno y su relación con el proceso de adquisición y evaluación de estas. García-San Pedro(2009) ya realiza una comparación entre los términos más relevantes y basándose en lo expuesto por

Fernández-Salineró, define la cualificación profesional como la capacidad general de desempeñar todo un conjunto de tareas y actividades relacionadas con un oficio y apoyadas en la certificación acreditativa. Puede considerarse como un elemento previo a las competencias, ya que estas enfatizan su desempeño en procesos personales y profesionales específicos, considerando esencial, la adaptación al cambio y la flexibilidad en el desempeño de actividades.

En esta línea, otro de los vocablos afines es el de capacidad, entendida como el conjunto de condiciones cognitivas, afectivas y psicomotrices fundamentales para aprender. Está integrada dentro de la noción de competencias, cuyo objetivo es llevar a cabo una actividad determinada.

El concepto de destreza, se relaciona con las capacidades y habilidades, su adquisición supone un dominio, tanto de la percepción frente a los estímulos como de la reacción eficaz para ejecutar la tarea, se diferencian de las competencias en que estas últimas, integran el conocimiento, los procedimientos y las actitudes en la búsqueda de objetivos a corto y largo plazo.

Otros términos ligados con ellas, que forman parte de su definición y convirtiéndose en esenciales para poder desarrollarlas correctamente, son: habilidad, actitud y aptitud.

Cada uno aporta un carácter indispensable que le proporciona una visión íntegra de la situación además de conciencia crítica, responsabilidad por las acciones y desempeño basado en indicadores de calidad, todo esto además, se encuentra reforzado por los rasgos de personalidad que favorecen el poder cumplir una tarea compleja en un contexto determinado y la experiencia personal, puesto que enriquecen y refuerzan la dimensión de arte y creación personal.

Hablamos pues, de una locución muy compleja que resulta de la suma de todas las concepciones anteriores con una característica más que la completa y le otorga coherencia, esta es su carácter dinámico, holístico y situacional. Muchos autores las consideran básicas para conseguir una base profesional más amplia que dé la mejor respuesta posible a todas las transformaciones técnicas, económicas y sociales que se han producido en esta nueva era del conocimiento.

Ya en 1973, McClelland las considera como *“Aquellos que realmente causan un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente”*, planteamiento que pretendía ofrecer una alternativa ante la insatisfacción existente con las medidas tradicionales utilizadas para estimar el rendimiento profesional.

Otro investigador, Boyatzis (1982), añade nuevos aspectos a su definición al considerarlas como *“características subyacentes y estables en el tiempo”*, dos rasgos que las convierten en uno de los mejores predictores de la actuación futura de un profesional en su desempeño actual, cariz fundamental a la hora de poder evaluarlas en un momento determinado, que puede ser válido, entre otros, durante el proceso de selección o promoción profesional. Además, el hecho de que algunas personas las manifiesten más que otras, deja abierta la posibilidad de desarrollarlas, de aprender de los mejores, situándola en relación con un desempeño bueno o excelente en un determinado trabajo. Esto supone el logro de resultados específicos, a través de acciones concretas que se ajustan a las políticas, procedimientos y condiciones del entorno de la organización.

El mundo empresarial, este término comienza a relacionarse con estándares de calidad, argumento que poco a poco va a implantarse en todos los campos, lo que supone un paso más en el terreno de la formación y gestión de recursos humanos, tal como describe Le Boferf (2001), se produce un cambio, al pasar de la ingeniería de la formación, a la ingeniería de las competencias, ya no son suficientes los procedimientos, ahora, es imprescindible que los trabajadores estén preparados para afrontar imprevistos e incluso tomar iniciativas, también

a nivel individual, según este autor, *“La competencia debe definirse más en términos de saber actuar que de saber hacer”*.

Cada vez más, se hace necesario el profundizar en este término, con la finalidad de dar respuesta a los cambios económicos, sociopolíticos, culturales que han provocado una transformación en las dinámicas sociales, donde se deja claro que poseer competencias profesionales, significa disponer de los conocimientos, destrezas y aptitudes imperiosas para ejercer una profesión, que habilitan para resolver problemas profesionales de una forma autónoma y flexible, estando capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo (Bunk, 1994).

Este cambio paradigmático en el mundo laboral, exige además de nuevas cualificaciones que permitan que esos conocimientos y destrezas profesionales especializadas transmitidas en el pasado, no envejezcan rápidamente, haciendo necesario incidir en las disposiciones y conductas que posee una persona para realizar exitosamente una actividad. Así lo contemplan Feliu y Rodríguez (1996), en su definición de competencias al referirse a ellas como *“el conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad”*.

Fueron Gonzi y Athanasou en 1996, los que incorporaron la ética y los valores como elementos fundamentales de la competencia, con este nuevo enfoque holístico, se integran y relacionan atributos y tareas, permitiendo que concurren varias acciones intencionales simultáneamente, teniendo en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo.

Un elemento que enriquece a la competencia es el poder construir aprendizajes significativos y útiles en una situación real de trabajo y eso se obtiene no sólo a través de la instrucción, sino también, mediante el aprendizaje, por la experiencia en situaciones concretas (Ducci, 1997). Para el desarrollo de la investigación, este matiz será clave y punto de partida en su fundamentación, apoyada en la idea de que para construir una formación enriquecedora con una

perspectiva amplia, es necesario definir claramente cuáles son los contenidos vinculados a actuaciones concretas en el ámbito laboral donde la percepción de los estudiantes es fundamental.

Tal como expresa Rué y Martínez (2005), “La competencia es la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad o una tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional”.

Cada vez, el término va haciéndose más complejo, para este autor, no sólo se relaciona con dimensiones de tipo cognitivo, va más allá, a que son tres las grandes dimensiones que la configuran: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes), esta complejidad es la que facilita que se pueda ejercer de manera eficiente en diferentes contextos.

Al estar relacionadas con la calificación y capacitación, algunos autores destacan su utilidad para designar funciones y tareas de trabajo (Guedes y Vale, 2004). Esta misma idea es respaldada por Levy-Leboyer (1997) que las considera “*Repertorios de comportamientos que unas personas dominan mejor que otras, incluso son capaces de transformarlas y hacerlas más eficaces en una situación determinada*”, sirven para diferenciar a los mejores en el desempeño de un trabajo determinado ya que aportan los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios.

Perrenoud (1999) profundiza aún más y las muestra como “*La capacidad de actuar de manera eficaz en un tipo definido de situación, una capacidad que se sustenta en conocimientos, pero no queda reducida a éstos*”.

Otros autores como Lasnier (2000), las definen como: “*Saber hacer, complejo resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades (conocimientos, actitudes y habilidades), utilizados eficazmente en situaciones que tengan un carácter común*”. Usan las competencias, capacidades y habilidades como tres niveles de complejidad en un saber hacer contextualizado.

Una competencia está formada por un conjunto de capacidades y éstas por un conjunto de habilidades que son las exigidas para una ejecución cada vez más

compleja. Las habilidades son un “saber hacer simple” a partir de conocimientos declarativos disciplinares. La capacidad es un “saber hacer medianamente complejo” que integra habilidades. Las capacidades exigen conocimientos procedimentales y condicionales. Las competencias son un “saber hacer complejo” que integra capacidades. Dicho autor, utiliza una metáfora para ilustrar la diferencia entre estos conceptos y expresa que la competencia tiene que ver con estar al volante en un trayecto de largo recorrido, llevando a los pasajeros sanos y salvos a destino dentro de un período de tiempo razonable. Las habilidades y destrezas sirven para manejar correctamente el volante y los pedales, resolviendo las incidencias que puedan producirse en el vehículo y en la ruta, ambas entran en juego, compaginándose.

Un concepto novedoso y original de las competencias, es el planteado por Le Boterf, (2001) que las define en términos de conocimiento combinatorio y coloca al sujeto en el centro de esta. Las encuadra como “un saber actuar validado, saber movilizar, saber combinar, saber transferir recursos (conocimientos, capacidades...) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad”.

Para él: “El individuo puede ser considerado como constructor de sus competencias. Este realiza con competencia unas actividades combinando y movilizando un equipamiento doble de recursos: recursos personales (conocimientos, saber hacer, cualidades personales, experiencias...) y unas redes de recursos de su entorno (redes profesionales, redes documentales, bancos de datos...). La competencia que produce es una secuencia de acción en la que encadena múltiples conocimientos especializados”, para él, *“la persona competente es la que sabe construir a tiempo competencias pertinentes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas”*, afirma que *“El valor de las competencias de una organización no está compuesto por la simple suma de las competencias individuales, sino por sus combinaciones específicas”*, dejando claro que *“La competencia resulta de un saber actuar. Pero para que ella se construya es necesario poder y querer actuar”*.

Otros autores como Pereda, Berrocal y López (2002), las definen como *“un conjunto de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta”*.

Las competencias, según Roe (2002), se caracterizan por dos elementos distintivos: está relacionada con el trabajo específico en un contexto particular, e integra diferentes tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. Es importante distinguirlas de los rasgos de personalidad, que son características estables del individuo. Se adquieren mediante el “learning-by-doing” y a diferencia de los conocimientos, las habilidades y las actitudes, no se pueden evaluar independientemente.

En la legislación, también se ofrece una definición de las competencias y es en La Ley 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, donde se detalla como: “El conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y del empleo”.

La sociedad cada vez exige más a sus profesionales que sepan gestionar la complejidad, sin importar la disciplina, por lo que estos se ven confrontados a situaciones en las que deben demostrar un juicio profesional sólido que se apoye en los resultados positivos obtenidos más recientemente, teniendo en cuenta los aspectos humanos y sociales de las circunstancias. Por otra parte, la rapidez del desarrollo de los conocimientos y de los contextos exige también que los profesionales se conviertan en “aprendices de por vida” capaces de actualizar sus conocimientos y sus competencias. Además, deben contar con una práctica que se base en la reflexión sobre la acción, con la finalidad de mejorar constantemente la calidad de su práctica profesional.

En definitiva, hasta los años 80 se manejaba una concepción de competencias profesionales simple, factorialista, entendiéndolas como cualidades personales, aisladas y eminentemente cognitivas, predeterminantes del desempeño profesional eficiente, en la siguiente década ha evolucionado para devenir en

una concepción compleja, que las defiende como configuraciones funcionales de la personalidad que integran conocimientos, habilidades, motivos y valores, que se construyen en el proceso de interacción social y que expresan la autodeterminación de la persona en el ejercicio eficiente y responsable de la profesión (González y Gozález, 2008).

A partir de aquí, surge una nueva filosofía que sustituye una visión conceptualizadora y sumativa de los conocimientos por un enfoque que centra el proceso de aprendizaje en la capacidad del sujeto que aprende; en la creencia de que es la propia persona la que será competente para poner en práctica comportamientos y estrategias eficaces. Esta aportación es clave para el desarrollo del término en el terreno laboral, consiguiendo su máximo significado, a partir de ahora, los trabajadores asumen un rol diferente en el que se valora cada vez más el poder actuar de forma más autónoma, tomando sus decisiones en función de lo que demande el contexto. Se deja claro que las competencias surgen a partir de las exigencias de las instituciones formadoras, los servicios, la sociedad y a la necesidad de poseer una fuerza laboral calificada; se desarrollan por tanto desde el mundo del trabajo, a partir de diferentes opciones relacionadas con la calificación, las que suprimen o palian los déficits de los sistemas formadores y adecuan la fuerza de trabajo a las necesidades y condiciones laborales reales (Omayda y Laza, 2011).

Al igual que en el mundo laboral, en el académico, existen términos relacionados que suelen emplearse como sinónimos, estos son objetivos y resultados de aprendizaje, conceptos que ya, en la propuesta de los documentos para integrar el Proceso de Bolonia en las instituciones, Kennedy, Hyland y Ryan, (2006), sugieren aclarar para poder diferenciarlos correctamente.

Tal como describe García-San Pedro (2007), los objetivos se definen como “una generalización amplia de una intención educativa”, aluden a lo que el profesor pretende cubrir en un conjunto de actividades de aprendizaje, la ANECA (2013) precisa que suelen ser declaraciones generales que indican los contenidos

fundamentales, el enfoque, la dirección y los propósitos que hay detrás de la asignatura o el programa, desde el punto de vista del profesor y los resultados de aprendizaje, describen en términos cuantitativos y cualitativos, lo que se espera que el estudiante sepa, comprenda o sea capaz de demostrar al finalizar un módulo o programa. Cada resultado es unívoco, describe un logro, es claro y fácilmente comprensible por todos los agentes del sistema universitario.

Las competencias van más allá de las propias formulaciones basadas en la enseñanza y las centradas en los resultados de aprendizaje, en su conceptualización entran en juego cualidades y capacidades genéricas pertenecientes a diferentes ámbitos: cognitivo, personal, interpersonal, de gestión, ético y volitivo.

Esta nueva visión, hace necesario un acercamiento de la universidad a la sociedad y al ámbito laboral, con el fin de crear una enseñanza más práctica y útil para los estudiantes, de ahí, que la incorporación de las competencias al lenguaje universitario, se convierta en algo necesario tal como indica (Monroy, 2011).

Por ser algo novedoso, esto generó ciertas opiniones contrarias, al percibir las como un concepto polivalente e impreciso, según argumenta Rué, otro error cometido, es creer que toda competencia enunciada será lograda por los estudiantes sólo por haber sido prevista y en ocasiones resulta fácil encontrar confusiones entre competencias y actitudes, valores o aptitudes, incluso con los procedimientos.

Sin embargo, lo que queda claro es que el enfoque competencial proporciona un lenguaje común, a escala internacional, para definir y expresar los perfiles académicos y profesionales considerados óptimos, así como para configurar los nuevos planes de estudio.

Una base sólida de conocimiento teórico es fundamental para poder actuar ante una situación determinada, pero tal como expone Perrenoud, para que la

respuesta sea eficaz, no debe reducirse a estos nada más, sino que es necesario la movilización de otros recursos (Aristimuño, 2004).

Es necesario integrar, conocimientos, destrezas y actitudes para que el desempeño profesional sea de calidad. Desde el punto de vista académico constituyen, por tanto, el resultado de un proceso de aprendizaje que deberá garantizar que los estudiantes sean capaces de englobar los conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que exigen los perfiles profesionales.

En este mismo sentido, Donoso y Rodríguez (2007) al valorar los diferentes enfoques de competencias, abogan por la necesidad de superar el enfoque simplista de estas y destacan la importancia de la experiencia profesional además del protagonismo de la persona en la construcción de sus competencias.

Tanto en la perspectiva empresarial como en la educativa, existe un elemento común que es la interacción entre las cualidades personales y las características del entorno. Por tanto, una persona competente, es la que se conoce a sí misma, conoce las funciones que debe cumplir y las condiciones en las que tiene que hacerlo.

A modo de síntesis, hemos de aclarar que las competencias se hicieron necesarias para gestionar la movilidad profesional y las posibilidades de empleo. Interpretarlas desde una perspectiva compleja significa trascender el enfoque simplista en virtud del cual, se entienden como cualidades aisladas, eminentemente cognitivas, que predeterminan el éxito profesional en escenarios laborales específicos, hacia un enfoque personal y dinámico cuya atención está centrada en la participación del profesional que, como persona, construye, moviliza e integra sus cualidades motivacionales y cognitivas en la regulación de una actuación eficiente en escenarios laborales heterogéneos y diversos.

En el ámbito de la enseñanza, el enfoque de competencias, no debería limitarse a la vinculación del concepto economicista que presenta en el ámbito laboral, ni considerarse como una descripción de tareas a desarrollar en dicho escenario,

de ahí, que sea necesario la especificación del concepto en el ámbito educacional ya que serán la base de los programas universitarios.

1.2.1.1 Competencias en la Educación

El cambio hacia una sociedad basada en el conocimiento y sus consecuencias han conformado las bases de una nueva cultura, es decir, una nueva forma de concebir y representar las relaciones entre los sujetos en la sociedad, con ellos mismos y con respecto al aprendizaje; esto va a influir en los modos de actuar de estudiantes y profesores, así como en el sentido y el propósito del conocimiento transmitido y asimilado en las instituciones de educación superior.

La UNESCO, en 1998, en su Informe sobre Educación para el siglo XXI, insiste en la relevancia de la educación para encarar los múltiples desafíos a los que se enfrenta la humanidad y sugiere la calificación por competencias como solución para ampliar las posibilidades y relaciones entre sistema educativo y mundo laboral.

Continuando con este cambio de mentalidad, en la Declaración de La Sorbona, celebrada en 1998, se contempla la incorporación de metodologías didácticas centradas en el proceso de aprendizaje del estudiante que va más allá de lo habitual, extendiéndose a lo largo de la vida, ofreciendo una nueva visión de los planes de estudios centrados en la consecución de competencias, haciendo hincapié en las estrategias de aprendizaje así como en las herramientas de evaluación de la adquisición de las mismas. A partir de aquí y con la llegada del EEES, se convierten en imprescindibles alcanzando un valor significativo y básico en el mundo universitario, en el que se identifican como competencias claves a aquellas que toda persona precisa para su desarrollo y realización personal, así como para formar parte de la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo.

Surge un concepto con una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo, es decir, aquello que los estudiantes son capaces de demostrar al final del proceso pedagógico (Proyecto Tuning, 2005). Este enfoque integrador además de incluir los valores como parte constituyente de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social, servirá para describir el nivel o grado de suficiencia con el cual, una persona es capaz de desempeñar la competencia.

Para Allen, Ramaekers y Van der Velden (2005): *“Las competencias son los conocimientos, las habilidades y las motivaciones generales y específicas que conforman los pre-requisitos para la acción eficaz en una gran variedad de contextos con los que se enfrentan los titulados superiores, formuladas de tal manera que sean equivalentes a los significados en todos estos contextos.”* Ha de quedar claro que las competencias sólo son definibles en la actuación, no pueden ser reducibles ni al saber, ni al saber-hacer y por ello, poseer determinadas capacidades no implica ser competente. Esta no reside en los recursos (capacidades) sino en la movilización, articulación e integración de los mismos en función de una determinada situación y de un determinado contexto (Tejada y Navío, 2005). Por esto, un rasgo esencial de las competencias es la vinculación entre la teoría y la práctica, es decir, los conocimientos teóricos deben abordarse en función de las condiciones concretas del trabajo. Saber, tal como describen los autores, no es poseer, es utilizar, aceptando que el proceso de pasar del saber a la acción, exige un período de reconstrucción y confirman que es situando la competencia en la práctica-acción como se llega a ser competente.

Con la implantación de este nuevo enfoque, que pretende dar solución a los nuevos retos y problemas presentados en el contexto social, comunitario, profesional, organizacional y disciplinar, teniendo en cuenta el desarrollo humano sostenible y las necesidades vitales de la persona, se hace necesario un nuevo planteamiento de los programas formativos que otorguen un sentido

distinto al aprendizaje, a la enseñanza y a la evaluación, no sólo para los estudiantes, sino también para los docentes, las instituciones y la sociedad, que además aporte elementos básicos como criterios acordados y validados en el entorno social y profesional, identificación de saberes y descripción de evidencias que sirvan para gestionar la calidad buscada en educación.

Tal como se refleja en el Informe Mundial de la Unesco sobre la formación para el siglo XXI, en español, traducido como *La Educación Encierra un Tesoro*, por el equipo internacional coordinado por J.J. Delors, los contenidos formativos son: *aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir con los demás* (Zabalza, 2013).

Para que la formación sea efectiva, es preciso cubrir los diferentes espacios de aprendizaje además de desarrollar las competencias que resulten necesarias para los estudiantes universitarios, esto generará el diseño de propuestas curriculares equilibradas y enriquecedoras que posibiliten el desarrollo integral de las personas capacitándolos para ir afrontando retos cada vez más complejos.

En el ámbito de la salud, se ha constatado que al hablar de competencias, no sólo se relaciona con los conocimientos y habilidades, sino que como en otros campos, aparecen factores intrínsecos de las características personales de los individuos, como sus actitudes y valores manifestados en las situaciones de toma de decisiones y que además los profesionales seleccionan o combinan tales componentes con el objetivo de mantener patrones aceptables de desempeño en situaciones específicas, con el fin último de ofrecer a la comunidad y sociedad servicios de calidad. (Vidal, Salas, Fernández y García, 2016).

1.2.1.2 Competencias profesionales Sanitarias

Las definiciones más integrales de la competencia profesional sanitaria tienden a ensanchar el enfoque tradicional de acúmulo de conocimientos y habilidades

técnicas, para incorporar, además, actitudes y valores en el espectro competencial. Esto supone el desarrollo de funciones cognitivas (adquisición y uso de conocimiento para resolver problemas reales), integradoras (uso simultáneo de datos biológicos, psicológicos, sociales, culturales a lo largo del razonamiento clínico), relacionales (comunicación efectiva con pacientes, familiares, colegas...) y éticas (voluntad y empatía emocional para usar estas habilidades de forma juiciosa y humanista). Desde esta noción, la competencia clínica debería facilitar además la capacidad para manejar situaciones ambiguas, tolerar la incertidumbre y la toma de decisiones con información limitada, como son la mayoría de situaciones clínicas a las que se enfrentan los profesionales.

La Asociación de Enfermeras de Canadá (CNS) considera a las competencias como *“El conocimiento, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera especialista ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados”* (CNS, 2010).

En el ámbito sanitario, la bibliografía afirma que este término puede conceptualizarse desde dos acepciones básicas. La primera incluye la suma de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación; la competencia en este sentido, es atribuible a cada persona de manera singular, engloba las características y cualidades indicativas de una ejecución efectiva y diferenciada, es decir, que pueden contribuir a explicar “el valor añadido” que cada profesional aporta con su práctica y además se asume que el profesional de Enfermería tiene una relación interpersonal con el paciente y aplica sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores para una toma de decisiones que le permita desempeñar sus competencias de forma efectiva, acorde a su contexto y situación particular (Dewing y Traynor, 2005).

Es importante señalar que en la calidad de atención no sólo debe interesar la parte técnica, siendo elemental la relación interpersonal enfermera-paciente

para responder a los cambios particulares de cada situación de cuidado específica para cada usuario, se añaden a las competencias aspectos cognitivos, de comportamiento y de comunicación.

Como segunda acepción, puede entenderse en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros. Desde esta perspectiva, las competencias son un marco de referencia, unos estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada y que permiten establecer el área de responsabilidad y el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad (Juvé et al, 2007).

Cowan, abogó por la aplicación de una concepción holística de las competencias incluyendo el conocimiento, las habilidades, el desempeño, las actitudes y los valores afirmando que el uso de un concepto podría permitir el desarrollo de los estándares de competencia más precisos, así como de instrumentos de evaluación (Zaragoza et al , 2007;Cowan, 2007).

Ser competente supone ser *algo más que hábil o experto* y para aprender una competencia se requiere de alguien que la domine previamente y que el aprendizaje tenga lugar en la situación en que se ejercita en la forma de conocimiento funcional. Esta perspectiva añade además que las enfermeras son responsables de *“aprendizaje permanente, la práctica reflexiva y la integración del aprendizaje en la práctica de Enfermería”*. También complementan que buscar una educación de calidad se debe experimentar en un área de la práctica y debe apoyarse en la demostración, el desarrollo y el mantenimiento de la competencia (Ribes, 2011).

Es necesario que los profesionales posean una aptitud para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas para poder resolver las diferentes situaciones que se plantean en el desarrollo de su

cometido, según plantea el artículo 42 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, (2003).

Para Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA, 2017) el concepto de *competencia* alude a una “*capacidad o característica personal estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en una organización*”. Se trata de un elemento clave para la Gestión por Competencias y que radica en identificar dichas capacidades como elementos susceptibles de medición, por lo que la acepción más coherente es la que la considera como un conjunto de comportamientos observables y medibles, de modo fiable y válido, relacionados causalmente con un desempeño bueno o excelente.

La ACSA, denomina *Mapa de Competencias* al conjunto de estas que debe reunir un profesional en su puesto de trabajo, en este se recogen además las Buenas Prácticas o comportamientos observables asociados a las mismas, las evidencias o criterios de verificación que determinan la presencia de las buenas prácticas y las Pruebas, que son los instrumentos de medición y evaluación que determinan el cumplimiento de las evidencias de cada buena práctica integrada en una competencia profesional.

Es importante diferenciar entre competencia clínica y competencia profesional, esta última abarca no solo los aspectos clínicos en sentido estricto, sino también aquellos otros necesarios para el desempeño de la profesión, definiéndose como “Síntesis de conocimientos, cualidades, capacidad de acción y comportamientos, estructurados de modo que permiten responder positivamente en la práctica profesional a los requerimientos de la persona” (Mallart i Navarra, 2012).

1.2.2 La Competencia y sus Componentes

A pesar las diferentes definiciones del término competencias, todas coinciden en ciertos aspectos, los denominados componentes y en otras dimensiones que,

aunque se detallan de manera individual, no deben valorarse aisladamente sino de forma integral.

Como describe Gómez del Pulgar (2013), para llevar a cabo un comportamiento que permita a un trabajador resolver óptimamente situaciones propias de su rol, función o perfil laboral, es necesario disponer de los conocimientos requeridos por la misma que pueden ser nuevos o ya adquiridos, pero sobre los que se necesita profundizar. Es lo que se conoce como “SABER”.

Es un integrante básico, pero no suficiente, no todas las personas, a pesar de poseerlos desarrollan un trabajo con la misma eficacia y efectividad. Es necesario tener claro en cuáles de las situaciones que se presentan a diario, hay que aplicarlos, no es suficiente poseer conocimientos, sino que, además, hay que poseer un conjunto de habilidades y destrezas, lo que se ha denominado “SABER HACER”.

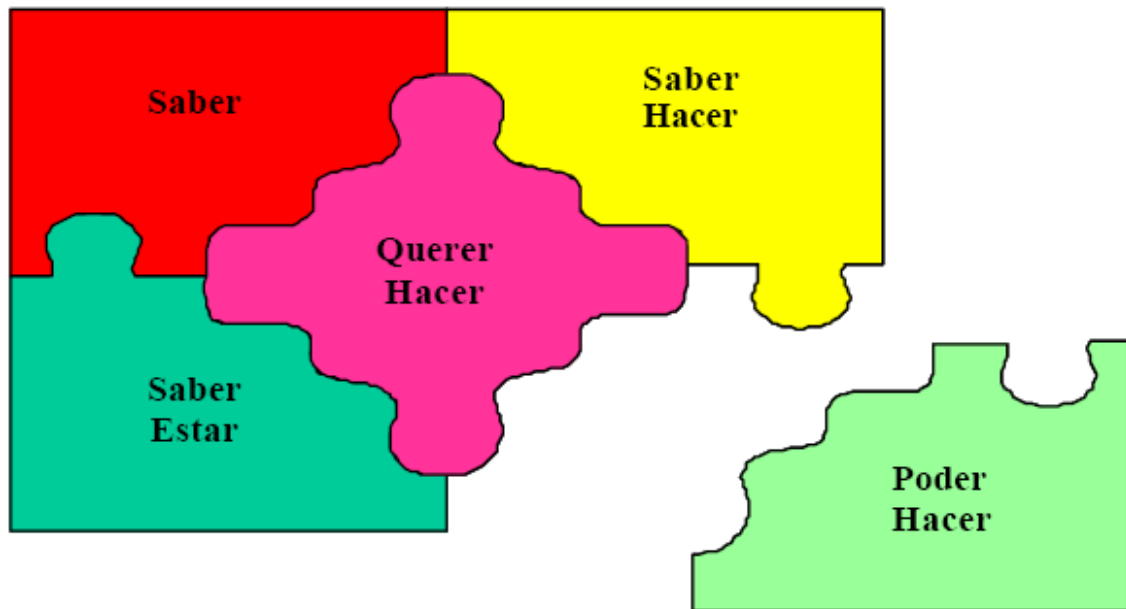
Ser competente va mucho más lejos, además de tener conocimientos, habilidades y destrezas exigidas por el trabajo, el profesional forma parte de una organización con una cultura y unas normas de comportamientos que deben servir de referencia en su desempeño profesional, es decir, además de Saber, Saber hacer, es necesario “SABER ESTAR” para poder trabajar con el equipo de salud, dirigir y coordinar actividades.

Otro elemento básico de la competencia es “QUERER HACER”, para conseguirlo, es necesario que el profesional esté motivado para llevar a cabo dicho comportamiento de manera voluntaria ya que se relaciona con aspectos motivacionales de la persona, tanto internos como identificación, gusto o interés en la tarea, o externos como recompensa o beneficios que se obtienen al realizarla, además del estímulo por el reconocimiento por parte de su grupo y/o tutor.

Existe un quinto matiz que, a pesar de no formar parte de ellas, condiciona el poder realizar cualquier comportamiento de manera integral, este es el “PODER HACER”, aspecto considerado por Le Boterf (1995) y que se halla vinculado a las

posibilidades reales de la persona, aptitudes, rasgos personales, recursos con los que cuenta y las posibilidades del medio.

Tabla 5: Componentes de la Competencia



Fuente: Pereda y Berrocal (2001)

Las competencias son tan complejas que, ante una determinada situación, cada persona la gestiona y las formas de manera diferente, sin dejar de ser competente, Le Boterf (1995), deja claro con esta idea, que la competencia no puede reducirse a un único comportamiento observable ya que pueden existir diferentes estrategias o formas de actuar, dependiendo de cada persona. Además, este autor, reconoce que para formar competencias, es necesario tener en cuenta en las personas los recursos para conseguirlas a la vez que actividades concretas. Otra contribución importante de este autor, es la identificación de las competencias colectivas, es decir, las que surgen como resultado de la cooperación y sinergia entre competencias individuales.

Otro cariz no menos importante y desarrollado por otros autores, entre ellos, Fernández y tejada, alude a la capacidad de crear nuevos conocimientos, nuevas capacidades de intervenir o desarrollar sobre otros valores y actitudes, desde

enfoques distintos del problema o de una situación, que podría denominarse como “SABER DESAPRENDER” (Gómez del Pulgar, 2013).

También es importante el tener la capacidad de movilizar los conocimientos y las habilidades por medio de las actitudes y valores para resolver las diferentes situaciones que se plantean en un determinado contexto, utilizando los recursos disponibles, integrando en un marco conceptual todos los elementos, a los que Gómez del Pulgar denomina “SABER TRANSFERIR”.

El Proyecto Tuning maneja en su definición varios componentes de las competencias, entre ellos, la capacidad de Conocer y comprender, el conocimiento teórico de un campo académico, además de saber cómo, entendiendo por este la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones y en último lugar, saber cómo ser, donde se incluyen los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social (Gómez del Pulgar, 2013).

Tener una competencia no es sólo poseer un conocimiento específico, incluso no es suficiente con saber aplicarlo y desarrollar una labor, significa también ser capaz de desenvolverse en un entorno de trabajo, bajo unas condiciones concretas, y tomar decisiones que pueden implicar múltiples aspectos como priorizar tareas, organizar el trabajo, coordinarse con otros compañeros, y finalmente aplicar los conocimientos y desarrollar un cometido. Además, el profesional competente deberá tomar las soluciones más convenientes, no sólo técnicamente hablando, sino que también tendrá que aplicar criterios de ética profesional y buen hacer.

1.2.3 Clasificación de Competencias

Es frecuente encontrar en la literatura específica que la falta de acuerdo conceptual es un obstáculo para la generalización del empleo del término *competencias*. Como ejemplo, es sabido que existen tantas clasificaciones como

estudios sobre tema. A pesar de ello, es importante presentar algunas clasificaciones para facilitar un cierto ordenamiento de las mismas dependiendo del ámbito donde se desarrollen.

1.2.3.1 Clasificación de las Competencias en el Ámbito Académico.

Para clasificar las competencias, García San Pedro (2010), parte de una distribución enfocada al marco académico, catalogándolas según el alcance y/o nivel de abstracción ya que estos criterios permiten delimitar el ámbito de incidencias. Habla de cuatro niveles de competencias:

- *Competencias básicas o instrumentales:* Aquellas asociadas a conocimientos fundamentales que, normalmente, se adquieren en la formación general, básica u obligatoria enfocadas a la comprensión y resolución de los problemas cotidianos y que permiten, posteriormente, el ingreso al trabajo. Por ejemplo, la comunicación oral, la escrita, la lectura o el cálculo.
- *Competencias genéricas, transversales: intermedias, generativas o generales.* Son aquellas comunes a la mayoría de profesiones y que se relacionan con la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad, conocimientos y valores adquiridos, por lo que se requieren en diversas áreas ocupacionales o son transferibles entre distintas actividades de un sector u organización. Podemos citar la capacidad para trabajar en equipo, el saber planificar o la habilidad para negociar.
- *Competencias específicas, técnicas o especializadas:* Se relacionan con aspectos técnicos directamente vinculados con la ocupación y las competencias específicas de una determinada área de estudio, que no son tan fácilmente transferibles a otros contextos laborales o académicos. Entre ellas, podemos encontrar la operación de maquinaria especializada, la

formulación de proyectos de infraestructura, la elaboración de mapas cartográficos o la interpretación de variables climáticas.

- *Meta-competencias, meta-qualities o “meta-skills”*: Son competencias genéricas, de alto nivel, que trascienden a otras competencias y que parecen favorecerlas, mejorarlas o posibilitar la adquisición de otras. Generalmente, se basan en la introspección, la meta-cognición, la auto-evaluación, el análisis de problemas, la creatividad, y el auto-desarrollo.

La reforma curricular universitaria dentro del proceso de convergencia europeo de educación superior, dirigido a lograr competitividad, empleabilidad y movilidad para los profesionales en Europa a partir de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles, centra la atención en la formación en competencias profesionales (González, 2005).

La concepción de las competencias profesionales en el Proyecto Tuning, reconoce su carácter complejo y las clasifica en dos tipos fundamentales:

- *Genéricas*: Aquellas compartidas por todas las materias o ámbitos de conocimiento que son comunes a la mayoría de titulaciones, aunque con una incidencia diferente y contextualizada en cada una de las titulaciones en cuestión. En una sociedad de cambio, este grupo de competencias adquieren especial relevancia. Se desarrollan con relación a tres criterios claves (Rychen, 2003):
 - Favorecen conseguir resultados tanto a nivel personal como social de mayor valor.
 - Se ajustan a ser empleados en un vasto contexto de situaciones y circunstancias.
 - Son significativos para la vida dado que proveen de herramientas para que todas las personas se enfrenten de manera exitosa a una amplia variedad de exigencias.

En estas, se incluyen elementos de orden cognitivo y de orden motivacional y se expresan a través de las denominadas:

- *Competencias instrumentales*: Son capacidades cognitivas, metodológicas, técnicas y lingüísticas que se consideran necesarias para la comprensión, la construcción, el manejo, el uso crítico y ajustado a las particularidades de las diferentes prácticas profesionales, de los métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos profesionales. Por tanto, estas competencias constituyen las capacidades y la formación del graduado.
- *Competencias interpersonales*: Se relacionan con las habilidades de relación social e integración en distintos colectivos, así como la capacidad de desarrollar trabajos en equipos específicos y multidisciplinares (interacción social y cooperación).
- *Competencias sistémicas*: son capacidades relativas a todos los sistemas (combinación de entendimiento, sensibilidad y conocimiento; necesaria a la previa adquisición de competencias instrumentales e interpersonales). En general, hacen referencia a las cualidades individuales, así como a la hora de trabajar:

Tabla 6: Competencias Genéricas. Proyecto Tuning

<i>Competencias instrumentales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos generales y de la profesión. • Capacidad de análisis y síntesis. • Capacidad para organizar y planificar. • Resolución de problemas. • Capacidad para tomar decisiones. • Comunicación oral y escrita en la propia lengua. • Conocimiento de una segunda lengua. • Habilidades básicas para el manejo del ordenador. • Habilidades para la gestión de la información. • Experiencia profesional.
<i>Competencias interpersonales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de crítica y autocrítica. • Trabajo en equipo. • Habilidades interpersonales. • Trabajar en equipo multidisciplinares. • Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas. • Apreciación de la diversidad y de la multiculturalidad. • Habilidad para trabajar en un contexto internacional y conocimiento de culturas y costumbres de otros países. • Capacidad para adquirir un compromiso ético.

<p><i>Competencias sistémicas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica. • Habilidades de investigación. • Capacidad de aprender. • Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones. • Creatividad o capacidad de generar nuevas ideas. • Capacidad de liderazgo. • Capacidad de trabajar de forma autónoma • Capacidad para el diseño y gestión de proyectos • Iniciativa y espíritu emprendedor. • Contenidos del perfil emprendedor. • Preocupación por la calidad. • motivación por alcanzar metas (motivación de logro). • Responsabilidad en el trabajo. • Motivación por el trabajo • Seguridad en sí mismo. • Resistencia al estrés.
---------------------------------------	--

Fuente: Proyecto Tuning (2002)

- *Específicas*: Aquellas relacionadas con disciplinas concretas, con un ámbito o titulación, estando en este sentido, orientadas a la consecución de un perfil específico del graduado o graduada. Son próximas a ciertos aspectos formativos, áreas de conocimiento o agrupaciones de materias y suelen tener una proyección longitudinal en la titulación

Para Tejada, citado por Pedraza (2013), las competencias genéricas pueden llamarse también transversales y son susceptibles de ser aplicadas en situaciones variadas permitiendo pasar de unos contextos a otros; mientras que las específicas serían más restringidas por su utilidad.

A pesar de estas divisiones, tal como expone de Miguel (2006), hemos de ser conscientes de que el verdadero crecimiento del estudiante, en las competencias contempladas en el perfil de una titulación, se produce con la integración de todas ellas, no deben tratarse por separado, de tal manera que queden integradas dentro del programa formativo tanto conocimientos y habilidades como actitudes y valores, ya que el fin último del aprendizaje por competencias no es separar los componentes sino ser capaz de integrarlos todos de la mejor manera para dar la mejor respuesta posible a situaciones complejas.

Por ello, hoy en día para las universidades es un reto no solo diseñar un currículo potenciador de competencias profesionales, que implica cambios tanto en los paradigmas de enseñanza y aprendizaje como en los roles que asumen estudiantes y profesores, sino también concebir la formación y desarrollo de competencias genéricas y específicas en su interrelación en el proceso de formación profesional.

En el entorno actual, los campos profesionales sufren transformaciones continuas a las que han de adaptarse los trabajadores, la versatilidad es, cada vez más, una característica fundamental para desarrollar en la formación profesional, que conlleva implícito una formación que permita realizar ajustes permanentes, demostrar equilibrio ante los cambios y que ofrezca capacidad de inserción ciudadana en los diferentes contextos sociales.

1.2.3.2 Clasificación de las Competencias en el Ámbito Laboral

En la actualidad, el desempeño profesional eficiente en una sociedad globalizada y del conocimiento exige, además de las competencias específicas propias del ejercicio de una determinada profesión, competencias genéricas o transversales, que se expresan en diferentes profesiones, tales como: la capacidad de gestionar de forma autónoma y permanente el conocimiento, de investigar, de trabajar en equipo, de comunicarse en un segundo idioma y de aprender a lo largo de la vida.

La preparación profesional abarca, pues, tanto la formación o entrenamiento en competencias específicas de la profesión, es decir, saberes y técnicas propias de un ámbito profesional como el entrenamiento en competencias genéricas comunes a muchas profesiones. Las competencias específicas están más centradas en el «saber profesional», el «saber hacer» y el «saber guiar» el hacer de otras personas; mientras que las competencias genéricas se sitúan en el «saber estar» y el «saber ser». Son transferibles en el sentido de que sirven en diferentes ámbitos profesionales (Corominas, 2006). Bunk (1994) comparte

esta idea y añade que, en el mundo laboral, además de ser necesarias las competencias técnicas, funcionales o relacionadas con el puesto, deben adquirirse otros tipos de competencias profesionales de carácter general tales como:

- Las competencias metodológicas, relacionadas con la capacidad de transferir el «saber hacer» a diferentes contextos profesionales.
- Las competencias sociales, referidas a las habilidades comunicativas y de interacción social.
- Las competencias participativas, referidas a la pertenencia a un grupo, a la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades.

Estas competencias se consideran parciales y su integración, da lugar a la competencia de acción que es indivisible.

El entorno contemporáneo, a nivel sanitario, está caracterizado como en el resto de las organizaciones, por un incremento de la variedad, la complejidad y la sofisticación de las actividades, además de por una creciente diversidad socio-cultural, una fuerte presión asistencial y unos ciudadanos muchos más preocupados por todo lo relacionado con su salud, que ha generado a nivel administrativo y de gestión una preocupación por mantener una la calidad. El enfoque basado en competencias surge como respuesta a esta iniciativa con el fin de mejorar la calidad y de implicar a los profesionales que este proceso.

A partir de esta idea, se define una normativa básica que ha facilitado desarrollar el papel de las competencias profesionales, mostrando el interés existente por instaurar un modelo de gestión basado en competencias. Entre ellas se encuentran:

- La Ley de cohesión y Calidad del SNS, que en su artículo 40, sobre desarrollo profesional, enfatiza la importancia de la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de competencias.

- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que hace referencia a la formación especializada de los profesionales sanitarios, así como la necesidad de acreditar su competencia profesional de manera regular.

Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud donde se establece la necesidad de evaluar las competencias profesionales, es su artículo 31.4 que versa sobre sistemas de selección “...los baremos de méritos en las pruebas selectivas para el acceso a nombramientos de personal sanitario se dirigirán a evaluar las competencias profesionales de los aspirantes a través de la valoración, entre otros aspectos, de su currículum profesional y formativo, de los más significativos de su formación pregraduada, especializada y continuada acreditada, de la experiencia profesional en centros sanitarios y de las actividades científicas, docentes y de investigación y de cooperación al desarrollo o ayuda humanitaria en el ámbito de la salud.” Y en el artículo 40 donde se contempla la posibilidad del desarrollo profesional de sus trabajadores a través de la Carrera Profesional.

En Andalucía, partiendo de la base legal anterior, se han desarrollado el programa de Acreditación de Competencias Profesionales, tomando como referencia el I y II Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en las que se regula la acreditación de actividades de formación continuada con el fin de reconocer los logros alcanzados por los profesionales e impulsarlos hacia el desarrollo profesional favoreciendo con ello la calidad del sistema sanitario.

Este programa se concibe como el proceso que observa y reconoce de forma sistemática la proximidad entre las competencias que realmente posee un/a profesional y las definidas en su mapa de competencias, en el que se diferencian dos tipos estándar de competencias:

- *Competencias generales:* Afectan a todos los profesionales del sistema sanitario independientemente de su puesto o categoría, coinciden con las

que se dan en otras organizaciones de otros sectores (Consejería de Salud, Andalucía, 2006) y son:

- Actitud de aprendizaje y mejora continua.
 - Trabajo en equipo.
 - Orientación a resultados.
 - Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes.
- *Competencias transversales*: Se relacionan con contenidos esenciales del ámbito sanitario. Están formuladas en un lenguaje más cercano al profesional y a su ámbito de práctica, aunque algunas guardan relación con las utilizadas en otros entornos. Todos los profesionales de una determinada especialidad o grupo profesional comparten competencias generales y transversales.
 - *Competencias específicas*: Son las llamadas “hard” o funcionales y están relacionadas con un puesto o rol concreto. Son determinadas por el centro o unidad en función de su cartera de servicios y de las necesidades particulares.

El programa de acreditación diferencia las competencias que debe poseer un determinado profesional, dependiendo de su titulación y su lugar de trabajo, además, también se recogen las buenas prácticas que deben estar presentes en el desempeño de su labor.

1.2.4 Evaluación de las Competencias

En el vocabulario de evaluación educativa de Castillo (2003) y que recoge Pedraza (2013), aparecen diferentes definiciones para este término, entre ellas:

Tabla 7: Definiciones para el término Evaluación

Tyler, (1950)	“Proceso que tiene por objeto determinar en qué medida se han logrado unos objetivos previamente establecidos”, lo cual supone un juicio de valor sobre la programación recogida, que se emite al contrastar esa formación con los objetivos previamente establecidos”.
Stcker(1964)	“Actividad metodológica que consiste simplemente en la recopilación y combinación de datos de trabajo, con una serie de metas que dan como resultado escalas comparativas o numéricas, y en la justificación de los instrumentos de recopilación de datos, las valoraciones y la selección de metas”.
Scriven (1964)	“Necesidad de valorar el objeto evaluado”. Integra la validez y el mérito de lo que se realiza o de lo que se ha conseguido, para decidir si conviene o no continuar con el programa emprendido”.
Castillejo (1983)	“Recopilación de información rigurosa y sistemática para obtener datos válidos y fiables acerca de una situación, con objeto de formar y emitir un juicio de valor respecto a ella”. Estas valoraciones permitirán tomar las decisiones consecuentes para corregir mejorar la situación evaluada”.
Pérez (1985)	“Proceso de recopilación y provisión de evidencias sobre el funcionamiento y la evolución de la vida en el aula, y con base en ella se toman decisiones sobre la posibilidad, la efectividad y el valor educativo del curriculum”. Más que medir la evaluación implica entender y valorar.
Soler, (1988)	“Medición de los aprendizajes”. Nos permite conocer los errores y los aciertos de la enseñanza y consecuentemente mejorarla”.
Rosales, (1990)	“Una función característica del profesor, que consiste básicamente en una actividad de reflexión sobre la enseñanza”.
Tenbrink, (1991)	“Proceso de obtención de información y de su uso para formular juicios que, a la vez, se utilizarán para tomar decisiones”.
Verdugo (1994)	“Recopilación sistemática de información y articulación de un modelo de funcionamiento personal teórico, en función de los datos recabados”. Incluye tanto procedimientos experimentales como no experimentales, así como procedimientos cuantitativos y no cuantitativos”.
De Ketele y Roegiers (1995)	“Procedimiento que consiste en delimitar, proporcionar y obtener la información útil para juzgar decisiones posibles”.
Escamilla y Llanos, (1995)	“Proceso caracterizado por los principios de continuidad, sistematicidad, flexibilidad y participación de todos los sectores implicados en él. Se orienta a valorar la evolución de los procesos de desarrollo de los estudiantes y a tomar, en consecuencia, las decisiones necesarias para perfeccionar el diseño y el desarrollo de la programación con el propósito de mejorar la calidad educativa”.
Pimienta,	“Proceso sistemático de recopilación de información (cuantitativa y/o

Prieto (2008)	cualitativa) para enjuiciar el valor o mérito de algún ámbito de la educación (aprendizajes, docencia, programas institucionales, sistemas nacionales de educación), previa comparación con unas normas o criterios determinados con anterioridad y que responden a instancias de referencia específicas”.
---------------	--

Fuente: Pedraza (2013)

Algo común a la mayoría de las definiciones, independientemente de quién sea su autor y de si evalúan circunstancias cualitativas o cuantitativos, es la necesidad de generar un proceso sistemático, riguroso en cuanto a la obtención de los datos que se van a interpretar para que, con la base en la comparación, sea posible emitir un juicio de valor con el objetivo de perseguir la mejora del objeto evaluado. Esta idea, sobre todo en las últimas décadas, ha sido básica tanto en educación como en el mundo laboral.

Prueba de ello, son los resultados obtenidos a principios de los años setenta, por investigadores como Snyder (1971), Millar y Parlett (1974) que se dedicaron a indagar sobre cómo era el aprendizaje de los estudiantes en algunas universidades de prestigio, obteniendo como conclusión, sorprendentemente, que no era la docencia lo que más influía en estos, sino la evaluación (Gibbs y Simpson, 2009), demostrando que entenderla como medición, seguía siendo un tema a superar ya que, hasta ahora, se daba alta prioridad a los exámenes de la asignatura y menos importancia al proceso de aprendizaje (formación basada en competencias).

Está claro que el aprendizaje basado en competencias, supone movilizar conocimientos, habilidades y actitudes como recursos disponibles y necesarios para dar respuesta a una situación o actividad determinada. Esto implica que la evaluación ha de constatar la posibilidad de utilizar estos recursos de forma eficaz y ética para atender esa actividad como demanda. Se requiere, por tanto, el planteamiento de situaciones, actividades “veraces”, reales que corroboren la capacidad para analizar los elementos de la situación y la respuesta que se dé para resolverla adecuadamente.

La pirámide de Miller (Miller, 1990) es una forma gráfica de representar la adquisición de competencias y en consecuencia, la forma en la que éstas se pueden evaluar. En el primer nivel se situaría lo que el estudiante “*Sabe*” (sus conocimientos), y que puede medirse a partir de instrumentos como: exámenes tipo test, exámenes orales, de respuesta corta... El segundo nivel alude a cuando el alumno “*Sabe Cómo*” integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes en el contexto de su práctica asistencial, y guarda correlación con pruebas como el desarrollo de casos clínicos, etc. El tercer nivel “*Muestra Cómo*”, se centra en lo que el estudiante demuestra cuando se encuentra en situaciones parecidas a la realidad y tiene que ver fundamentalmente con la actuación frente a maniqués (simulación robótica), actuación ante pacientes simulados (simulación escénica), y simulación virtual. El vértice de la pirámide se corresponde con lo que el estudiante “*Hace*” en situaciones reales, con sus resultados. Representa la forma ideal de evaluar y acreditar las competencias. Los indicadores de la práctica real son el instrumento fundamental de medida en este nivel.

Figura: 3: Pirámide de Miller



Fuente: Adaptación de Juguera (2014)

El modelo establece que la mejor manera de medir las competencias que posee una persona es cuando demuestra poseer estas competencias en un entorno real, es decir, en su práctica diaria.

Dependiendo de para qué, a quién, dónde, etc. se realice la evaluación de competencias, se optará por la metodología y los objetivos implícitos en un determinado nivel o en varios, para seleccionar los instrumentos de evaluación más adecuados para cada caso (Junta de Andalucía, 2006).

El proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), implicó un cambio en la concepción pedagógica, al pasar de un modelo de enseñanza-aprendizaje enfocado hacia la enseñanza a un modelo orientado al aprendizaje basado en el trabajo del estudiante y en el establecimiento de las condiciones idóneas para poder conseguir los objetivos propuestos.

En la última década, se insiste en la importancia de la evaluación como herramienta para gestionar los aprendizajes y garantizar su calidad. Utilizar las

competencias a la hora de evaluar, tal como comenta Cano (2008), facilita la integración del conocimiento evitando fragmentarlo para facilitar el dar una respuesta a la complejidad que conlleva el cambio acelerado del saber, favorecida por una formación integral que permita a las personas enfrentarse a la sociedad del conocimiento.

Evaluar por competencias supone realizar un proceso de determinación o intervalo de expertez en un contexto determinado, en el que el evaluador ha de explicitar las evidencias de la ejecución y la determinación del grado del evaluado, además, implica un sistema de reconocimiento de aquello que las personas aprenden y ponen en acción-actuación, en su entorno laboral, con el fin de lograr sus objetivos; por lo que es importante que en los procesos de formación, se garantice que las personas puedan alcanzar las competencias necesarias que les permitan desempeñarse de manera idónea. En este sentido, es fundamental que la evaluación no sólo se enfoque en la mirada del docente, sino también en la percepción de quien está en el proceso de aprendizaje, a fin de conocer sobre los logros alcanzados y de esta forma, retroalimentar los procesos de enseñanza-aprendizaje (Parra, Tiga , Domínguez y Navas Torres, 2016)

La evaluación ha de hacer más consciente al estudiante de cuál es su nivel de competencias, de cómo resolver las tareas, qué puntos fuertes debe potenciar y qué puntos débiles ha de corregir para enfrentarse a situaciones de aprendizaje futuro. Para poder implantar este pensamiento, es necesario que existan instrumentos que cumplan criterios de autenticidad, validez, fiabilidad y viabilidad.

Entre otras cosas, las medidas cuantitativas han sido, muy criticadas por estar demasiado orientadas a las tareas, mientras que el concepto holístico del cuidado, las interacciones personales y la toma de decisiones, son percibidos como aspectos que no pueden ser fácilmente medidos con este tipo de técnicas. Existen investigaciones que las han analizado, y han llegado a la conclusión de

que muchos instrumentos se encuentran en los principios de su desarrollo y de que su mayor limitación son las pruebas de validez y fiabilidad (Meretoja, Eriksson, y Leino-Kilpi, 2002).

La práctica en los estudiantes no se vincula sólo a la memorización, sino sobre todo al razonamiento clínico, a la toma de decisiones, a la resolución de problemas y a las habilidades en las relaciones interpersonales; por todo esto, es imprescindible disponer de métodos e instrumentos que den fortaleza a los programas de mantenimiento de la competencia para que tenga credibilidad, además de ser necesario establecer un sistema de desarrollo profesional, para que una vez en el mundo laboral, los profesionales puedan adquirir capacidades y aumentarlas para poder seguir siendo competentes.

Además de tener claro la finalidad de la evaluación y los instrumentos a utilizar, es necesario controlar la subjetividad del evaluador y la socialización entre evaluador y evaluado, para paliar estos dos inconvenientes, es adecuado, además del uso de instrumentos fiables, determinar el umbral de la competencia, el uso de métodos de evaluación directo y la triangulación de evaluadores, en nuestro caso, autoevaluación del propio alumno, la del profesor de universidad y al del tutor clínico.

Según la ANECA, la evaluación permite generar la evidencia del aprendizaje, por tanto, es necesario determinar los métodos y criterios de evaluación adecuados para poder valorar si el estudiante ha adquirido el nivel deseado.

1.2.5 Tipos de Evaluación según su Finalidad

Tal como expone Mario de Miguel(2010), *“La evaluación de los aprendizajes desde el enfoque basado en competencias supone la valoración de los diferentes componentes de la misma (conocimientos, habilidades, actitudes, valores...) y esto obliga, por lo tanto, a la utilización de diferentes estrategias y procedimientos así como a su combinación”* (Gómez del Pulgar, 2013).

Otro aspecto a tener en cuenta, es el momento de la evaluación, realizarlo al inicio de la formación, nos da una idea de la situación de partida y de los aspectos en los que haya que incidir, si es durante el proceso, averiguaremos cómo se van desarrollando las competencias que debe adquirir los estudiantes y por lo tanto, detectaremos el nivel en el que se encuentran para poder introducir mejoras. Evaluar al final nos valdrá para certificar la adquisición de las competencias y si el nivel se corresponde con el esperado. (Pedraza, 2014)

Avolio de Cols e Iacolutti (2006) realizan una descripción sobre los diferentes tipos de evaluación dependiendo del propósito que se pretenda conseguir. A grandes rasgos, se puede evaluar para:

- *Diagnosticar*, considerándose las experiencias previas, las actitudes y las expectativas de los estudiantes al comienzo del proceso de aprendizaje. Proporciona al docente información sobre la existencia y las características de los saberes y capacidades requeridas para determinarlos.
- Introducir ajustes para mejorar la enseñanza y el aprendizaje. Regula o ajusta las acciones para comprender y mejorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje.
- Comprobar los logros de aprendizaje. Comprueba o constata el logro de las capacidades expresadas en los objetivos del módulo.

1.2.5.1 La Evaluación como elemento del proceso de Enseñanza-Aprendizaje

En la formación basada en competencias, es necesario tener claro su definición, así como intentar elaborar unos procedimientos que corroboren que si el alumno las ha alcanzado al final del proceso. Por esto, como explica Mario de Miguel (2010), una vez establecidas las competencias a adquirir, es importante la planificación de las metodologías de enseñanza-aprendizaje adecuadas para su logro, así como los criterios y procedimientos de evaluación que son necesario utilizar para comprobar si se han adquirido realmente.

Figura 4: *Proceso enseñanza-aprendizaje*



Fuente: Mario de Miguel, 2006

Este autor, propone en su modelo, tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales: las competencias a alcanzar por los estudiantes, las modalidades y escenarios previstos para realizar los procesos, los métodos concretos a utilizar durante el desarrollo de las actividades de enseñanza-aprendizaje, además de las estrategias de evaluación consideradas necesarias.

Por tanto, para que la adquisición de las competencias sea posible, es necesario observar el entorno y las situaciones concretas donde se llevan a cabo, además de integrar la formación en conocimientos y habilidades con actitudes y valores.

Es imprescindible conocer cómo los alumnos perciben la adquisición de sus competencias en su ámbito de prácticas además de estimar el nivel de aplicación de estas en situaciones reales, ya que ellos son los protagonistas en el proceso de enseñanza aprendizaje basado en competencias, matices básicos para el desarrollo de esta tesis, que se basa en la importancia de la

autoevaluación dentro de la evaluación global donde están incluidas la del tutor y del docente como componentes fundamentales dentro del sistema enseñanza-aprendizaje.

La incorporación a los distintos entornos profesionales se produce en el desarrollo de la asignatura del practicum, que se ha convertido en un pilar básico dentro del curriculum del Grado, adquiriendo un gran protagonismo en la formación integral del estudiante. Se trata de una materia independiente, desarrollándose en un escenario privilegiado para la aplicación, integración y transferencia de conocimientos, que necesita la participación activa del alumnado para que se pueda avanzar satisfactoriamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

1.2.5.2 Instrumentos para la Evaluación de Competencias

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, considera la evaluación de los estudiantes como uno de los elementos más importantes de la educación superior. De ahí que establezca unas directrices básicas a la hora de elaborar procedimientos de evaluación, entre las que se encuentran:

- Que sean capaces de medir la consecución de los resultados esperados.
- Que sean apropiados para sus fines, ya sean de diagnóstico, formativos o sumativos.
- Incluir criterios de calificación claros y publicados.
- Ser llevados a cabo por personas que comprendan el valor de la evaluación.
- No depender, siempre que sea posible, del juicio de un solo examinador.

La misma ANECA, en 2013, insiste en la necesidad de que los estudiantes conozcan la estrategia de evaluación que está siendo utilizada en esos momentos, además de tener claro qué es lo que se espera de ellos y cuáles son los criterios que se aplicarán para la evaluación de su actuación.

Con respecto a los instrumentos de evaluación debe tenerse en cuenta su validez, su fiabilidad además de preguntarse si son factibles, siempre teniendo en cuenta los principios básicos de la evaluación, precisando qué se quiere medir, aspectos que han de quedar claro desde el momento inicial, como paso previo a la elección del instrumento.

Estos, han de evaluar el proceso de formación teniendo en cuenta lo que se quiere conseguir, abarcando, en lo posible, todas las dimensiones de la competencia, como sería conocimientos, habilidades y actitudes. Para conseguir este objetivo, a veces es necesario el uso de varios instrumentos que se complementen, obteniendo entre toda una visión mucho más integradora de todo el proceso.

Para evaluar las competencias clínicas se han elaborado diversas pruebas de tipo práctico, la mayoría de las cuales se incluyen dentro de las llamadas técnicas evaluadoras observacionales y que frecuentemente comportan la utilización de simulacros.

Según de Miguel (2016), las técnicas observacionales son procedimientos que se utilizan para la evaluación de conductas o realizaciones mientras se producen (ejecuciones, debates, exposiciones...) o bien para la evaluación de productos ya acabados (trabajos escritos, proyectos.). En ellas se pueden utilizar dos tipos de registros de las realizaciones y/o productos objetos de la evaluación: registros abiertos y registros cerrados.

Registros abiertos: destacan los descriptivos que recogen incidentes específicos de la conducta de los sujetos que describen algún comportamiento observado que se considera importante para la evaluación y los registros tecnológicos (videos...).

Los registros cerrados: sobre todo las listas de control y las escalas de valoración. Las listas de control de evidencias consisten en una relación de características, previamente preparada, que se refiere a aspectos de comportamiento, a actuaciones en un área determinada o a características de

una realización acabada. Este sistema permite el registro de evidencias en ambientes reales de trabajo, en situaciones simuladas, en entrevistas, en el análisis de productos o en el de documentación de distintito tipo. Para que este instrumento cumpla su función, es importante que los criterios de realización que lo componen sean claramente observables, suficientemente explícitos, para lo cual es importante que su redacción sea directa y precisa, tengan el mismo nivel de especificidad y posibiliten sólo distinciones dicotómicas (si/no, correcta/incorrecta).

Escala de valoración: son listas de control calificadas, el observador emite un juicio sobre la manera, la forma, el grado, la frecuencia o la intensidad en que se presenta las diversas características predeterminadas, mediante una escala numérica que puede ser continua o discreta, gráfica o verbal.

Las rúbricas, según Torres y Perera (2010) “Son un instrumento de evaluación basado en una escala cuantitativa y/o cualitativa asociada a unos criterios preestablecidos que miden las acciones del alumnado sobre los aspectos de la tarea o actividad que serán evaluados”. Estos autores la clasifican en dos grupos: Las holísticas, que evalúan el aprendizaje desde una visión más global y que no involucran necesariamente un listado de niveles de ejecución o rubros (contenidos) y por otra, las rúbricas analíticas, centradas en un área concreta del aprendizaje. Usualmente constan de tres componentes: Conceptos o rubros, Escala de calificación (o nivel de ejecución) y Criterios o descriptores.

Las rúbricas pretenden dirigir el nivel de progreso del estudiante gracias a su carácter retro alimentador, formativo y autoevaluativo. Se busca que los estudiantes a través de su uso, mejoren o adquieran gradualmente diversas competencias profesionales en su dimensión conceptual, procedimental y actitudinal.

A través de ellas, los estudiantes y profesionales logran hacer explícito lo tácito, de ahí que estén indicadas para evaluar áreas del currículum que son complejas, imprecisas y subjetivas, mediante un conjunto de criterios graduados que

permiten valorar el aprendizaje, los conocimientos y/o las competencias logradas por el estudiante.

Por otro lado, se encuentran Las Técnicas de Simulación que son recreaciones artificiales de una situación o circunstancia clínica con el propósito que el sujeto evaluado realice determinadas tareas de manera controlada y sin que ello suponga un riesgo para los pacientes. Se pueden utilizar diversos instrumentos, desde el lápiz y papel y como se hace en los llamados papel-pencil patient management problems, (PMP), los ordenadores (utilizando la clínica case simulations o CCX, versión informatizada de los PMP) y la realidad virtual.

La Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE) es un formato que incluye diversos instrumentos evaluativos y que está estructurada de tal forma que los evaluados realizan una rotación por un circuito de estaciones secuenciales donde han de desarrollar una gran variedad de habilidades. Su finalidad es representar, simular la realidad que vive el profesional, se trata de un ejemplo claro para evaluar el Nivel III de la Pirámide de Miller.

El alumno durante la realización de la ECOE, sabe qué le va a ser evaluado, pero desconoce en qué momento se va a llevar a cabo dentro de la simulación. De esta manera, en todas las situaciones clínicas el estudiante debe actuar de la manera más correcta posible, ejerciendo como un profesional idóneo o competente en todos los casos, poniendo en juego de forma orquestada sus conocimientos, habilidades y actitudes (Martínez, 2005).

La evaluación de competencias en entornos simulados en ciencias de la salud, se ha convertido en una herramienta importante, ya que es posible reproducir las condiciones de una situación real, permitiendo la evaluación sin riesgo de dañar al paciente, además es posible la repetición de esta, además de reproducir situaciones poco frecuentes (Tiffen et al, 2011), sin embargo, está aceptado por los expertos en simulación, tal como indican Rosen et al (2008), que la adquisición de competencias individuales en habilidades clínicas no es suficiente, es necesario trabajar la coordinación del equipo, la comunicación y la

cooperación puesto que son esenciales para la práctica asistencial eficaz y segura.

Es importante analizar las sesiones de simulación desde tres vertientes para que sean las más enriquecedoras posible, desde el punto de vista del instructor, teniendo en cuenta la evaluación del grupo de estudiantes que han estado observando el escenario además de la reflexión del propio alumno evaluado.

La simulación complementa el aprendizaje del alumnado en sus prácticas clínicas en entornos reales, fomentando la experiencia reflexiva en cada una de sus actuaciones como futuros Graduados en Enfermería.

El papel activo del alumno y el aprendizaje reflexivo que permite la simulación clínica, junto con el uso de tecnologías robóticas de última generación, hace que este abordaje de los cuidados de Enfermería en el ámbito universitario sea atractivo y ameno para el estudiante y constituya un reto para el profesor, que debe adquirir un papel de facilitador o tutor, más que un mero trasmisor de información (Leal et al, 2016).

Registros narrativos son registros escritos retrospectivamente de la conducta de uno mismo o de otros sobre la base de cierta continuidad. Pueden adoptar diferentes formatos, entre ellos se encuentran: los portfolios o carpetas de aprendizaje que son compilaciones selectivas y validadas de materiales sobre las actuaciones realizadas por el estudiante. Dado que en gran medida se basa en el análisis de aquello realizado en la práctica real, es un prototipo paradigmático del nivel IV de la Pirámide de Miller (action – does).

Al ser un instrumento de base flexible, personalizada y autodirigida, la aceptabilidad es óptima. Su impacto educativo es óptimo por tratarse de un instrumento centrado en la práctica, en el aprendizaje y en la reflexión.

El portfolio realiza una evaluación integral analizando conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes que realizan un importante proceso de reflexión sobre sus vivencias, facilitando dilucidar entre lo que saben, lo que se está aprendiendo y el desempeño real o auténtico.

Los logbooks utilizados para documentar las actividades de aprendizajes relevantes realizadas en áreas específicas. Son muy estructurados y limitados con respecto a los contenidos y generalmente dan poca oportunidad al estudiante para exponer sus reflexiones (Gómez del Pulgar, 2013)

Evaluar la competencia clínica es una labor compleja, tanto desde el punto de vista intelectual como técnico, por tanto, para evaluar los diferentes componentes de las competencias es necesario utilizar una combinación de diferentes métodos.

1.2.5.3 Evaluación de Competencias Clínicas.

En la actualidad y a pesar de que se han desarrollado una multiplicidad de instrumentos, no existe un “Gold Standard” en Enfermería que permita medir las competencias en las prácticas clínicas de los estudiantes en un entorno real, debido a la concepción holística de estas y a lo complejo de la actuación enfermera (Parra, Tuga, Domínguez y Navas, 2016). Aún se necesitan estrategias o modelos efectivos de evaluación que logren integrar todos los elementos de esta concepción, pues existen pocos acuerdos en cómo medirlas.

Las competencias clínicas se adquieren en la asignatura de prácticum, que forma parte del Plan de Formación, con sus características y objetivos propios. La evaluación debe realizarse de forma objetiva y continua, a través de un aprendizaje progresivo.

Concretar qué y cómo debe aprender el estudiantado a través de una programación detallada permite que se cumplan estos dos criterios en la evaluación de las prácticas clínicas.

Para que esta sea lo más objetiva posible asegurando un aprendizaje progresivo, ha de partir de la observación y de la descripción a la puesta en marcha de las habilidades observadas, siendo el resultado final la adquisición de competencias profesionales.

Todos los actores implicados en el proceso, profesores coordinadores del practicum y responsable de la asignatura, profesores asociados de la Ciencias de la Salud, tutores clínicos o en su defecto, profesionales responsables de los estudiantes y estos mismos, han de conocer el programa formativo y han de tener claro que el sistema de evaluación debe ser una herramienta de aprendizaje y no un fin en sí mismo.

En la actualidad, los currículums de Enfermería, basados en el enfoque de competencias, se ha optado por un modelo de evaluación que garantice a los estudiantes alcanzar el nivel de competencia deseado y que a su vez permita la autorregulación de los procesos de formación, convirtiéndose también un objetivo a nivel profesional.

Según la normativa, en el artículo 42 de la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003, recoge el término “Evaluación de Competencias” aclarando que “La competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que le plantean”.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) en España, también se regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

La LOPS configura el marco jurídico a partir del cual se definen el desarrollo profesional, la acreditación de la competencia, la carrera profesional, la formación continua y la investigación como bases de un sistema imprescindible para propiciar el desarrollo del Sistema Sanitario de acuerdo con el principio de calidad asistencial y de mejora permanente de las prestaciones sanitarias. Dentro de esta Ley, el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) se define como “el

reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que presta sus servicios”.

Para Martín Zurro (2006), el DPC individual es el proceso por el que una persona que ejerce una profesión, mantiene y mejora su grado de competencia, lo que implica una dinámica activa de progresión, mantenida a lo largo de toda la vida profesional, en busca de la excelencia de la práctica y comprende los ámbitos de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes. Partiendo de este planteamiento, los componentes del DPC individual incluyen cinco ámbitos:

- Formación continuada o conjunto de actividades formativas que el profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la titulación básica y la de la especialidad correspondiente.
- Actividad asistencial, incluyendo la asistencia propiamente dicha, la gestión clínica y la implicación activa en la organización (sesiones, comisiones, grupos de trabajo).
- Actividades de investigación y docencia.
- Otras actividades de perfeccionamiento (estancias, etc.).

- Ética y profesionalismo, como apartado que ha de impregnar a todos los anteriores.

El DPC y algunas de sus aplicaciones como la Carrera Profesional (CP) que es el resultado de la valoración de diferentes elementos del DPC individual en relación con el contexto laboral del profesional sanitario y que se traduce necesariamente en la asignación del profesional a un determinado nivel según determine la entidad en la que presta sus servicios asociado también, con criterios de antigüedad (Santiñá et al, 2009), necesitan de instrumentos válidos y fiables que midan la competencia profesional ya que la aplicación de este concepto en el desarrollo de la actividad y el cumplimiento de los objetivos de la

organización comportarán un reconocimiento y recompensa por parte de la institución para la que trabaja, y normalmente implica un complemento retributivo.

Está claro que conforme se adquiere experiencia en el mundo laboral, se genera sabiduría clínica que es una amalgama de los saberes prácticos elementales. Como profundizaremos a continuación, Benner (1987) expone que *“una actuación competente alcanza cotas altas de eficiencia cuando faltando las condiciones idóneas, se consigue hacer lo más adecuado para el estado del enfermo en una situación determinada”*.

1.2.6 Práctica progresiva Enfermera

Con el proceso de formación enfermera basado en la adquisición de competencias y desarrollado en diferentes fases, se pretende conseguir un aprendizaje integral fundamentado en el “ser”, “el saber” , “el saber hacer” y “querer hacer”, que capacite para afrontar retos cada vez más complejos.

Se trata de una fase de maduración que aspira a promover el avance del ser humano hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva, permitiendo la creación de bases sólidas para el desempeño del profesional (Carrillo et al, 2013).

Para Benner, *“el progreso del saber, consiste en aplicar los conocimientos prácticos (Know-How) mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada”*. Esta autora, corrobora que la experiencia es un requisito previo de la pericia o cualificación personal, ya que facilita la interpretación de las situaciones clínicas, además afirma que los conocimientos inherentes a esta competencia de grado superior son determinantes para la mejora del funcionamiento asistencial y el progreso de la ciencia enfermera. Idea plasmada en su libro “From novice to expert”, donde apoyada en el modelo de los hermanos Dreyfus, intenta explicar

la forma que permite a los profesionales de Enfermería hospitalarios adquirir pericia clínica a través de diferentes fases.

1.2.6.1 Modelo de referencia en la Práctica Progresiva: Patricia Benner

Los hermanos Hubert y Stuart Dreyfus, entre 1977 y 1982, describieron el proceso de la evolución hacia la expertez, estudiando a pilotos aéreos y a jugadores de ajedrez, primero a través de la aplicación de los conocimientos teóricos y después por el análisis, la acumulación y discriminación de experiencias vividas, describiendo sus conclusiones en “Dreyfus model of skill acquisition”, “Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades”.

El modelo de adquisición de habilidades, se basa en la idea de que todo estudiante o aprendiz, agencia los conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia, denominados: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto. El paso de un nivel a otro se realiza a través de la adquisición de habilidades que van a producir cambios en la ejecución profesional experta.

Generando giros en tres niveles, en primer lugar, Se pasa de confiar en los principios y normas abstractas a utilizar la experiencia específica y pasada, además de cambiar la confianza en el pensamiento analítico, basado en normas por la intuición, un segundo cambios se produce cuando el profesional o estudiante deja de percibir que toda la información de una situación es igual de importante y por último, cuando deja de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la misma.

Este modelo concluye con las siguientes afirmaciones:

- La adquisición de expertez (o competencia) es un proceso.
- La consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto.

- No todo el mundo llega a ser experto.
- Los niveles más altos de expertez (proeficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva.
- La distribución de la expertez en la población profesional suele seguir una curva normal.

Benner llevó a cabo un estudio el ejercicio clínico de las enfermeras con el propósito de describir y descubrir el conocimiento que lleva a la práctica profesional, además de determinar la diferencia que existe entre el conocimiento teórico y práctico, utilizando en él a enfermeras nóveles y experimentadas.

Benner afirma que el desarrollo de una disciplina práctica consiste en extender el conocimiento práctico (saber cómo), mediante investigación científica basada en la teoría y mediante la documentación desarrollada a través de la experiencia clínica en ejercicio de la profesión. Considera que las enfermeras no se han esforzado en documentar su aprendizaje clínico y esta ausencia, merma a la teoría de Enfermería del carácter único y de la riqueza del conocimiento que conlleva al ejercicio clínico experto.

En su trabajo destacó los límites en expansión del conocimiento clínico, más que describir la jornada de trabajo de una enfermera, la explicación que da al ejercicio profesional va más allá de las reglas y teorías, se basa en la conducta razonable que responde a las necesidades de una situación determinada. Las habilidades adquiridas mediante el conocimiento que desarrollan las enfermeras al tomar decisiones en la práctica diaria van construyendo su propia experiencia.

El postulado de Benner se adhiere a la explicación fenomenológica sobre la persona, como un ser que se interpreta a sí mismo y está definida por intereses, costumbres y experiencias vitales. Las personas siempre están situadas, es decir, integradas significativamente en el contexto donde se encuentran.

El enfoque de Benner de principiante a experto es el de una formación por competencias las cuales se verán reflejadas en el quehacer de las enfermeras o en el crecimiento personal y profesional. Existen destrezas que solo se podrán fijar al saber en este ámbito, donde el profesional entra en contacto directo con el paciente. De esta manera también se debe obtener la facilidad de aplicar los valores, aptitudes y actitudes ya que el desarrollo personal se basa en estos tres grandes factores que evidencian la extraordinaria capacidad que tiene el enfermero para la solución de cualquier conflicto o problema que pueda presentarse en el área clínica.

Considera que el aprendizaje clínico no es absoluto ni final, ya que este es un diálogo entre los principios y la práctica, por tanto, el conocimiento inicial se desarrolla a través de la experiencia clínica en la práctica diaria, señala además que se llega al conocimiento en el transcurso y como consecuencia de vivenciar el aspecto cualitativo de la experiencia, la cual es un proceso activo, continuo e inclusivo.

Patricia Benner (1987) reitera estas premisas, haciendo hincapié en que la expertez solo puede adquirirse mediante la práctica continuada y reflexiva. Esto implica que la competencia se vincula al ámbito de la práctica en la que el profesional de Enfermería desarrolla principalmente su labor, sea la asistencia, la docencia, la investigación o la gestión, siendo las competencias de cada campo necesariamente diferentes. Sería entonces conveniente identificar y definir las competencias de todas las áreas para permitir su desarrollo y reconocimiento. Las competencias no son fijas y definitivas en el tiempo, sino que deben revisarse y actualizarse periódicamente como respuesta a las innovaciones de la ciencia y a las demandas de la sociedad.

Esta autora retomó los cinco niveles de los hermanos Dreyfus para describir las características de la actuación enfermera en diferentes etapas de adquisición de habilidades:

Primera categoría: Principiante o novel (novice)

Los principiantes no tienen ninguna experiencia de la situación a la que debe enfrentarse, por eso es necesario marcarles unas directrices, reglas que encaucen su actuación, esto es lo que favorece que el principiante tenga una conducta limitante e inflexible.

Según Benner, es aquí donde se encuentran los estudiantes de Enfermería además de todas las enfermeras que acceden a una nueva área clínica desconocida hasta el momento a pesar de ser enfermeras expertas en otras circunstancias ya que no poseen experiencia acumulada sobre la situación que se contempla.

La teórica sostiene que este extremo, pone de relieve las premisas de carácter situacional, basada en la experiencia del modelo Dreyfus, que distingue entre el grado de competencias que puede alcanzarse mediante las enseñanzas teóricas impartidas en el aula y el discernimiento y las destrezas sujetas a distintas circunstancias que sólo se adquieren en situaciones reales.

- **Segunda Categoría:** Principiante avanzado (advanced beginner)

Según el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, la persona que puede acreditar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones prácticas para observar los componentes situacionales significativos y recurrentes, los denominados “aspectos de la situación”.

“Los principiantes y principiantes avanzados, a penas logran hacerse cargo de la situación; todo es demasiado novedoso, poco familiar y además tienen que esforzarse en recordar las pautas que les han enseñado” (Benner, 1987). Este nivel, necesita de un respaldo en el ámbito clínico, por este motivo, con el fin de orientar a la enfermera sin experiencia, muchos hospitales se valen de tutores o preceptores.

- **Tercera Categoría:** Competente (competent)

Para Dreyfus and Dreyfus, al poseer mayor experiencia, el número de elementos y procedimientos relevantes que puede llevar a cabo el profesional es mayor. Para afrontar la sobrecarga y lograr la competencia, las personas aprenden, a través de la instrucción o la experiencia, a idear un plan o a elegir una perspectiva que determina qué elementos de la situación actual y futura deben ser tratados como importantes y cuáles pueden ser ignorados.

El competente evita los errores apoyándose en reglas y razonamientos propios en cada situación planteada.

Para Benner, este nivel se corresponde con la enfermera que lleva de dos a tres años desempeñando su labor en circunstancias parecidas o iguales, poniéndose de manifiesto cuando la profesional valora sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente definidos. La existencia de un planteamiento consciente y ponderado, facilita una labor eficaz y una adecuada organización.

- **Cuarta Categoría:** Aventajado o eficiente (proficient)

Para que sea posible el progreso entre niveles, es necesario que exista un cambio de la postura imparcial del principiante sustituyéndola por implicación, esto facilita que las experiencias tanto positivas como negativas puedan reforzar las respuestas exitosas e inhibir las infortunadas o incorrectas. Dreyfus afirma que la persona se enfrenta a una situación a través de una perspectiva que no es fruto de cálculos minuciosos sino de la experiencia vivida.

Para Benner, la enfermera aventajada percibe las situaciones como un todo y no en función de los “aspectos” y la actuación se guiará por máximas que orientan sobre lo que debe tomarse en consideración. Aprende de la experiencia. En este punto se halla la enfermera que ha trabajado con una población hospitalaria análoga por espacio de tres a cinco años aproximadamente, este período de tiempo, es una estimación a la espera de nuevos datos.

- **Quinta categoría:** Experto (expert)

Dreyfus and Dreyfus, afirma que si bien el aventajado sabe qué se necesita hacer, el experto además sabe cómo lograrlo. El profesional experto, ya no necesita de un principio analítico para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea, es capaz de captar intuitivamente todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema sin malgastar el tiempo en una variedad de diagnósticos distintos y soluciones improcedentes. El o la profesional actúa partiendo de un profundo conocimiento de la situación global (Benner, 1987).

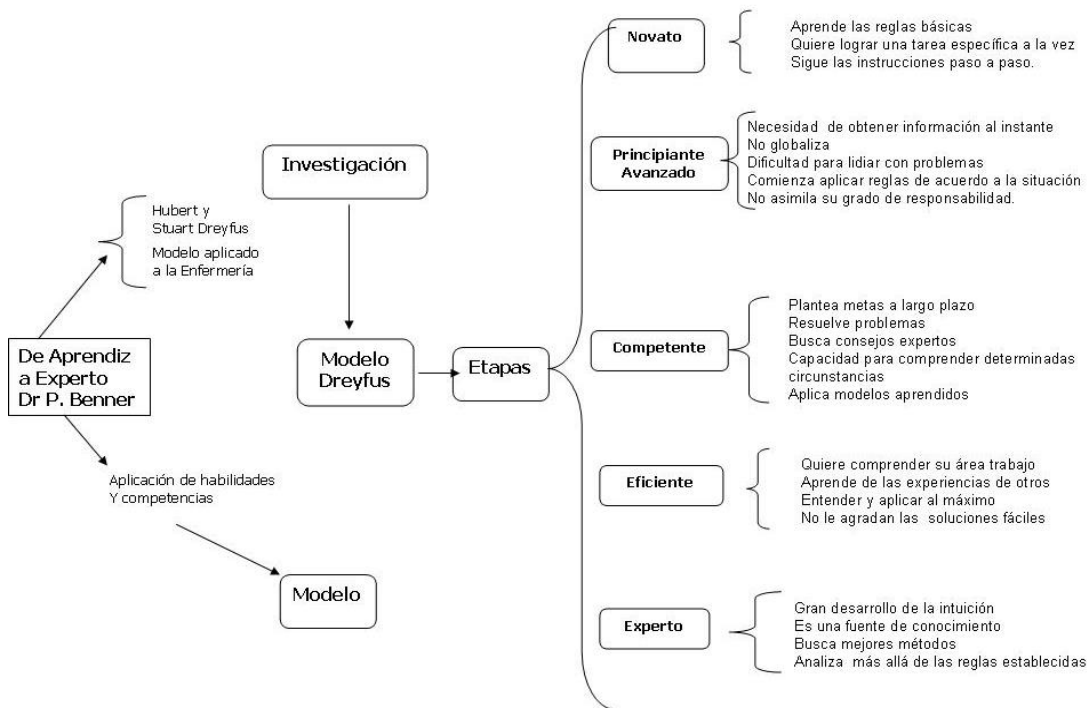
El registro sistemático de la actividad clínica experta es un paso esencial en el perfeccionamiento del saber clínico, del que pueden beneficiarse todos los profesionales, ya que se reflejan todos los episodios destacables de su labor, tanto los que ponen de relieve su pericia como los que denotan un fallo en el desempeño de la función asistencial.

Para Benner, en esta etapa, los principales aspectos de la práctica enfermera son:

Demostrar un dominio clínico de la práctica basado en los recursos, asimilación del saber práctico, visión general y previsión de lo inesperado.

Para ella, la experiencia no se refiere al mero transcurrir del tiempo o la longevidad, sino que se concibe como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales, que añaden matices a la teoría, siendo esta confrontación entre la teoría y la práctica lo que permite a la enfermera experimentada tener acceso o proceder a una constante valoración de sus conocimientos y funciones.

Figura 5: Origen y clasificación de la teoría de Patricia Benner



Fuente: Adaptado al español del esquema de Mathieu Berube, 2009

Benner (1987) acotó las competencias en siete campos o áreas de acción en su estudio, para facilitar la transcripción de las exigencias de ejecución, recursos y restricciones del ejercicio práctico de la profesión, evitando de esta manera otras competencias ficticias o hipotéticas.

Estas áreas o campos de acción son:

- La función de Ayuda al Enfermo: habría que fundamentada en la idea de que *“la asistencia de la enfermera va más allá de las definiciones escuetas que marca la terapéutica, a tenor de las cuales el cambio se estima en términos de progreso cuantificable, en el abandono de compromisos o significados insostenibles, o en la fijación de un objetivo”* (Benner, 1987), se desglosa en ocho competencias:
 - La relación curativa, preocupada por la creación de un clima que favorezca y consolide un esfuerzo en pro de la recuperación.

- Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente al dolor y al colapso extremo.
 - Acto de presencia: permanecer junto al paciente.
 - Potenciar al máximo la participación y supervisión del paciente sobre su proceso de recuperación.
 - Interpretar las clases de dolor y recoger los medios idóneos para cuidar y controlar el sufrimiento.
 - Proporcionar alivio y establecer una comunicación mediante el contacto físico.
 - Facilitar apoyo moral e informativo a la familia del paciente.
 - Guiar al paciente en el curso de las fluctuaciones emocionales y orgánicas: sugerir alternativas, desechar las ya conocidas y servir de mediador.
 - Proceder como intermediario en el plano psicológico y cultural.
 - Utilizar los objetivos con fines terapéuticos.
 - Esforzarse por crear y mantener una comunicación terapéutica.
- **Función Docente y Tutelar:** afirma que las enfermeras no sólo ofrecen información a los pacientes, sino que han de transmitir maneras de afrontar dilemas e incluso, nuevas posibilidades para el paciente mediante las perspectivas y las tareas propias de una buena educación enfermera. Las competencias que se citan a continuación son las básicas dentro de la educación al paciente, dependiendo de los diferentes ámbitos donde se apliquen, será necesario insistir además en otras específicas de esa área.
 - Sentido de oportunidad: evaluar la disposición del paciente para ser aconsejado.

- Ayuda de los pacientes a integrar las secuelas de la enfermedad y el restablecimiento en sus formas de vida.
 - Descubrir y comprender la interpretación que hace el paciente de su enfermedad.
 - Facilitar una interpretación del estado del paciente y ofrecer una exposición razonada de los tratamientos aplicables.
 - La función tutelar o preparatoria: hacer asequibles y comprensibles aquellos aspectos de una enfermedad soslayados por razones de índole sociocultural.
- Función Diagnóstica y Vigilancia del Paciente: utilizar un lenguaje común favorece el “saber clínico” y abre el camino para mejorar las cualidades perceptivas en otros profesionales. Se relaciona con las siguientes competencias:
 - Reconocimiento y documentación de cambios significativos en el estado del paciente.
 - Facilitar señales de detección temprana: prevenir las crisis y el empeoramiento antes de que se produzcan síntomas claros de diagnóstico que confirme la estimación inicial.
 - Prevención de complicaciones: contemplar las posibles contingencias futuras.
 - Hacerse cargo de las exigencias y situaciones específicas de una enfermedad: anticiparse a las necesidades asistenciales del enfermo.
 - Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y de su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.
 - Gestión Eficaz de Situaciones que cambian rápidamente: los profesionales de la Enfermería son los que están prestando cuidados al

paciente, por lo que están en continuo contacto con él y dado que una de las principales funciones es el diagnóstico y la vigilancia de las alteraciones que se producen en el estado de este, han de estar preparadas para dar respuesta a las bruscas alteraciones que puedan producirse en la situación del enfermo. Se relaciona con las competencias de:

- Ejecución diestra en casos de extrema urgencia que ponen en peligro la vida del paciente: rápida detección de una alteración.
 - Actuación ante una contingencia: rápida evaluación de las necesidades y recursos en caso de apremio.
 - Detección y tratamiento de una crisis hasta la llegada del médico.
- Gestión y Supervisión de Interacciones y Tratamientos terapéuticos: relacionada con las siguientes competencias:
 - Iniciación del tratamiento de la terapia endovenosa con mínimo de riesgo y complicación.
 - Administración eficaz y segura de medicaciones: vigilancia de los efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades.
 - Combatir los peligros de la inmovilidad.
 - Elaborar un sistema de tratamiento de las heridas que propicie cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuado.
- Supervisión y Garantía de Calidad de las Funciones Asistenciales. La Enfermería está siempre presente y coordina los múltiples contactos entre el paciente y el equipo de asistencia sanitaria, esto favorece que sean los profesionales idóneos para impedir y detectar muchos de los errores que puedan producirse. Las competencias relacionadas con esta área, según la autora, son:

- Facilitar un dispositivo de soporte que garantice la dispensación de una asistencia médica y enfermera sin riesgos.
 - Discernir qué puede omitirse o añadirse a las prescripciones médicas sin riesgos suplementarios.
 - Obtener del personal médico respuestas idóneas y en el momento propicio.
- Competencias en el Plano Organizativo y Desempeño de la Función: Para poder ejercer un papel de gestión dentro del plan organizativo, es imprescindible contar con una formación continuada, pero contemplados ya en los programas de aprendizajes universitarios. Se relaciona con:
 - Coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de múltiples pacientes: establecer un orden de prioridades.
 - Crear y conservar un equipo terapéutico, capaz de facilitar una terapia óptima.
 - Hacer frente a la escasez de personal y al exceso de trabajo (planificar las contingencias, prepararse con antelación para hacer frente a la sobrecarga extrema de trabajo en un turno determinado, saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo, adoptar una aptitud flexible con los pacientes.
 - Tener dispuesto el instrumental, equipo técnico y atender la burocracia.

Por todo esto, la teoría de Benner se ha convertido en marco conceptual para sentar las bases de los niveles de competencia atendiendo a criterios de desempeños profesionales, que se han tomado como referencia en países como Reino Unido, en el sistema sanitario español se están integrando gradualmente, siendo ya una realidad en la mayoría de las Comunidades autónomas.

En nuestra investigación se ha convertido en la pieza angular para discernir la percepción de las competencias en los estudiantes ya que sobre estos principios

se fundamenta uno de los cuestionarios utilizados. Aunque habría que especificar que este planteamiento ha sido adaptado en algunos aspectos a una Enfermería más contemporánea.

1.2.7 Niveles Competenciales Académicos

Fue la Unesco la que, en 1996, estableció los principios precursores de la educación basada en competencias al identificar los pilares básicos de una educación permanente para el Siglo XXI, que consistía en “aprender a conocer”, “aprender a hacer”, “aprender a ser” y “aprender a convivir”.

Desde la Unión Europea se insiste en la importancia de adquirir ciertas competencias para que los individuos alcancen el desarrollo personal, social y profesional necesario para adaptarse a las demandas de un mundo globalizado, tal como se pone de manifiesto en El Consejo Europeo celebrado en Lisboa en el año 2000 y revisado en 2009 sacando las conclusiones sobre el Marco Estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación.

Al introducir el término competencias en la educación, es necesario establecer niveles competenciales y dado que este tipo de aprendizaje basado en competencias se caracteriza por su transversalidad, su dinamismo y su carácter integral, el proceso de enseñanza–aprendizaje competencial debe abordarse desde todas las áreas de conocimiento y por parte de las diversas instancias que forman parte de la comunidad educativa. Su dinamismo se refleja en que las competencias no se adquieren en un determinado momento y permanecen inalterables, sino que implican un proceso de desarrollo mediante el cual los individuos van adquiriendo mayores niveles de desempeño en el uso de las mismas. Además, este aprendizaje implica una formación integral de las personas que, al finalizar la etapa académica, serán capaces de transferir aquellos conocimientos adquiridos a las nuevas instancias que aparezcan en la opción de vida que elijan. Así, podrán reorganizar su pensamiento y adquirir

nuevos conocimientos, mejorar sus actuaciones y descubrir nuevas formas de acción y nuevas habilidades que les permitan ejecutar eficientemente las tareas, favoreciendo un aprendizaje a lo largo de toda la vida, tal como queda reflejado en la Orden ECD/65/2015, de 21 de enero(BOE, 2015;25).

Para Enfermería, todos estos cambios producidos en las últimas décadas, han supuesto una formación sin límites con grandes repercusiones, entre ellas, la acreditación exponencial en todos los niveles formativos, sobre todo a nivel de tesis doctorales que han contribuido a la ampliación del cuerpo de conocimientos disciplinares propios. Esta acreditación académica representa un punto de inflexión en la Enfermería, situándonos en un nuevo paradigma de la ciencia enfermera que por un lado permite y por otro obliga al reordenamiento profesional.

Los niveles competenciales ligados a la experticia de los profesionales que combinan la acreditación académica, experiencia profesional y perfil personal, han permitido la elección de un liderazgo basado en competencias en materia de cuidados, y es ahí, donde la Enfermería juega un papel importante (Mariscal, 2012).

1.2.8 Gestión basada en Competencias

En la actualidad, hay una creciente preocupación por mejorar la administración y gestión de los servicios encaminados a racionalizar costes y prestar mejor asistencia; las organizaciones sanitarias no escapan a esta coyuntura. Ante esta situación, la formación se perfila como un aspecto estratégico de indiscutible importancia. En este sentido se expresa la Resolución del 28 marzo 1995 de la Secretaría de Estado para las Administraciones Públicas, cuando pretende el máximo aprovechamiento de conocimientos y habilidades de los equipos de trabajo y el fomento de una autonomía profesional responsable (Larumbe, 2014).

Un término clave en este contexto es el de competencias ya que, como se había analizado anteriormente, como sabemos, hace referencia al conjunto de conocimientos, experiencias, habilidades prácticas y valores necesarios para el desempeño eficiente y responsable de una actividad, tarea o puesto concreto. De ahí surge el enfoque de gestión por competencias dentro de las organizaciones sanitarias, con el que se pretende dar respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de manera continua y a la pertinencia de la formación de recursos humanos. Es necesario identificar lo que la organización demanda, lo que la persona ofrece y la diferencia que existe entre el perfil de competencias del puesto y del profesional. Se trata de crear un modelo vivo, que puede variar a la vez que los perfiles de los trabajadores, lo que exige la flexibilización en la gestión de los recursos humanos para poder adaptarse al entorno y a los resultados de la organización.

Por este motivo, a nivel profesional, en el terreno sanitario y aplicado al ámbito de los cuidados, es obligado definir los conocimientos, experiencias, habilidades y valores necesarios para el desempeño eficiente y responsable del cuidado profesional experto, es decir, la aportación específica de la enfermera al proceso asistencial, así como la gestión y evaluación del desempeño de dicha función, lo que constituye la esencia de la Gestión por Competencias (Gómez-Mendoza y Alzate-Piedrahita, 2010).

Hasta hace poco, en cualquier organización sanitaria, la definición del puesto de trabajo, dependía de las tareas que el trabajador debía desarrollar, sin que hubiese un hilo conductor entre los diferentes puestos y sin tener claro el fin para el que estaban diseñados. Por eso, es necesario, para una adecuada implementación de la gestión por competencias, establecer una estructura básica que permita poner en prácticas el Modelo y que debe constar de los siguientes elementos: Identificación de los requerimientos de las competencias; confección del catálogo de estas y estructuración del conocimiento dentro de un esquema predefinido (Appleby y Camacho, 2014).

El enfoque basado en competencias supone una serie de ventajas para las organizaciones entre las que se encuentran:

- Permitir conocer cuáles son las competencias que deben tener los profesionales en la organización para el cumplimiento de su misión.
- Facilitar la adecuación de los profesionales a los puestos de trabajo, por medio de unos procedimientos claros, objetivos y conocidos por todos. Es más comprensible para todos los implicados e indica con claridad qué se espera del profesional: qué competencias, qué rendimiento y qué resultados.
- Mejorar la imagen corporativa por medio de la introducción de una cultura basada en competencias que facilitan un desempeño excelente.
- Mejorar la motivación de los profesionales optimizando el valor que cada uno de los profesionales aporta a la organización.
- Identifica los puntos débiles, permitiendo intervenciones de mejora.
- Evita que los directivos dediquen su tiempo a generar programas de entrenamiento y desarrollo que no tienen que ver con las necesidades de la organización o las necesidades particulares para cada puesto de trabajo.
- Incrementa la retención de los empleados clave.

Alguno de los inconvenientes o peligros para una buena implantación del modelo se encuentran en:

- La falta de método que favorezca el poder implantar las competencias de manera controlada y sin que suponga un cambio brusco en la labor diaria de los profesionales.
- Aferrarse a los tópicos. En el momento de elegir y definir las competencias que deben servir de referencia, o utilizar conceptos cuyos significados se da por entendido, en lugar de hacer definiciones concretas de conductas que se adapten realmente a las necesidades de la organización.
- Falta de rigor en la utilización del método. No identificando claramente las competencias que han de servir de referencia, es decir, cuáles son las competencias que poseen las personas más brillantes en cada puesto de

trabajo. Esto puede ocurrir porque las herramientas utilizadas para identificar conductas no son suficientemente fiables o porque existen dificultades para poder tabular las conductas seleccionadas.

- Desarrollo laborioso.
- Requiere recursos adicionales (consultoras).
- Aportan validez aparente, pero existen pocos intentos de apoyarlos empíricamente.

Las organizaciones que aprenden a aprender deben hacer un esfuerzo en atraer, retener y desarrollar a las personas con talento y en conseguir que los profesionales competentes den lo mejor de sí mismos. El profesional más adecuado es aquel que además de conocimientos, tiene habilidades, actitudes e intereses compatibles con su función. La gestión por competencias facilita la comparación entre el perfil de exigencias del puesto y el perfil de competencias de las personas y se considera un buen predictor del comportamiento futuro de las personas en las organizaciones.

Existen diferentes marcos conceptuales que definen los niveles de competencias atendiendo a criterios de desempeño profesional. El modelo de Benner es un ejemplo de esto, tal como se explicó anteriormente. En su teoría sostiene que la Enfermería como profesión está en continua evolución, siendo importante garantizar la capacidad de respuesta ante las crecientes demandas de los usuarios y del sistema.

En este sentido entendemos la necesidad de realizar trabajos de investigación en Competencias Enfermeras, ya que todo conocimiento generado será bienvenido para la construcción de una Enfermería más adaptada a las nuevas necesidades.

1.2.9 Investigaciones sobre la percepción de las Competencias en estudiantes de Enfermería

Kunh, en 1970, planteó que no es lo mismo anticipar lo que va a ocurrir, que entender cómo se producirá un fenómeno, además señala que el hombre posee numerosas aptitudes y habilidades (Know-How) adquiridas sin el concurso del “saber qué” o conocimiento previo (Knowing that), argumentando que no siempre es posible explicar con pura teoría muchas de las actividades que ejercitamos en la práctica, esto en palabra de Patricia Benner y en el desarrollo de nuestra disciplina, podemos traducirlo a la idea de que *“el progreso del saber consiste en ampliar los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia.”*

Para los estudiantes, aprender en un espacio de actuación profesional, supone ser capaces de solapar el conocimiento con la acción, el saber con la experiencia, tal como expone (Zabalza, 2013), la gran tarea del alumnado en práctica es actuar y ser capaz de extraer de esa actuación un nuevo conocimiento, esto no es tarea fácil, además exige ir más allá del “Hacer”, requiere “Pensar”.

Para conseguir esto, es necesario que exista un diseño de la formación, cimentado en un currículum base donde sea posible integrar teoría y práctica, en el que participen todos los componentes implicados aportando conocimientos e ideas de mejora, para favorecer el desarrollo de las competencias que han de alcanzar los estudiantes evitando de esta manera, posibles fisuras entre educación teórica y práctica.

Además, con la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, es posible determinar aquello que deben aprender y lo que debe ser evaluado, algo fundamental para construir el eje de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, basado en un enfoque reflexivo que lo retroalimente, esto, unido al hecho de que las competencias clínicas se alcanzan con el paso del tiempo y a veces ni el propio personal es consciente de que las posee, hace necesario arbitrar los medios para divulgar los conocimientos adquiridos con objeto de ampliarlos y matizarlos, tal como plantea Benner, saber qué nivel de percepción

creen que han adquirido nuestros estudiantes durante el último período formativo del grado, verificando así el progreso del aprendizaje, de tal manera que podamos medir si se ha logrado concluir cada etapa de la manera correcta, preparándolos de forma adecuada para ejercer un desempeño laboral eficiente. En las últimas décadas han surgido estudios a nivel nacional e internacional que intentan evaluar la percepción de los estudiantes del último curso, principiantes o principiantes avanzados, sobre su adquisición de competencias.

En Reino Unido, se llevó a cabo un estudio donde se compararon los resultados de dos programas educativos en enfermeras pregraduadas, utilizando un cuestionario cualitativo de competencias. Como resultado se encontró, que los estudiantes de licenciatura en Enfermería fueron las más competentes en llevar adelante acciones de enfermeras efectivas y con flexibilidad y en evaluar dichas acciones objetivamente y con precisión. La competencia más débil se observó en el ámbito de asuntos sociales (Bartlett, Simonite, Westcott y Taylor, 2000).

En Finlandia, Meretoja validó un cuestionario, la Nurse Competence Scale (NCS), basado en el modelo de Benner, con el fin de evaluar las competencias y en una muestra de 498 enfermeras, obtuvo como resultados, que cuanto más alta es la frecuencia de utilización de las competencias, más alto es el nivel de auto-percepción (Meretoja, Isoaho, y Leino-Kilpi, 2004).

En Australia, se llevaron a cabo varias investigaciones, con el mismo instrumento, la NCS, que coinciden en la existencia de una relación positiva entre Percepción de Competencias y su Frecuencia de Utilización, en enfermeras recién egresadas. Hengstberger-Sims et al (2008) detectaron que el menor nivel de competencial se relacionaba con el ámbito de la investigación. Más tarde, Lima et al (2014) añadieron a estos resultados, la percepción negativa de las competencias relacionadas con la enseñanza/entrenamiento. Además, señalaba

como positivo, el nivel de percepción sobre competencias relacionada con garantía de calidad.

Los resultados sobre percepción de competencias, con el cuestionario NCS, coinciden en la relación entre percepción e implementación, las diferencias se establecen en las valoraciones que cada grupo de participante hace de ellas. En Noruega, identificaron, a través de la aplicación de la NCS, que las enfermeras recién graduadas, se sentían más competentes en rol de ayuda y menos en garantía de calidad (Wangensteen, Johansson, Björkström, y Nordström, 2012).

La validación de cuestionario a nivel internacional ha sido demostrada, una prueba más, fue el estudio realizado en Irán, donde compararon la evaluación de competencias a través de la auto-percepción de las enfermeras (n=205) con la evaluación de sus respectivas supervisoras (n=19), en un hospital universitario, obteniendo como resultado una diferencia entre autoevaluación de las enfermeras y la evaluación de sus supervisoras (Bahreiní et al, 2011).

En México, se ha evaluado el nivel de autopercepción de las competencias de 137 estudiantes de licenciatura de Enfermería del 7º u 8º semestres, identificando que estos, a pesar de autopercebir un nivel adecuado para su formación, obtienen autoevaluaciones más débiles las competencias relacionadas con el uso de la metodología específica de la Enfermería y la capacidad de diseñar proyectos de investigación (Escamilla-Cruz, Córdoba-Ávila y Campos Castolo, 2012).

En Irlanda, describieron la percepción de competencias de 116 estudiantes de Enfermería del último año, que demostraron ser más competentes en la gestión de trabajo y priorización de la administración de cuidados y menos competentes en prestar información sobre salud y educación (Doody, Tuohy y Deasy, 2012).

Kajander-Unkuri et al (2014), en Finlandia, describieron el nivel de competencias percibido por 154 enfermeras en el último año de la universidad, utilizando la NCS. Detectaron que los estudiantes se autoevaluaron con más competencia en el rol de ayuda y menos en el rol de trabajo.

En España, son varios los estudios que han evaluado la percepción de las competencias en distintos ambientes, Castillo (2011) las analizó en los profesionales que formaban parte de la plantilla del rotting en los distintos hospitales de Huelva, donde se detectó que los profesionales percibían un buen nivel de competencias y una estimable frecuencia de utilización si se tiene en cuenta las características en las que desarrollan su labor.

En Portugal, (Nunez, 2015), realizaron un estudio con el objetivo de mostrar la relevancia y la importancia de las competencias profesionales de los enfermeros, además de comprobar la traducción, adaptación y validación de la *Nurse Competence Scale* para esta población.

Como puede observarse la percepción de competencias y su implementación parecen variables en función del entorno donde se desarrollan las competencias enfermeras, haciendo evidente la necesidad de contrastar la variabilidad en esta percepción e implementación en relación con los distintos entornos de aprendizaje. Esta cuestión nos interesa especialmente en nuestro entorno de trabajo de Andalucía occidental.

Además, para las enfermeras andaluzas y concretamente las de Huelva y Sevilla, es frecuente trabajar en la zona portuguesa del Algarve que, por su cercanía, a veces no obliga ni al cambio de residencia.

1.3 EL ENTORNO

1.3.1 Entorno de trabajo Profesional

El ámbito de trabajo se ha convertido en los últimos años, en factores decisivos en la prestación de una atención de calidad. El Consejo Internacional de Enfermería (2007) los define como “aquellos contextos que fomentan la excelencia de los cuidados, asegurando la salud, seguridad y el bienestar de los trabajadores, mejorando su motivación, la productividad y los resultados” y reiteran que los buenos entornos favorecen la mejora de la asistencia sanitaria, ya que se ven implicados todos los profesionales sanitarios pero muy especialmente el colectivo de enfermeras.

El trabajo de los profesionales de Enfermería, se relaciona fuertemente con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, tal como reseñan Clarke y Donaldson, citados por Orts (2011) que también consideran como puntos decisivos relacionados con esta, la administración sanitaria, la excelencia de los cuidados de Enfermería, las necesidades de la población, la seguridad y los resultados clínicos. Estos autores puntualizan con respecto a la administración sanitaria, que cada país decide su modelo de gestión dando como resultado una determinada estructura del personal de Enfermería, formación, jornada laboral, ratio enfermera/paciente por unidades o servicios. Todo esto influye en las cualificaciones de las enfermeras, en el modelo de atención y en el entorno donde se realiza la práctica clínica. El tiempo dedicado al cuidado va a estar relacionado con la cronicidad y complejidad del paciente, su estado de salud, las necesidades familiares y los recursos además de sus competencias para el autocuidado, quedando claro que, del tratamiento realizado en estos aspectos, dependerá la calidad prestada.

Existen otros factores como el envejecimiento de la población, las nuevas patologías que sumado a los conflictos y la violencia, que obligan a los profesionales a generar rápidas respuestas dentro de las instituciones donde desarrollan su labor profesional, esto, tal como indica la OMS (Sánchez, 2014),

no siempre se resuelve satisfactoriamente provocando en los trabajadores un aumento de tensión e inseguridad en el desarrollo de su actividad asistencial, al tener que reaccionar ante un complejo conjunto de fuerzas incontroladas. De ahí, que la preocupación por conseguir ambientes satisfactorios se haya convertido en una inquietud sentida a nivel internacional.

En estos entornos difíciles, marcados por rápidos cambios en la prestación de servicios y donde los ambientes para dar atención de salud son complejos, las enfermeras se ven comprometidas a pasar por un proceso de adaptación, no siempre en las condiciones idóneas, teniendo que habituarse a situaciones que generan un aumento del estrés y que disminuyen de la calidad de los cuidados prestados. No cabe la menor duda que el espacio laboral, para que sea motivador y provoque satisfacción en los profesionales, debe permitir el desarrollo personal y profesional, pero no siempre se estimula la creatividad o se proporciona tiempo para la reflexión. Por el contra, incluso hay algunos espacios que además favorecen el fenómeno del Burnout, tan frecuente en el colectivo de Enfermería (Ávalos, Giménez y Molina, 2005).

La relevancia del tema, ha motivado que sean muchos autores, entre ellos Orts (2011), los que se preocupen por demostrar que un entorno saludable de trabajo contribuye de forma objetiva en la disminución de la mortalidad, la mejora del cuidado, en la disminución de los costes entre otros beneficios para la sociedad, el ciudadano, el usuario y el profesional. Existe evidencia suficiente en la literatura, que asocian la alta tasa de absentismo y el síndrome de agotamiento profesional o burnout con el personal de Enfermería, llevando a la insatisfacción profesional en el contexto sobre todo hospitalario. En este sentido Aiken, relacionó el número de profesionales de Enfermería disponibles en un hospital con la muerte de los pacientes, además de la influencia en el burnout e insatisfacción laboral. Demostró que contar con profesionales de Enfermería con un mayor nivel educativo y la mejora de los entornos de trabajo está vinculado con una mortalidad inferior en los hospitales. Además, esta misma

autora, realizó un estudio durante los años 1998 y 1999, con una muestra de 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales en los EEUU, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania y argumentó que los problemas de Enfermería eran comunes, situaciones como: la escasez de enfermeras, la alta insatisfacción laboral y los resultados de desigual calidad de la atención hospitalaria, no eran un fenómeno exclusivamente estadounidense (Aiken, Clarke y Sloane, 2001).

Estas preocupaciones no son nuevas y ya se plantearon en los años 70, aunque cobraron mayor importancia, con la publicación de un estudio en los EEUU, divulgado por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA), donde se observó que, a pesar de la falta de enfermeras en el ámbito hospitalario, había algunos centros capaces de mantener a sus profesionales e incluso a atraer a otros, de ahí que los denominaran Hospitales Magnéticos (HM) o Imanes (McClure, Poulin, Sovie y Wandelt, 1983). La ANA, determinó la importancia de aclarar las características que presentaban dichos centros y que permitían a las enfermeras el uso de sus conocimientos y experiencia para prestar una atención de alta calidad para compartir los resultados con otros hospitales. No es casualidad, que estos hospitales tienen una estructura de gestión plana (horizontal), caracterizada por contar con poco personal supervisor/coordinador, con buenos canales de comunicación y de resolución de conflictos entre disciplinas, enfermeras con alta autonomía y control sobre su práctica profesional y con tendencia a la alta satisfacción laboral (Gea Caballero, 2015). La enfermera es considerada como eje del cuidado hospitalario, aspecto que influye en mejora de las relaciones entre diferentes disciplinas posibilitando la comunicación entre ellas (Hernández y Zárate, 2011).

Se trata de hospitales que fomentan la formación, el trabajo con otros profesionales de Enfermería clínicamente competentes, insisten en las relaciones profesionales entre enfermeras médicos para que sea positiva, en una práctica enfermera autónoma, con una cultura de preocupación por el

paciente, con una plantilla adecuada que cuenta con el apoyo de la dirección de Enfermería (Kramer y Schalenberg, 2010).

Son varios los estudios que han analizado las fuerzas de magnetismo en diversos entornos, Aiken, concluye que la atención y los cuidados enfermeros de baja calidad es 3 veces más probable en hospitales con baja dotación de personal y escaso apoyo a las enfermeras por parte de las gestoras que en los hospitales (magnéticos) con alta dotación de personal y adecuado respaldo, sirviendo como base para llegar a la conclusión de la importancia de una dotación adecuada de personal de Enfermería además de la necesidad del apoyo organizacional para mejorar el cuidado, disminuir el burnout y la insatisfacción profesional (Aiken et al, 2001). Por otro lado, el Centro de Acreditación de Enfermería Americano, la ANCC (organización no lucrativa y vinculada a la ANA), se encarga de la acreditación de los entornos de trabajo magnéticos, en los que se prestan cuidados de Enfermería excelentes y que pretende conseguir que las instituciones sanitarias puedan ofrecer con cierto nivel de garantía, un grado de excelencia tanto en la satisfacción profesional como en la calidad de cuidados (Hernández y Zárate, 2011). Estos programas de reconocimiento a la Excelencia en servicios de Enfermería, pretenden rescatar la esencia de la disciplina enfermera planteándose como básicos tres objetivos:

- La mejora de la calidad basada en entornos excelentes para el desarrollo de prácticas enfermeras seguras y saludables.
- Realizar prácticas profesionales excelentes.
- Difusión de las mejores prácticas entre las enfermeras.

Para la ANCC, la identidad de la práctica profesional enfermera en una institución “magnética” radica en la comprensión del papel de la Enfermería, la aplicación de esa función con los pacientes, familias, comunidades y el equipo interdisciplinario además de la aplicación de nuevos conocimientos científicos basados en evidencias.

Otro aspecto importante que resulta crucial en los hospitales magnéticos, es contar con una plantilla de enfermeras cualificadas, siendo la formación un elemento determinante en la calidad e incluso en la mortalidad de los pacientes, afirmando que a mayor nivel formativo, menor mortalidad y mayor calidad asistencial (Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith, Flynn y Neff, 2012).

En esta misma línea, otro grupo de investigadores en EEUU, afirman que el aumentar la plantilla de enfermeras con máxima titulación, reduce tanto las probabilidades de eventos adversos negativos para los pacientes, como la reducción del 10.9% en mortalidad, si las enfermeras Bachelors aumentaban en un 80% de la plantilla, los reingresos disminuían y las estancias hospitalarias se acortaban (Yakusheva, Lindrooth y Weiss, 2014).

Aiken, después de realizar un estudio en 9 países europeos, en los que revisó los niveles educativos de las enfermeras y la mortalidad de los pacientes, llegó a la conclusión que el riesgo se reducía cerca de un 7% en hospitales que aumentaban en un 10% la contratación de enfermeras licenciadas (Harrin et al, 2014). Esta idea es contractada por otros estudios en los últimos años, en los que se ha investigado la diferencia entre hospitales magnéticos y los que no lo son en los EEUU, entre estos, se encuentran los llevados a cabo por Estabrooks, et al (2005); Aiken et al (2014).

Para conseguir la Excelencia en la Enfermería, es necesario tener claro cuáles son las condiciones que le dan la tenacidad a esos hospitales magnéticos. Estas son las denominadas fuerzas del magnetismo, 14 fuerzas, estudiadas por McClure (McClure et al, 1983) que han quedado estructuradas y agrupadas en 5 componentes claves, que facilitan su modelo conceptual y su estudio y aplicabilidad, tal como indican Hernández y Zárate (2011), estos son:

1. *Liderazgo transformacional*: Describe las características que ha de ostentar la persona que desempeñe la función de líder, entre ellas destacan, el ser creativo, visionario, inspirado, estratégico, comprometido, respetuoso, defensor, fiable, que sea capaz de trabajar

para conseguir la estabilización de cada cambio del entorno, lo que requiere habilidad de gestionar.

2. *Empoderamiento estructural*: Es necesario crear estructuras que apoyen una práctica profesional fuerte donde la misión, visión y los valores de la organización se hallen enfocados a conseguir los resultados deseados por la población a las que atienden.
3. *Práctica profesional ejemplar (Excelencia en el cuidado)*: Modelo de práctica profesional, sistema de cuidados, proceso de gestión de recursos, cuidado interdisciplinar, responsabilidad, competencia y autonomía, ética, privacidad, seguridad y confidencialidad, diversidad, cultura de la seguridad, monitorización de la calidad y las mejoras.
4. *Nuevos conocimientos, innovación y mejora continua*: Basada en una práctica centrada en la evidencia.
5. *Resultados empíricos en los pacientes*: Preocupación por dar respuestas no al “cómo lo haces” sino a “qué cambios has creado”. Los resultados han de catalogarse en términos de derivados clínicos, relacionados con Enfermería, de personal, de paciente y organizaciones. Es necesario elaborar informes que demuestren que se cumplen las características de las organizaciones magnéticas.

Tabla 8. Componentes Magnéticos y Alcance.

Componentes del modelo	Fuerzas del magnetismo	Alcance
Liderazgo de transformación	Calidad de Liderazgo de Enfermería	<p>Provee el mecanismo para comunicar y automatizar su modelo del proceso de cuidados.</p> <p>Mejora de las gestiones clínicas mediante la visibilidad del cumplimiento, datos y medidas de resultados.</p>
	Estilo de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Debe facilitar el manejo de las gestiones clínicas y la efectividad. - Toma de decisiones compartida. - Foco en el personal

		operativo. -Estructuras de comunicación efectivas
	Estructura de la Organización	Soporta y permite un modelo de colaboración interdisciplinario de trabajo y comunicación. Soporta el alcance de la práctica para cada clínico mediante la configuración adecuada. Permite la presencia de líderes de Enfermería en los comités ejecutivos.
	Programas Políticos y Personales.	Aplica el conocimiento sobre la tecnología para el proveedor adecuado en el momento adecuado
Empoderamiento Estructural	Organización de la comunidad y sanidad	Colaboración con otras organizaciones sanitarias. Cruce continuo de información. Historia centrada en la persona. Historia compartida en la comunidad. Historia compartida en la atención domiciliaria.
	Imagen de la Enfermería	Conciencia interdisciplinar. Mejor comunicación y coordinación en el equipo de cuidados. La dirección de Enfermería es la clave de la influencia organizacional en la toma de decisiones.
	Desarrollo Profesional	Soporte a la Decisión y Pensamiento Crítico. Soporte de Planes Multidisciplinares.
	Modelos de cuidados Profesionales	Facilita el aprendizaje de Enfermería Basada en Evidencia. Capacidad del mapeo de terminologías bajo un único índice. Decisión del estado futuro bajo el uso de la tecnología para maximizar el cuidado individualizado y el elevado nivel de calidad asistencial.

	Recursos y Consultas	Liderazgo clínico experimentado. Procesos recomendados en las mejores prácticas.
Práctica Enfermera Profesional Ejemplar	Autonomía	Referencias online y links basados en evidencia científica. Servicios de conocimiento

Fuente: [Hernández y Zárate, 2011](#)

El origen del proceso de designación Magnet® tenía como objeto detectar o identificar hospitales con ambientes profesionales idóneos para la práctica de Enfermería en los EEUU. En el año 2000, la ANCC, revisó el criterio de acreditación para poder aplicarlos a otros entornos de trabajo diferentes a los norteamericanos, pero, a pesar de que muchos países han demostrado interés por conseguir esta acreditación, son pocos hospitales fuera de los EEUU los que la han conseguido hasta la fecha, entre ellos se encuentran centros de Jordania, Arabia saudí y Canadá (Gea Caballero, 2014). Por este motivo, las investigaciones han ido modificando su objetivo y más que buscar hospitales magnéticos, se han orientado a la exploración de los atributos que permiten mejorar la organización hospitalaria además del cuidado que las enfermeras prestan a los usuarios.

Este planteamiento innovador, se basa en la evidencia para lograr reformas organizativas, y redefine las políticas relativas a los recursos humanos de Enfermería en las instituciones de salud; lo que pueden convertirse en estrategia clave para potenciar tanto el entorno laboral, como la calidad de los cuidados hacia los pacientes y el desarrollo propio de la Enfermería, convirtiéndose en un entorno de aprendizaje ideal, ya que como define Hiemstra (1994), entorno de aprendizaje lo es todo: el ambiente físico, las condiciones psicológicas o emocionales y las influencias sociales o culturales que afectan al crecimiento y desarrollo del compromiso del adulto en una iniciativa educativa.

En estos entornos de trabajos favorecen las relaciones entre médicos y enfermeras, a su vez, estas están más involucradas en la gestión del hospital, se fomenta la formación continuada y la prestación de cuidados de calidad, la seguridad del paciente se convierte en un objetivo a conseguir, evidenciándose, que:

1. Existe mayor fidelidad de los trabajadores respecto a la empresa, además de mayor satisfacción del personal titulado de Enfermería (McClure et al, 1983).
2. Mejores prácticas basadas en evidencias científicas.
3. Cuidados de mayor calidad (McClure et al, 1983; Aiken, 2001).

Menores índices de mortalidad y de complicaciones no deseadas, incluyendo accidentes laborales (Aiken et al, 2000; Trinkoff et al 2010). En este sentido, la relación entre la existencia de riesgo y la provisión de enfermeras, ha sido objeto de estudio en las últimas décadas, llegando a la conclusión de la existencia de una fuerte asociación entre entornos profesionales de Enfermería adecuados y una ratio correcta en la asignación enfermera/paciente.

4. Mayor desarrollo profesional unido a una mayor autonomía clínica (Kramer y Schmalenberg, 2010).
5. Menores tasas de rotación, absentismo y vacantes en el equipo de Enfermería (Bárbara, 2006).
6. Mejores salarios, importante contención de costes y reducción de gastos administrativos (Liu et al, 2009).

La búsqueda de la optimización de los entornos como fin para garantizar una atención de calidad, va a suponer un objetivo a conseguir a nivel internacional. Según la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, un entorno laboral saludable es un centro sanitario en el que se hace especial hincapié en la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad de los resultados para los pacientes y para la organización. Así mismo, afirma que lograr entornos laborales saludables resulta primordial de cara a la seguridad, contratación y

permanencia de los profesionales de Enfermería (RNAO, 2008). Esta aseveración, sigue la línea de McClure (2005) quien postulaba 10 años antes que el buen ambiente o entorno profesional, lo es para todos y no solo para las enfermeras.

Además, El CIE (2007) especifica las siguientes características para los entornos de práctica saludable:

1. Políticas de salud, seguridad y bienestar en el trabajo que traten los riesgos laborales, la discriminación, la violencia física y psicológica y los problemas de seguridad personal.
2. Cargas de trabajo y demandas/estrés laborales normales y manejables.
3. Un clima de la organización que refleje prácticas eficaces de dirección y gestión, un buen apoyo entre los compañeros, participación de los trabajadores en la adopción de decisiones, y valores compartidos.
4. Planes y cargas de trabajo que permitan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida.
5. Posibilidades de desarrollo y avance profesional.
6. Identidad profesional, autonomía y control de la práctica.
7. Seguridad en el trabajo.
8. Salario y beneficios adecuados.
9. Niveles seguros de dotación de personal.
10. Apoyo, supervisión y función de mentores.
11. Comunicaciones abiertas y transparentes.
12. Programas de reconocimiento.
13. Acceso a equipos, suministros y personal de apoyo idóneos (entornos positivos).

A pesar de haber quedado demostrada la existencia de una asociación entre un entorno con recursos adecuados, tanto personales como materiales, con un líder que apoye a las enfermeras y el desarrollo del trabajo, como una labor de equipo y multidisciplinaria, entre otros y la obtención de mejores resultados

tanto en los profesionales enfermeros como en los pacientes, estos no son fáciles de conseguir. Es importante tener en cuenta, que en estos entornos, la formación enfermera se entiende como algo fundamental y son las organizaciones las que la potencian y facilitan de manera continua a sus profesionales, el CIE lo denomina “Organizaciones de Aprendizaje”, invirtiendo todos los recursos necesarios para la mejora de los empleados.

Conceptualizar y medir el entorno de la práctica enfermera, no ha sido una tarea fácil. Los primeros fundamentos teóricos parten de la sociología de las organizaciones, ocupaciones y del trabajo, tal como describe Lake (2002). El Modelo de Práctica Profesional (PPM) fue definido por Zeluskas y Howes (1992) como aquel que permite a las enfermeras mayores oportunidades de autonomía responsabilidad y control sobre el entorno en el que prestan los cuidados. Hoffart y Woods (1996) lo encuadran como un sistema (estructura, procesos y valores) que favorece el control del profesional de Enfermería en la prestación de cuidados y el medio ambiente en el que la atención se realiza. Establecen que un PPM consta de cinco subsistemas:

1. Los valores profesionales entre los que se encuentran con más frecuencia: la autonomía y responsabilidad de la Enfermera, el desarrollo profesional y la formación continuada además del énfasis en una atención de alta calidad.
2. Las relaciones profesionales: El trabajo en equipo, la colaboración y consulta, son variables relacionadas con la mejora de estas.
3. Un determinado modelo de prestación de cuidados.
4. Una gestión clínica (o enfoque de gestión): Convirtiéndose en actividades comunes dentro del subsistema de gestión de Enfermería, la descentralización de la toma de decisiones, ampliando el alcance y el tipo de responsabilidades de Enfermería y la institución de cambios estructurales en apoyo de la práctica profesional.

5. La remuneración y los beneficios. Se convierten en el reconocimiento de los logros profesionales y su contribución en la consecución de los objetivos de la organización.

Una vez conocida las características ideales de los entornos favorables, se despierta en nosotros la inquietud de valorar los espacios educativos según la percepción de nuestros estudiantes, ya que existen características comunes tanto a los lugares de trabajo como a los de estudio, que han demostrado, por un lado, las capacidades de generar y sostener acciones fomenten la calidad de los cuidados y además se conviertan en espacios ideales para continuar con el aprendizaje iniciado en las aulas. Estas son: calidad, elevados índices de retención, personal capacitado y experto en el área, horarios flexibles o alternativos que permitan una mayor correspondencia entre las necesidades de la persona y la oferta de la institución, entre otros.

La incorporación del practicum a la carrera universitaria se convierte en un motivo más para intentar conocer y mejorar las características de los diferentes entornos de trabajo en los cuales nuestro alumnado realiza sus períodos de prácticas. Es importante que exista una auténtica cultura de colaboración entre instituciones académicas y laborales para la formación compartida de los estudiantes. Conocer la percepción de estos sobre los diferentes entornos y cómo estos influyen en la adquisición de las competencias, va a ser nuestro objetivo.

Es fundamental aclarar que el aprendizaje ofrecido en los contextos asistenciales, se somete a normas diferentes a las existentes en el ambiente académico. En el aula (en cualquiera de sus formatos), se establecen, roles definidos entre el profesor y el alumno, en el clínico, esto es mutable, además, de existir altas cargas de estrés, se encuentran dominado por profesionales no vinculados directamente a la docencia.

El entorno clínico ha sido muy criticado por su alta ineficiencia en la medida que supone un consumo de horas muy elevado para los estudiantes y no siempre son garantía para conseguir la capacitación que se pretende, ya que la variabilidad de situaciones convierte en bastante azaroso el surgimiento de oportunidades de aprendizaje y muchas veces, se llena este tiempo de tareas rutinarias que aportan poco contenido al currículo del estudiante y malgastan oportunidades de aprendizaje efectivo. Algunas de las causas que ha favorecido esta idea de decadencia, podría buscarse en el aumento de estudiantes de Enfermería, así como del peso curricular de la formación práctica que hacen que los estudiantes tengan que competir por ocupar los mejores espacios en la formación práctica y la escasa motivación de los profesionales a la hora de formarlos, influenciados por unas condiciones de trabajo que han favorecido una época de estrés y descontento con la situación, que ha contribuido a padecer burnout, hastío y desencanto profesional (Tejada y Ruiz, 2013).

La convergencia al Espacio Europeo de Educación da una nueva orientación sobre las competencias a adquirir durante las prácticas, convirtiéndolas en objetivos de aprendizaje clínico para los estudiantes. Que contempla además de la formación básicamente teórica, una formación teórico-práctica en situaciones clínicas simuladas que facilitan el problema de la ubicación del estudiante en escenarios clínicos, que no ha de esperar a que aparezcan oportunidades de aprendizaje estableciendo a priori cuales son los objetivos que tanto estudiantes como profesores clínicos ha de perseguir a lo largo de las rotaciones, esta formación tiene como objetivo la retroalimentación y la reflexión. También se contempla una formación eminentemente práctica para que los estudiantes puedan adquirir y desarrollar competencias profesionales específicas (ANECA, 2005).

Es necesario, partir de la idea de que la práctica clínica requiere el desarrollo de cuatro funciones básicas, tal como describen Epstein y Hundert (2002):

- Funciones cognitivas que favorecen la adquisición y uso de conocimiento para resolver problemas reales.
- Funciones integradoras que permitan el uso simultáneo de datos biológicos, psicológicos, sociales, culturales a lo largo del razonamiento clínico.
- funciones relacionales que facilitarán la comunicación efectiva con pacientes, familiares, colegas.
- Funciones éticas, es decir, la voluntad y empatía emocional para usar estas habilidades de forma juiciosa y humanista. Desde esta noción, la competencia clínica debería facilitar, además, la capacidad para manejar situaciones ambiguas, tolerar la incertidumbre y la toma de decisiones con información limitada, como son la mayoría de situaciones clínicas a las que se enfrentan los profesionales.

Las prácticas asistenciales, implican exponer al alumnado a las realidades profesionales de Enfermería. Esta experiencia educativa, no puede ser sustituida por otras situaciones de aprendizaje como lecciones magistrales, libros de texto o simulaciones, ya que a pesar de la evidencia que enfatiza la utilidad de estrategias como la simulación clínica en el manejo de competencias clínicas, habilidades y juicios críticos (Alexander et al, 2015), hay aspectos como la socialización profesional o el trabajo con el paciente en un contexto real solo es posible en la práctica clínica. Por tanto, la Formación Práctica, es necesaria, deseable e incluso positiva para el desarrollo integral del estudiantado, teniendo en cuenta que en ella confluyen dos mundos a veces con objetivos, intereses y visiones distintos como son el mundo asistencial y el mundo académico. Tal como expone Rojo (2016), ambos mundos están condenados a entenderse, ya que se retroalimentan, pero como en toda relación, la convivencia es dura y surgen conflictos.

Las prácticas durante la formación universitaria, pueden entenderse como situaciones didácticas a través de las cuales el alumno se aproxima y sumerge

en el mundo real; el cual, posee un potencial formativo muy superior a las “prácticas” realizadas en laboratorios, talleres o simulaciones. De hecho, su objetivo es lograr que el estudiante se acerque a la práctica profesional, para adquirir aprendizajes respecto a la organización de la entidad donde realiza sus prácticas, familiarizarse y aplique los procedimientos, protocolos y normas de actuación, profundice gracias a la práctica en los conocimientos ya adquiridos, e incorpore otros cercanos al ejercicio de la profesión de Enfermería, aprender a gestionar recursos (tiempo, material), experimentar el trabajar con el equipo de salud, tomar contacto con los usuarios y sus familiares y entrenarse en la reflexión sobre su propia práctica.

En el sistema sanitario Público de Andalucía, todos sus centros, en todos sus niveles, primarios, hospitalarios y urgencias, ofrecen oportunidades continuas para que el alumnado adquiera de las diferentes competencias propias de la práctica profesional, garantizando siempre la calidad y seguridad de los pacientes.

1.3.1.1 Instrumentos de medida del entorno de la Práctica Enfermera

En las últimas décadas, el interés por valorar el ambiente de trabajo de la Enfermería ha crecido ya que se trata de una disciplina encargada de dispensar servicios de primera línea, básicos para garantizar una atención de alta calidad y la seguridad del paciente, aspectos que se han relacionado con los entornos positivos.

Por todo esto, se plantea la necesidad de reconocer, medir y promover entornos de práctica saludables en las que los profesionales de Enfermería puedan optimizar al máximo sus cuidados. Por tanto, la necesidad de la utilización de un instrumento validado en la medición del entorno hace necesario tener en cuenta que los entornos para la práctica profesional están compuestos por factores variables, que se pueden manipular para mejorar los ambientes

organizacionales, convertirlos en óptimos y mejorar los resultados en calidad en la búsqueda de la excelencia (Lake y Frises, 2006).

Han sido varios los cuestionarios relacionados con la medición de entornos de práctica profesional en Enfermería, entre ellos, el validado por Kramer y Hafner en 1989, que constaba de 65 ítems y que valoraban, centrándose en la satisfacción laboral y la productividad en cuidados, las características de los entornos en función de las peculiaridades de los hospitales magnéticos descritas en el estudio de McClure et al (1983). Esta escala fue revisada por Aiken y Patrician en el año 2000 creando una escala con 57 ítems, denominada NWI-R que contaba con 4 dimensiones, medían (1) autonomía, (2) control sobre la práctica de Enfermería, (3) las relaciones con los médicos y (4) apoyo de la organización. Esta escala ha sido adaptada a distintos entornos y países, con variaciones en cuanto al número de ítems y dimensiones.

La última modificación del NWI ha sido con el desarrollo del Practice Environment Scale Nursing Work Index (PES-NWI), (Lake, 2002), quien se planteó como objetivo, crear una escala más breve y que pudiera ser utilizada para estudiar cómo el entorno laboral puede influir en la práctica de los profesionales de Enfermería, así como en los resultados de los pacientes en el contexto hospitalario, como características de los hospitales magnéticos. En el análisis exploratorio identificó 31 ítems que se agrupaban en 5 subescalas: participación de las enfermeras en asuntos del hospital; fundamentos de Enfermería para la calidad del cuidado; aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores enfermeros, dotación de personal y recursos y relaciones ente enfermeros y médicos (Orts, 2011).

Todos estos estudios, corroboran que existe un número importante de investigaciones que sugieren la importancia del reconocimiento y elaboración de entornos de práctica saludable para Enfermería, que facilite a los

profesionales el hecho de sentirse satisfechos con su labor en el lugar y cargo que desempeñan.

En todas ellas, se han puesto de manifiesto las preocupaciones presentadas por organismos nacionales e internacionales con respecto a los efectos que tiene sobre la práctica profesional, la reducción de enfermeros dispuestos a trabajar en su profesión bajo estas condiciones y, por supuesto, los efectos que esto a su vez tiene en el sistema de salud y en la sociedad en su conjunto.

Problema que, desde finales del siglo pasado, ha ocupado un papel importante en los EEUU, donde autores como McClaure, Poulin y Sovie (1983), entre otros, realizaron un estudio para investigar los hospitales que tenían capacidad de atraer y retener profesionales de Enfermería, los hospitales magnéticos, además de investigar los factores que facilitaban dicha asociación (Sánchez-Martín, 2014).

Autores como Bégat, Ellefsen y Severinsson (2005), relacionaron a través de un estudio realizado en Noruega, cómo trabajar de manera estresante, implica reducción en la habilidad para prestar cuidados de salud adecuados a los pacientes, además de crear efectos negativos en la satisfacción laboral.

También Aiken et al (2011) relacionó el problema de la escasez de enfermeras y enfermeros, reconociendo que eran conscientes del problema global de la carencia de profesionales y reconocieron que los hospitales con entornos de trabajo saludables y adecuada dotación de recursos, presentaban mejores resultados de Enfermería.

En Tailandia, se llevó a cabo un estudio para determinar la influencia del ambiente de trabajo y del equipo de Enfermería en los cuidados, para lo cual, utilizaron en esto profesionales, la Escala de Entorno Laboral de la Práctica de

Enfermería (PES-NWI), además de otras escalas para medir el burnout, llegaron a la conclusión que la importancia de la adecuada dotación de recursos de personal, así como el desarrollo de ambientes de trabajo que disminuyan el desgaste de Enfermería y permitan mejorar la calidad del cuidado.

En España, en 2009, se desarrolló una validación y adaptación al español del cuestionario PES-NWI, por De Pedro-Gómez et al, (2009), para atención especializada, con el objetivo de medir la relación entre los entornos de prácticas de los profesionales de Enfermería y las habilidades y conocimientos para la práctica clínica Basada en la Evidencia (De Pedro-Gómez et al., 2011)

El Proyecto internacional, Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST), tenía como objetivo principal establecer las relaciones entre las características del entorno laboral y la formación de los profesionales de Enfermería, la productividad, la retención de enfermeras y los resultados de los pacientes, en hospitales generales de agudos, de 11 países europeos, además de Botswana, Sudáfrica y China. A su vez, el sub-proyecto español derivado de este y denominado “Relación de Seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales, de los hospitales del Sistema Nacional de Salud” (RN4CAST-España), utilizó el mismo instrumento en versión española.

Por su parte, en el año 2011, Orts analizó los resultados de validez de contenido del cuestionario *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI)* en 11 países de Europa (España, Bélgica, Grecia, Alemania, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Suecia, Suiza y Reino Unido) y en 10 idiomas oficiales con las modificaciones de los dialectos regionales (español, griego, finlandés, holandés, polaco, sueco, italiano, alemán, inglés y francés) concluyendo su adecuación en 13 de las 14 versiones.

Más tarde, en 2014, Gea Caballero, utilizó el cuestionario para determinar los factores esenciales para la práctica profesional enfermera en ambientes de Atención Primaria (AP), imprescindibles para el desarrollo de una práctica de cuidados excelente.

En Portugal, han sido varios los autores que han utilizado el cuestionario inicial de Lake, entre ellos, Salgueiro, Lopes y Lake(2012), quienes afirman que, con la implementación de esta escala, es posible identificar los ambientes en una organización son más favorables con respecto a la calidad del servicio prestado y al cuidado de la Enfermería, lo que supone una mejora en los resultados sobre los pacientes, aumentando la seguridad de estos.

En Finlandia, Hinno, Partanen y Vehviläinen-Julkunen (2011), realizaron un estudio con 535 enfermeras que trabajaban en hospitales de Finlandia y de los Países Bajos, llegando a la conclusión que había relación directa entre la evaluación de las enfermeras sobre la característica del entorno laboral y los resultados obtenidos a través de su trabajo, además de justificarlos como los resultados positivos están relacionados con una adecuación de recursos y fuerte apoyo administrativo.

En Australia, destaca otro estudio realizado en 2007 por McCoach y Crookes quienes utilizaron la escala NWI-R para medir las características que deben tener los hospitales en Australia para considerarlos como “Hospitales Magnéticos”. Obteniendo como resultado por parte de los profesionales, que la necesidad de considerar como aspectos fundamentales la calidad en la atención, el nivel de apoyo de la dirección en el lugar de trabajo, el liderazgo de Enfermería y las buenas relaciones con otros profesionales de la salud.

El cuestionario PES-NWI, se ha utilizado en diversos países, pero, además, en distintos contextos, así, En el año 2012, Boev, lo utilizó en EEUU, en

profesionales que trabajan en servicios críticos relacionándolo con la satisfacción de los pacientes ingresados en esa área para lo cual utilizó La Encuesta de Satisfacción de Pacientes de Ingersoll. Llegó a la conclusión que los pacientes se sentían satisfechos con los cuidados de Enfermería además de la existencia de una percepción favorable del entorno por parte de Enfermería.

En el mismo año, se publicaron los resultados de otra investigación realizada en hospitales rurales, cuyos autores Havens, Warshawsky y Vasey (2012), que justificaron su estudio, basándose en la importancia de ampliar el conocimiento acerca de los ambientes para la práctica en los hospitales rurales ya que hasta el momento es escasa la documentación de los mismos (Sánchez, 2014). Utilizaron como instrumento de medida el cuestionario “PES- NWI”, confirmando la validez y consistencia interna del mismo, obteniendo una puntuación media de las 5 subescalas superior al 2.5, que indicó, que en general, los profesionales rurales consideran sus ambientes de trabajo como satisfactorios.

En América Latina, el cuestionario PES-NWI, ha sido traducido al Español Colombiano por Cardona (2011), quien pretendía identificar si las instituciones de salud colombiana reunían las características organizacionales necesarias para alcanzar la excelencia de los cuidados además de su reconocimiento como hospitales magnéticos.

En síntesis, cada una de las investigaciones apunta al reconocimiento y elaboración de entornos de práctica saludable para Enfermería, que les permitan a todas los profesionales sentirse satisfechos con su labor, así como manifestar estas condiciones al brindar un cuidado de calidad a todos los pacientes, de forma tal que se generen beneficios tanto para los profesionales, como para los pacientes y las organizaciones (Sánchez, 2014). No cabe duda que es necesario la utilización de un cuestionario que identifique la situación del entorno en cada momento, en función de los cual, se puedan fomentar las

medidas que los favorecen, además de proponer alternativas que faciliten la mejora de aquellas situaciones que los dificulten.

1.3.2 El aprendizaje teórico-práctico en el Grado en Enfermería.

1.3.2.1 El Practicum

Con la entrada en vigor del EEES, las prácticas asistenciales han adquirido mayor peso dentro del grado de Enfermería, ya que proporciona al alumno la capacidad de relacionar los conocimientos teóricos con la práctica en un mundo real, de ahí, que se ha convertido en una materia troncal, básica en la comprensión del mundo laboral y profesional de los estudiantes de Enfermería (Tejada y Ruiz, 2013).

Está claro que, a lo largo de la historia, la formación práctica en Enfermería ha sido un pilar básico en la formación, pero es con la nueva filosofía de Espacio Europeo de Educación Superior cuando se producen una serie de cambios en los programas curriculares al considerar las prácticas, bajo la denominación genérica de Practicum, como el eje sobre el que pivotan los planes de estudios. Este vocablo que ha sido utilizado por diferentes disciplinas con matices diferentes, gracias a la entrada en vigor del EEES, se ha convertido en un término hegemónico.

La realización de prácticas formativas en contextos laborales aporta importantes beneficios para los estudiantes, entre estos, tal como sugiere Rojo (2016) podemos destacar la posibilidad de acercamiento al mundo real y a la cultura de la profesión en la que quieren integrarse. El convivir con los profesionales les brinda la oportunidad de conocer las dinámicas de la institución, las diferentes formas de relacionarse entre los profesionales, la cultura empresarial.

Al conocer la realidad, el estudiante adquiere la capacidad de crítica personal, toma conciencia de lo que sabe y de lo que desconoce, fomentando el aprendizaje, no sólo de conocimientos, sino también en todo lo relacionado con disposiciones, actitudes o habilidades. Se trata pues, de un recurso importante de motivación. Dada la importancia que ostenta, es necesario que el entorno donde se desarrollen, sea un espacio seguro.

Tal como comenta (Zabalza, 2013), las prácticas deben servir para crear incertidumbre y disonancia cognitiva en los estudiantes que deberán buscar respuestas, revisar estereotipos o relativizar principios más pertinentes en contextos académicos que en la acción profesional real.

Desde el punto de vista pedagógico, la finalidad del practicum ha de ser formativa, con experiencias orientadas a un aprendizaje diversificado y complejo (saber, saber hacer, saber ser...), “socializador” en la intervención teoría-praxis, texto y contexto para la formación integral (no solo académica o profesional) del alumnado. Sus “prácticas” han de ser significativas para lograr la cualificación académica y los objetivos que se explicitan en la titulación. Idea compartida por Tejada y Navío (2005) que añaden además la necesidad, de fijar y propiciar las condiciones necesarias para que esto sea posible.

Zabalza (2004), expone las condiciones básicas a considerar para que el Practicum adquiera el peso reconocido dentro del Plan de estudios, estas son:

- Formalización del programa de prácticas. Contar con un proyecto formativo, escrito y público conocido por todos los que están incluidos en él (estudiantes, profesionales y docentes) dejando claro cuáles son los compromisos que han de adquirir.
- Integración del Practicum dentro del proceso global de la carrera: Debe ayudar a decodificar el contenido teórico de las materias.
- Debe estar organizado en diferentes fases, identificando e cada una de ellas su contenido formativo. Debe ser progresivo, a lo largo de los diferentes cursos de la carrera, aumentando el nivel de competencias a la vez que se va

reforzando el contenido teórico y adquiriendo mayores destrezas, dejando los procesos más complejos para los últimos períodos, donde además el alumno ha adquirido mayor autonomía, ya que, en un período inicial, ha de centrarse en la observación, para pasar a situaciones de colaboración en los períodos intermedios.

Para que el practicum funcione correctamente como experiencia educativa, ha de estar bien planificado, con unos contenidos claros en los que se describan las competencias a cubrir durante cada período, para que sea posible utilizar un lenguaje común a todos los que forman parte del proceso educativo en la práctica asistencial, estudiantes, docentes y profesionales de la propia institución que deben estar formados para poder prestar formación.

Constituye una realidad compleja, determinada por múltiples variables, cuyos agentes implicados son estudiantes, la institución universitaria y los centros de prácticas. Para que sea experiencia enriquecedora y ayude a la adquisición de las competencias por parte del alumnado, cada uno de los integrantes ha de cumplir una función determinada.

La universidad ha de facilitar un programa de prácticas pactado con las instituciones donde se van a llevar a cabo, con una supervisión adecuada tanto de dicho programa como del estudiante y que la experiencia permita acceder a una acreditación posterior.

Los estudiantes han de participar de manera activa en todo el proceso que ha de contar con una buena planificación de la experiencia de aprendizaje que van a vivir, son importantes sus opiniones sobre todo el proceso, las tareas que realizan y la propia experiencia adquirida, forman parte de un aprendizaje autónomo característico.

Las instituciones, deben garantizar que el ambiente de aprendizaje y formación que ofrezcan resulte enriquecedor, y que tal como comenta Zabalza (2013),

suponga una inserción progresiva en el mundo de la profesión, teniendo claro que esta debe estar tutorizada, vinculada a proyectos reales e innovadores y con posibilidad de establecer relaciones interpersonales de apoyo.

Gráfico 1: Los Agentes del Practicum



Fuente: Zabalza(2013)

Pérez y García (2001), plantean la necesidad de mantener relaciones fluidas entre los profesionales de los centros asistenciales y los profesores de la universidad; dar una orientación más práctica del currículum teórico, además de la necesidad de fomentar en el alumno un conocimiento crítico reflexivo, permitiendo por un lado observar la realidad con capacidad para analizar e interpretar la realidad, siendo capaces además, de transferir a la teoría esos resultados de ese razonamiento que se enriquecerán con otros procesos formativos y con la maduración profesional del estudiante en práctica.

Con esta nueva visión, resulta evidente, que los estudiantes no realizan prácticas asistenciales solo para poner en práctica los conocimientos teóricos

que han adquirido en la teoría, ya que van más allá: *“los estudiantes no aplican la teoría, sino que utilizan como ayuda la información adquirida en el aula; esta información se trata como una hipótesis que puede funcionar en el aula”*. Esto requiere que exista un *feed back* en la Universidad, que ha de utilizar, tal como señala Rojo (2016), nuevos métodos que sirvan para interiorizar lo vivido en las prácticas, reflexionando sobre ello, además de aportar una visión más crítica sobre los informes de investigación habituales basados en la propia experiencia... (Jarvis, 2006).

Tal como expresa Medina (2002), “En el Practicum, además de aplicar las evidencias, las estudiantes deberán aprender las formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible a través de la reflexión en la acción.

1.3.2.2 Adquisición de Competencias a través del Practicum

Un principio esencial de la educación es que se “aprende lo que se practica, siempre acompañado de retroalimentación y reflexión”. Es cierto que los estudiantes realizan sus prácticas por entornos diferentes, esto han de verlo desde un punto de vista enriquecedor, han de intentar, a través de la diversidad de los contextos, percibir la pertinencia y limitación de sus conocimientos, averiguar, en que rango de situaciones son aplicables y en cuáles no.

Se pretende que a lo largo de su formación hayan hecho frente a situaciones y problemas abiertos, que les obliguen a tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, como es previsible que suceda a menudo en su vida profesional. Todo ello, en un ambiente tolerante que permita la experimentación y el error (ANECA, 2013).

Con la entrada en vigor de la nueva filosofía impulsada por Bolonia y el EEES, el Practicum ha adquirido un gran peso curricular, convirtiéndose en un escenario formativo en el que se entrecruzan mucho de los elementos y desafíos que debe afrontar la enseñanza universitaria.

Ha dejado de ser una materia dependiente para convertirse en el hilo conductor en torno al que se estructura el currículum de grado, imprescindible para que el alumno pueda lograr una formación plena, en escenarios abiertos y estimulantes donde puedan aplicar, integrar y transferir sus conocimientos.

El aprendizaje que se produce al estar en contacto con la realidad, va más allá de la aplicación del conocimiento teórico adquirido en el aula y del desarrollo de habilidades técnicas, supone poner en práctica muchas competencias profesionales genéricas que forman parte del catálogo de aprendizajes que corresponden a la formación universitaria. Incorpora elementos que forman parte de las competencias, además del saber que el alumnado posee, facilitan aspectos relacionados con la actitud intelectual, la capacidad de trabajo en equipo, la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas, la capacidad de comprometerse y asumir responsabilidades, la capacidad de idear y emprender. El practicum se convierte en un espacio donde el aprendizaje basado en competencias alcanza gran relevancia, ya que se exige al alumno que además de aprender de otros profesionales, sea capaz de solventar nuevas situaciones que se le planteen gracias a la movilización de las competencias que ya ha adquirido, los recursos disponibles por su formación y/o su experiencia previa.

Tal como comenta Zabalza (2013): “El practicum permite contemplar los aprendizajes disciplinares y enriquecerlos mediante la posibilidad de aplicarlos en contextos profesionales reales”. Las prácticas adquieren un significado diferente, no se trata de salir de la universidad para hacer cualquier cosa, sino que se trata de seguir aprendiendo en un contexto no académico. Se convierten en pieza clave para ofrecer una formación integral.

Algunos autores, entre ellos, Levy-Levoyer (2003), insisten que para consolidar el valor educativo otorgado al practicum, los estudiantes han de disponer de:

1. Conocimientos suficientes sobre las posibles situaciones a las se va a enfrentar, con un bagaje teórico suficiente para reconocerla.
2. Capacidad de reflexión y extracción de conclusiones a partir de las experiencias vividas.
3. Capacidad de autocrítica.

De ahí, que para que cumpla todo su influjo formativo, ha de estar interaccionado con el resto de materias, facilitando así que se den niveles de experiencias acordes con el desarrollo cognitivo y personal del alumno (Rojo, 2016).

A pesar de la importancia que ha alcanzado, aún, en el marco científico del Espacio Europeo de Educación Superior, no hay consenso sobre cuál es el modelo idóneo para evaluar la adquisición de competencias en los estudiantes en el área de las prácticas tuteladas, al tratarse de experiencias y herramientas de reciente implantación en el área de Enfermería.

Cada universidad ha definido, en el diseño y configuración de sus planes de estudio, la distribución de las materias y asignaturas, así como los créditos vinculados a cada una de ellas.

Es por ello que tanto las competencias como los resultados de aprendizaje seleccionados en cada nivel de prácticas, varía notablemente de unas universidades a otras, lo que explica también que no haya un modelo estandarizado para su medición.

Lo que sí queda claro, que este planteamiento basado en desarrollar currículums centrados en el estudiante, hace que las autoevaluaciones estén tomando una gran relevancia en la estrategia de evaluación global (Yanhua, y Watson, 2011) al favorecer el desarrollo de una conducta activa para el

aprendizaje de por vida (life-long learning) (Helminen, Tossavainen, y Turunen, 2014), muy en línea con la esencia de la Declaración de Bolonia (1999).

Mejorar esta situación en nuestros estudiantes, es uno de los objetivos de esta tesis, de ahí que sea importante conocer la percepción que el propio alumnado tiene sobre el entorno donde desarrolla gran parte de su período formativo, puesto que han de facilitar a los futuros profesionales no sólo la adquisición de habilidades técnicas, sino que han de fomentar el aprendizaje reflexivo y la discusión de casos clínicos que favorezcan el pensamiento crítico de los estudiantes.

1.3.2.3 Percepciones de los estudiantes sobre la Práctica Clínica

La educación en Enfermería siempre ha estado estrechamente vinculada con los entornos reales de trabajo y los estudiantes de Enfermería siempre han tenido un papel dual, donde el aprendizaje se combinó con la participación activa y la contribución del paciente (Papathanasiou, Tsaras, y Sarafis, 2014).

Un aspecto fundamental que se pretende conseguir con el practicum, es dar la posibilidad a los estudiantes de reflexionar y examinar la experiencia que están viviendo en función de los conocimientos y de la capacidad de comprensión que cada uno posee en esos momentos (Boud, Keogh y Walker, 1985), ya que lo realmente importante en el aprendizaje que se da en el entorno clínico, no es el “Aprender Haciendo” sino “La Reflexión de lo Realizado” (Zabalza, 2003). Las prácticas clínicas ofrecen a los estudiantes la oportunidad de experimentar la Enfermería en el mundo real y lo ideal será que les permita poner en práctica la teoría.

A pesar del tiempo considerable que el alumnado pasa en los entornos clínicos, es cierto que estos son muy diferentes y ofrecen posibilidades distintas, esto puede convertirse en una de las principales dificultades a las que deben enfrentarse los principiantes, pues las herramientas que poseen pueden verse

afectadas por los condicionantes del entorno si este no está controlado de antemano.

Las percepciones de los estudiantes sobre el entorno son básicas ya que se ha demostrado que estas generan un impacto en las conductas y actitudes de estos que a su vez pueden afectar a la consecución de las competencias.

Existen investigaciones que han demostrado que la existencia de diferencias entre la percepción de los estudiantes con respecto al entorno y el ideal en relación al aprendizaje en la práctica clínica (De-Souza-Cruz y Mariscal, 2016).

Para algunos autores, el éxito del programa de Enfermería es en gran parte dependiente de la eficacia de la experiencia clínica (Chuan y Barnett, 2012), es necesario que exista Feedback, entre aprendizaje en las aulas y la clínica favoreciendo el desarrollo completo de las competencias necesarias para su formación. Es necesaria la coexistencia de los conocimientos teóricos, los valores y los principios, junto con las aplicaciones prácticas y los detalles técnicos, para fomentar la sinergia de los valores académicos y la realidad profesional.

Conocer la percepción de los estudiantes sobre sus prácticas clínicas, se ha convertido en un aspecto crucial para mejorar los resultados de aprendizaje en este contexto.

Resulta interesante además ahondar en la valoración del entorno donde se desarrolla este período formativo. Esto es una cuestión que preocupa a un número importante de autores en las últimas décadas, la mayoría de los cuáles concluyen que el entorno donde desarrollan las practicas, adopta un papel decisivo en el aprendizaje los estudiantes, así como la necesidad de modificar las estrategias de supervisión de estos para poder satisfacer la demanda de un aprendizaje de calidad.

En el estudio realizado por Estevez et al (2003) concluyeron que la aptitud clínica no depende de conocimientos adquiridos, sino de la estimulación de la

reflexión hacia situaciones reales y la actitud crítica reflexiva no está suficientemente estimulada dentro del ámbito educativo. Por este motivo plantean la necesidad del desarrollo de un sentido crítico a través de las vivencias experimentadas en entornos reales. Es importante conciliar teoría y práctica además de la necesidad de la existencia de una retroalimentación entre ellas para que el estudiantado perciba los entornos clínicos como favorables para fomentar un aprendizaje reflexivo.

En Estados Unidos Sullivan, Hirst y Cronenwett (2009), realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo fue de evaluar las perspectivas de los estudiantes sobre la calidad y el contenido de seguridad en sus programas de Enfermería, junto con los niveles de percepción sobre la preparación e importancia percibida de las 6 competencias, las “Quality and Safety Education for Nurses” (QSEN), mediante una encuesta electrónica de evaluación, los resultados fueron que la experiencia clínica fuera de la educación formal se asoció con la percepción de un mayor nivel de preparación, para las habilidades QSEN en varias competencias, y que en general, los estudiantes informaron de niveles relativamente altos de preparación en todos los tipos de programas de Enfermería, el estudio respaldó la importancia de las competencias de calidad y seguridad en la práctica profesional.

Las prácticas clínicas pretenden integrar en situaciones reales, los conocimientos teóricos y metodológicos con las habilidades y las actitudes contempladas a lo largo del grado en una graduación ascendente a medida que se va aumentando el desarrollo curricular.

Este aprendizaje ha de ser autónomo, responsable y activo, de ahí, la importancia de contar con un entorno adecuado que facilite su transferencia, donde la figura del tutor clínico como profesional referente en la clínica, facilitan que se puedan alcanzar las competencias planificadas durante la realización de las prácticas clínicas

Un entorno de aprendizaje clínico positivo y el éxito de la educación, depende en gran medida de una buena cooperación de los miembros del personal de la clínica, buen ambiente e incluir a los estudiantes en las interacciones con otros profesionales (Henderson et al, 2010).

1.3.2.4 Figura del tutor clínico

La entrada en vigor del EEES, ha supuesto una nueva visión para la calidad de la enseñanza centrada ahora en tres pilares básicos: modificación de las metodologías docentes, revisión y adaptación de los contenidos de las titulaciones y definir claramente el perfil u orientación de los nuevos titulados. Se trata de una nueva forma de entender la formación, con un enfoque mucho más participativo del estudiante universitario otorgándole a la vez, una responsabilidad mayor. Estos cambios afectan no sólo a la formación teórica, sino también a la formación práctica impartida en ciertas titulaciones, sobre todo las vinculadas al área de las ciencias experimentales, donde las instituciones sanitarias juegan un papel importante (Solano y Siles, 2013).

La cohesión del aprendizaje, comienza en las aulas de la Universidad, continua en los laboratorios de simulación y se completa en los Centros asistenciales. Parece necesaria la implantación, control y seguimiento de los estudios desde una perspectiva Universitario-Asistencial muy bien coordinada desde la Universidad que es, la Institución responsable de emitir las titulaciones que acrediten capacidad de ejercicio profesional.

En Europa, el rol de profesor de prácticas, se presenta en tres modelos, según desarrolle su actividad sólo en la práctica clínica (modelo experimental en países escandinavos), sólo en facultades (modelo irlandés, donde el profesor sólo interviene para resolver soluciones conflictivas en la práctica clínica), o combinación de ambos modelos que es modelo más seguido (Fernández-Sola et al, 2014).

Los tutores son profesionales de los centros sanitarios, sin vinculación académica que compaginan su labor asistencial con las labores docentes derivadas de la tutorización y seguimiento de un estudiante en la formación práctica. Desempeñan un papel decisivo durante todo el periodo práctico, debiendo potenciar la capacidad crítica del alumnado y el desarrollo de la reflexión ante un determinado fenómeno de salud-enfermedad en el contexto específico de la práctica. Su función consiste más que en controlar la aparición de errores en la aplicación que los estudiantes realizan del conocimiento aprendido en el aula, en fomentar una conversación reflexiva con ellos acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que estos les otorga (Medina, 2002). El papel de tutor es algo voluntario, no siempre acogido positivamente ya que es percibido por el profesional como un aumento de la carga de trabajo sin ninguna motivación extra, además de carecer de conocimientos exactos sobre el papel que el estudiante debe desempeñar (Cuañado et al, 2011).

De ahí que la formación y motivación de los tutores se haya convertido en un aspecto básico para dotar de calidad docente a todo el proceso práctico de los estudiantes de Enfermería. Sin embargo y a pesar de la importancia del tema, a nivel nacional, la producción científica respecto a las funciones, labor, perfiles, etc., que debe ostentar esta figura, es escasa. El sistema Sanitario Público es copartícipe en la formación reglada de los profesionales sanitarios ya que es en este entorno, donde se desarrollan fundamentalmente las habilidades y actitudes que marcan el perfil profesional, de ahí la necesidad de trabajar de forma conjunta de manera que las tareas docentes desarrolladas por los tutores clínicos sean reconocidas tanto por parte de la institución sanitaria, como de las Universidades.

En la Comunidad Autónoma Andaluza, el primer Convenio-Marco entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades andaluzas, se firmó el 3 de octubre de 1995, para la utilización de las Instituciones Sanitarias,

en la investigación y la docencia al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 1558/1986.

Este Convenio ha sufrido varios cambios y fue en el Manifiesto de Córdoba, elaborado en la 1ª Conferencia de Organización Sanitaria y Universidad, donde se dejó claro, el deseo de trabajar conjuntamente para alcanzar la máxima integración del sistema sanitario y educativo y la continuidad de las diferentes etapas de grado, posgrado y formación continuada.

Aspecto que se continuó en la Declaración de Cádiz, en la que se insiste en la necesidad de un nuevo acuerdo en el que queden reflejadas las reformas sentidas, de aquí surge un nuevo modelo de Colaboración para la formación práctico-clínica en las instituciones sanitarias públicas del alumnado de los estudios universitarios conducentes a las profesiones sanitarias, queda recogido con la publicación en BOJA del 18 de marzo del 2008, de la ADENDA (BOJA; 2008, 54).

Esta guía redefine el papel de los distintos actores que intervienen en la formación práctico-clínica del alumnado, entre los que se encuentran: Profesor del Practicum, Profesor Asociado en Ciencias de la Salud (PACS), denominados actualmente coordinadores y tutor clínico, para que la formación sea efectiva ha de existir coordinación entre todas las partes. Pero se sigue insistiendo en el papel básico de la figura del tutor.

Se ha trabajado el reconocimiento expreso de la experiencia en tutorización clínica, en los profesionales incluyéndola en los programas de acreditación del nivel de la competencia profesional y en el baremo de méritos de la carrera profesional, además, desde cada una de las Universidades se reconocerá la tarea docente desarrollada por las y los tutores clínicos en función del número de estudiantes y de créditos.

En la actualidad, en Andalucía, la figura del tutor clínico está implantada en casi todas las provincias a excepción de Huelva donde se encuentra en proceso de implementación.

Con la consolidación de esta figura se pretende asegurar la adquisición de competencias de los futuros enfermeros/as, a través de la implicación de las personas involucradas en este proceso, que han de conocer los requisitos de la dicha formación.

En Portugal, acogidos al Plan Bolonia desde 2006, la figura del tutor clínico es asumida por los enfermeros colaboradores, profesionales de la práctica clínica que son referentes en sus servicios y que están en contacto directo con los enfermeros coordinadores docentes.

Todos esto, nos hace reflexionar sobre la necesidad de mejorar el conocimiento de los entornos de trabajos, como pieza fundamental en el desarrollo de las prácticas donde todos los implicados desarrollan un papel importante dentro del proceso enseñanza aprendizaje.

Conocer la opinión de cómo se lleva a cabo el proceso es fundamental para seguir avanzando.

Dada la actual situación académica y profesional de la Enfermería marcada por el desarrollo competencial y por el entorno en el que centramos nuestro estudio, cabría formular algunas preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el grado de percepción e implementación de competencias de las enfermeras pregrado formadas en universidades de Andalucía occidental (Huelva y Sevilla)?
- ¿Qué relación existe entre la percepción e implementación de estas competencias en función de las distintas universidades?

- ¿Existen diferencias en función de estos entornos educativos?
- ¿Cuál es el grado de percepción de competencias de las enfermeras pregrado formadas en la universidad del Algarve Portugués?
- ¿Existen diferencias en la percepción de competencias de las enfermeras pregrado formadas en las universidades de Huelva y Sevilla con las de la universidad del Algarve portugués?

2 EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 General

Analizar la percepción e implementación de competencias en los estudiantes del Grado en Enfermería en el último período de su formación en relación con el entorno práctico-clínico en Andalucía Occidental y el Algarve Portugués.

2.2.2 Objetivos Específicos

Describir las características socio-académicas de los estudiantes en relación con los entornos en los que se desarrollan los estudios.

- Identificar las competencias percibidas y aplicadas por los estudiantes de Enfermería en el último período formativo de formación de Grado.
- Establecer la relación entre el nivel de percepción de competencia y su frecuencia de utilización.
- Determinar la percepción de los estudiantes de las universidades de Huelva, Sevilla y el Algarve sobre los distintos entornos donde se desarrolla su aprendizaje práctico-clínico.
- Identificar la relación de las competencias percibidas y frecuencia de utilización en el aprendizaje práctico-clínico en los estudiantes de Enfermería en relación con el entorno de Andalucía Occidental y el Algarve Portugués.
- Valorar los factores del entorno que influyen en la adquisición de competencias en el desarrollo de las prácticas clínicas de los estudiantes.

2.3 HIPÓTESIS

En las últimas décadas se ha producido un importante cambio paradigmático en la disciplina enfermera que ha generado un nuevo planteamiento a nivel curricular, donde la adquisición de competencias, ha pasado a ser el objetivo fundamental de todo el proceso educativo.

Para garantizar la formación de profesionales capaces de asumir las competencias que la sociedad demanda, es necesario ofrecer un aprendizaje de calidad, basado en una metodología educativa apropiada y en contenidos que abarquen todo el proceso de enseñanza-aprendizaje: conceptual, procedimental y actitudinal, con una perspectiva holística integrada.

La acción práctica adquiere un peso fundamental durante todo este proceso formativo, puesto que ofrece la oportunidad de experimentar y asumir los valores que rigen la actividad enfermera, además de propiciar la integración de los conocimientos teóricos adquiridos en el aula y aplicarlos utilizando la reflexión sobre la propia experiencia.

Todo esto, nos lleva al planteamiento de nuestras dos hipótesis de trabajo:

- Los estudiantes del Grado de Enfermería perciben satisfactoriamente el nivel de competencias adquiridas a lo largo del grado de su período formativo siendo capaces de aplicarlas en el contexto real donde han desarrollado sus prácticas.
- El entorno donde se desarrollan las prácticas clínicas, influye en la percepción e implementación de las competencias enfermeras adquiridas por los estudiantes del Grado de Enfermería.

2.4 METODOLOGÍA

2.4.1 Diseño del Estudio

Estudio observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo, prospectivo durante el periodo comprendido entre diciembre de 2014 y diciembre de 2016 en los estudiantes de Grado de Enfermería en Andalucía Occidental y el Algarve portugués.

La investigación se ha desarrollado en tres fases: conceptual, metodológica y empírica.

En la fase conceptual, se ha llevado a cabo la revisión de la literatura, para facilitar la formulación del problema de investigación, el marco teórico, así como la definición de hipótesis y objetivos. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio iniciado en la Universidad de Huelva en el año 2008 y que ha sido implementado en España y en varios países de Latinoamérica como diversos Trabajos Fin de Máster que han dado lugar a diversas publicaciones.

En la fase metodológica, se elaboró el diseño del estudio, la definición de la población, criterios de inclusión y exclusión, objetivos, hipótesis, las variables del estudio, los instrumentos de recogida de datos, los procedimientos para el análisis estadístico y las consideraciones éticas.

En la fase empírica se llevó a cabo la captación de los participantes, la pasación de los cuestionarios en España y Portugal, así como la elaboración de bases de datos y análisis de los mismos.

Finalmente se elaboró el informe de investigación.

2.4.2 Población y Ámbito de Estudio

El ámbito de este estudio lo conforman las universidades de Andalucía occidental (Huelva y Sevilla) y el sur de Portugal (Universidad del Algarve), que constituyen un área de interés tanto desde la perspectiva investigadora como profesional, dada sus similares características en cuanto la formación de

Enfermería se refiere, potenciado todo ello por la proximidad geográfica y cultural.

Tanto en España como en Portugal, el Grado en Enfermería es una de las titulaciones con una de las calificaciones de corte más altas para los estudios universitarios, con medias superiores al 9 en las universidades españolas. Concretamente en el año 2016/17, en Huelva ésta fue de 9.4 sobre 14 puntos y en Sevilla de 11.4 sobre 14. En Portugal, es necesario realizar examen de ingreso. Esta situación nos indica que contamos, por tanto, con estudiantes con una formación básica de alto nivel para acceder a la educación superior.

La población de estudio está compuesta por todos los estudiantes del Grado en Enfermería de las Universidades del Algarve Portugués y Sevilla durante el curso académico 2016/17 y en la Universidad de Huelva durante los cursos 2014/15 hasta 2016/17. Entre las tres universidades se encuentran matriculados en el Grado en Enfermería un total de 2238 estudiantes, de los cuales 128 estudiantes pertenecen a la Universidad de Saúde del Algarve, 730 a la Universidad Sevilla 730 y 1380 a la de Huelva.

La muestra está constituida por todos los estudiantes del último período formativo del Grado de Enfermería en las universidades Sevilla, Huelva y el Algarve. Una vez aplicados los criterios de inclusión y de exclusión, la muestra ha quedado constituida por un total de 952 estudiantes, de los cuales, 58 pertenecen a la Universidad del Algarve portugués, 360 a la universidad de Sevilla y 534 a la de Huelva.

2.4.3 Recogida de datos

Para la recolección de datos, en primer lugar, se contactó con los directores de departamento de las diferentes facultades solicitando la autorización para la realización del estudio.

En la Universidad de Huelva se recogieron durante los cursos académicos 2014,2015, 2016 y 2017, en Sevilla y Portugal, en el curso académico 2016 y 2017.

Los datos del estudio fueron obtenidos directamente de los participantes mediante un cuestionario que consta de tres apartados, el primero recoge los datos socio-demográficos y académicos, el segundo los datos sobre las competencias enfermeras y el tercero sobre el entorno.

Se contó con la colaboración de un grupo de profesores para la pasación de los cuestionarios al alumnado en las instalaciones de cada universidad.

2.4.4 Criterios de Inclusión

Todos los estudiantes matriculados en el último período formativo del Grado en Enfermería en los cursos académicos 2014/15- 2015/16 en la Universidad de Huelva y 2016/17 en las de Sevilla y Algarve Portugués.

2.4.5 Criterios de Exclusión

Estudiantes que se encontraban realizando estancias para la docencia en las universidades estudiadas procedentes de otras universidades nacionales o internacionales.

2.4.6 Variables e Instrumentos

En esta investigación se han establecido como variables los datos socio-académicos y demográficos, la competencia enfermera y el entorno.

2.4.6.1 Variables Socio-demográficas y Académicas

Para evaluar estas variables, se ha elaborado un cuestionario el cual fue sometido a una prueba de jueces y a una prueba piloto en 20 estudiantes

seleccionados de manera aleatoria. Para su traducción al portugués, se contó con la colaboración de un profesional de la universidad del Algarve.

Las variables socio-demográficas y académicas se describen en la tabla 9.

Tabla 9. Operativización de las variables socio-demográficas y académicas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CLASIFICACIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años	Pregunta abierta recodificada con posterioridad.	Numérica continua, de escala.	Años.
SEXO	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, que caracterizan a cada persona.	- Hombre. - Mujer.	Cualitativa nominal dicotómica	(0) Hombre. (1) Mujer.
ESTADO CIVIL	Condición que caracteriza a una persona desde el punto de vista del registro civil.	- Soltero. - Casado. - Divorciado. - Otros	Cualitativa nominal.	Soltero. Casado. Divorciado Otros.
ELECCIÓN DE ENFERMERÍA COMO 1ª OPCIÓN	Elegir Enfermería como primera opción.	- Sí. - No.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No.
CUMPLE CON TUS EXPECTATIVAS	Situación en la que se espera conseguir algo específico.	- Sí. - No.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No.
EXPERIENCIA LABORAL	Habilidad adquirida al haber realizado algún trabajo una o más veces.	- Sí. - No.	Cualitativa nominal dicotómica.	(0) Sí. (1) No.

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL	Número cronológico de trabajo en años o meses.	Pregunta abierta.	Numérica continua.	Ninguna.
TRABAJAS ACTUALMENTE	Desempeño de una labor en tiempo presente.	- Sí. - No.	Cualitativa nominal dicotómica.	(0) Sí. (1) No.
LUGAR DE TRABAJO	Unidad donde se trabaja.	-Hospital. -Atención primaria. -Geriátricos. -Otros.	Cualitativa nominal	(1) Hospital. (2) Centro de Salud. (3) Geriátricos. (4) Otros.
ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO	Desempeño de una labor desde la fecha inicial.	Pregunta abierta.	Numérica continua. Escala	Meses.
SERVICIOS DONDE SE HAN REALIZADO LAS PRÁCTICAS-CLÍNICAS	Destinos -unidades	Hospitalización Atención Primaria. Quirófano. UCI Urgencias. Maternidad. Pediatría. Psiquiatría. Hemodiálisis. Oncología. Infecciosos. Consultas externas. Otros.	Nominal.	(1) Atención Primaria(AP) (2) Hospitalización. (3) A.P + Hospitalización. (4) AP + Hospitalización+ Especializada. (5) AP+Hospitalización+ Críticos. (6)AP + Hospitalización + Críticos (7) Hospitlización + Especializada.
UNIVERSIDAD A LA QUE PERTENCE	Institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, y que confiere los grados académicos correspondientes.	Huelva. Sevilla. Algarve.	Cualitativa nominal.	(1) Huelva. (2) Sevilla. (3) Algarve.

Fuente: elaboración propia

2.4.6.2 Variable Competencia Enfermera

Para evaluar la competencia enfermera se ha utilizado la escala *Nurse Competence Scale*, elaborada por Meretoja et al (2004), que está basada en el

constructo teórico de Benner (1987). Este instrumento ha sido utilizado en varios estudios transversales desarrollados en diferentes entornos clínicos, tanto con enfermeras noveles como con enfermeras con una mayor experiencia laboral.

Estas investigaciones se han desarrollado en distintos países, entre ellos, Finlandia (Meretoja y Leino-Kilpi, 2003; Meretoja et al, 2004; Salonen et al; 2007), en Australia (Hengstberger et al, 2008). Su aplicación ha sido mayoritariamente en países de habla inglesa, aunque en los últimos años, las versiones traducidas de la NCS fueron usadas en varias investigaciones, como Suecia, Noruega, Japón, Alemania, Taiwán, Italia, Corea del Sur, Australia y China. También ha sido sometido a un proceso de validación lingüística y cultural en Portugal por Nunes de Oliveira (2015). Esta versión en portugués, es la que se ha utilizado en este estudio en ese país.

La *Nurse Competence Scale* (NCS) consta de 73 ítems agrupados en siete categorías de competencia, derivadas del cuadro competencial de Benner, tal como se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10: Dominios de la Nurse Competence Scale.

Nurse Competence Scale		
Dominio	NCS	Ítems
1	Rol de Ayuda	7 ítems
2	Enseñanza/Entrenamiento	16 ítems.
3	Función de diagnóstico	7 ítems
4	Gestión de situaciones	8 ítems
5	Intervenciones terapéuticas	10 ítems
6	Gestión de calidad	6 ítems
7	Rol de trabajo	19 ítems

Fuente: Meretoja et al, 2004

Esta escala incluye la evaluación de dos aspectos: el nivel de percepción y frecuencia de implementación de competencias enfermeras.

- El nivel de percepción de los estudiantes sobre sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Cada ítem es medido usando una Escala Visual Analógica (EVA), que otorga el valor 0 para el nivel más bajo y 100 para el nivel más alto. Esta escala agrupa las competencias en siete dimensiones:
 - *Rol de Ayuda*: que implica el conocimiento de las necesidades del equipo de prestación de cuidados, su preparación para el acompañamiento del paciente/familia, elaboración de registros de Enfermería, de propuestas de mejoras de los cuidados y utilización de la evidencia científica.
 - *Enseñanza/Entrenamiento*: evalúa la disponibilidad para planear y orientar la enseñanza a los pacientes y a las familias, los procedimientos y los resultados de la enseñanza realizada, la orientación ofrecida a los miembros del equipo en función de sus capacidades, además de la información actualizada que se facilita.
 - *Función diagnóstica*: que pretende valorar la capacidad para detectar y registrar alteraciones significativas en las condiciones de la persona, además de la planificación de los cuidados de acuerdo con las necesidades y con la atención de otros profesionales cuando sea necesario.
 - *Gestión de situaciones*: se relaciona con la capacidad de conocer y detectar situaciones de riesgo para la vida, de establecer prioridades y tomar decisiones, aprovechar los recursos disponibles, implicar al equipo en el manejo de situaciones cambiantes, monitorización de efectos adversos, prevenir situaciones y problemas.
 - *Intervenciones Terapéuticas*: supone el control de situaciones relacionadas con la formación, acompañamiento a estudiantes y ayudar al desarrollo de las competencias.

- *Garantía de Calidad*: relacionado con la evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares, garantizando en todo momento apoyo emocional y la seguridad, basados siempre en los resultados de la investigación.
- *Rol de Trabajo*: para evaluar competencias referidas a la coordinación, la planificación y la orientación de los cuidados de Enfermería, desarrollando e implementando nuevos conocimientos, además gestionar los recursos físicos y psicológicos de los estudiantes, delimitando su grado de implicación.
- La frecuencia de utilización de las competencias hace referencia a la asiduidad con la que se llevan a cabo en la práctica enfermera, con una escala de cuatro puntos, correspondiendo el valor 0 a la acción “No aplicable en mi práctica diaria”; el valor 1 se corresponde a “aplicable muy pocas veces”; el valor 2 a “aplicable ocasionalmente” y el valor 3 se corresponde con “aplicable muy a menudo”.

Tabla 11. Operativización de las variables dependientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CLASIFICACIÓN
NIVEL COMPETENCIA ENFERMERA	Percepción de la enfermera a cerca de sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores	Escala de 0 a 100	Escala	1. Rol de Ayuda. 2. Enseñanza/Entrenamiento. 3. Función diagnóstico. 4. Gestión de situaciones. 5. Intervenciones/ Terapéuticas. 6. Gestión de Calidad. 7. Rol de Trabajo.
FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS	Hace referencia a la asiduidad de utilización de las competencias.	No aplicable Muy pocas veces. Ocasionalmente Muy a menudo	Escala	

2.4.6.3 Variable Entorno

Esta variable mide las características del ámbito de trabajo donde el alumnado desarrolla las prácticas clínicas. Para ello, se ha utilizado la escala de *Practice Environmet Scale Nursing Work Index (PES-NWI)*, diseñada por Kramer y Hafner en 1989 con el fin de comparar la satisfacción laboral de las enfermeras y la calidad del cuidado en diferentes hospitales de los Estados Unidos.

La escala se agrupa en 5 dimensiones estructurales que evalúan aspectos básicos que han de estar presentes en todos los entornos para conseguir una asistencia de calidad:

- Liderazgo y gestión donde se valora el desarrollo de habilidades y conocimientos relacionados con la gestión y el liderazgo.
- Calidad del cuidado brindado refiriéndose a conceptos clásicos de calidad entre los que se encuentran, competencia, capacitación profesional, su formación, aspectos de metodología y proceso enfermero.
- Participación del profesional en la institución que hace mención a la participación del profesional en asuntos relacionados con la gestión y la política dentro de la institución.
- Reconocimientos y recursos refiriéndose al número de profesionales con los que se cuenta, si estos son suficientes para el desarrollo de la actividad.
- Relaciones de práctica conjunta donde define la calidad de las relaciones interpersonales en la práctica conjunta.

Tabla 12. Operativización de la variable entorno

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	CLASIFICACIÓN
ENTORNO	Conjunto de circunstancias físicas y morales que rodean al puesto de trabajo.	Escala Likert Con 4 respuestas.	Escala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liderazgo y gestión. 2. Calidad del cuidado. 3. Participación profesional. 4. reconocimiento y recursos. 5. relaciones de práctica conjunta.

Fuente: elaboración propia

Este cuestionario ha sufrido varias adaptaciones, entre ellas, la realizada por Aiken (2001), que creó un nuevo instrumento a partir de la reestructuración del elaborado por Kramer, denominado Nursing Word Index- Revised (NWI-R), que medía atributos como: autonomía, control sobre la práctica de Enfermería, relaciones con los médicos, apoyo de la organización. El instrumento creado tenía 57 ítems.

Uno de los problemas que presentaba, guardaba relación con su extensión, de ahí, que Lake (2002) realizara una nueva modificación del NWI con el objetivo de desarrollar una escala más breve y que recogiese la influencia del entorno laboral en la práctica de los profesionales de Enfermería. El instrumento, quedó reducido a 31 ítems (Alfa de Cronbach $\alpha=0.82$) donde emergían 5 subescalas: participación de las enfermeras en asuntos del hospital (8 ítems); fundamentos de Enfermería para la calidad de los cuidados (10 ítems); aptitud, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de los gestores (5 ítems); dotación de personal y recursos y relaciones entre enfermeras y médicos (3 ítems).

El cuestionario fue traducido al Español Colombiano por Cardona en 2011, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.89, manteniendo los 31 ítems agrupados en las dimensiones, tal como se observa en la Tabla 13.

Tabla 13. Validación de la versión en español del instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Versión en español PES-NWI		
Dominio	Entorno laboral de la práctica de Enfermería (Cardona, 2011)	Nº agrupado de ítems
1	Liderazgo y Gestión	3,6,7,10,11,20,21,28
2	Calidad del cuidado prestado	8,18,19,25,26,30,31
3	Participación del profesional en la institución	14,15,22,23,27
4	Reconocimiento y recursos	1,4,5,12,13,17
5	Relaciones de práctica conjunta	2,9,16,24

Fuente: Cardona, 2011

Esta es la adaptación empleada en esta investigación con los estudiantes de las universidades españolas. En Portugal, se ha utilizado la versión validada por Salgueiro, Lopez y Lake (2012), utilizada en profesionales del ámbito hospitalario portugués.

2.4.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para sistematizar la recogida de información se ha diseñado una base de datos en el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21, donde después se procedió a realizar el análisis estadístico.

Todos los datos han sido analizados y representados gráficamente utilizando el mismo programa informático.

Se ha realizado un análisis estadístico basado en la estadística descriptiva, donde se han manejado medidas de tendencia central como media, medianas y

moda y medidas de dispersión como desviaciones típicas/estándar, rangos y frecuencias relativas o absolutas con sus porcentajes relativos, según la naturaleza de la variable.

Para el estudio analítico, en primer lugar, se examinó la consistencia interna de los cuestionarios a través del alfa de Cronbach, tanto a nivel general en ambas escalas, como por categorías. Posteriormente, se exploró la estructura latente de las escalas, empleando un método de extracción de componentes principales considerado como análisis exploratorio. Se realizó la prueba de Bartlett sobre esfericidad de la matriz para comprobar la adecuación de una extracción de componentes principales. La rotación de los factores se llevó a cabo según el método Varimax obteniendo los gráficos de sedimentación.

El nivel de competencia y la frecuencia de utilización fueron descritos tanto a nivel de cada ítem de manera individual, como por categorías de competencia y a nivel global.

Para este propósito, se formaron variables promedio de cada una de las siete categorías, así como del nivel de competencia y la frecuencia de utilización globales.

La puntuación individual de cada categoría fue calculada como la puntuación media de los ítems en la misma. La puntuación global de cada participante se obtuvo calculando la media de los ítems en las siete categorías.

El cuestionario del entorno recibió el mismo tratamiento estadístico.

La descripción de los resultados obtenidos, se trató desde un punto de vista general y también por universidades.

Posteriormente, se realizaron los análisis de asociación entre las diferentes variables observadas. En todos ellos, se fijó un intervalo de confianza en 95%, la precisión del 5% y la significación estadística se estableció en 0.05.

Para estudiar la asociación entre variables se ha utilizado el test de Chi-cuadrado en variables cualitativas y coeficiente de correlación cuando eran cuantitativas.

Para evaluar la relación entre las variables sociodemográficas y académicas respecto al nivel de competencias y el entorno, se realizaron análisis de regresión lineal simple (calculando el coeficiente de correlación de Spearman cuando se consideró necesario), así como test de comparación de medias de grupos (t de Student y Anova, realizando las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y KruskalWallis cuando fue requerido).

También se realizaron tablas de contingencia para el análisis de las variables sociodemográficas y académicas cualitativas y la frecuencia de utilización global recodificada.

2.4.8 Consideraciones Éticas

Se ha solicitado el consentimiento informado por escrito a cada una de las personas participantes, dando el tiempo necesario para su revisión y su comprensión. En todo momento, han estado presentes la investigadora y/o un docente capacitado para resolver las dudas que pudieran presentarse por parte del alumnado. Este proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Huelva, autorizando su desarrollo.

Se han cumplido los criterios de confidencialidad de los datos y el anonimato, garantizando que la información aportada se utilizará exclusivamente para fines estructurados en el estudio, con un carácter meramente investigador, ajustándose a los consejos y recomendaciones de la Agencia estatal de Protección de datos, basadas en la normativa vigente en España en la Ley orgánica 15/1999 de 15 de diciembre, sobre protección de datos de carácter personal, y a sus equivalentes de la Directiva 95/46/CE. Asimismo, se informó a los participantes de la voluntariedad de su participación.

3 INFORME DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación para lo cual se ha dividido. La primera parte provee el análisis sobre la fiabilidad de los cuestionarios utilizados, así como los resultados del análisis factorial. La sección dos, incluye una descripción de las variables socio-demográficas y, por último, en el tercer apartado, se presentan los resultados estadísticos relativos al estudio y constatación de las hipótesis de esta investigación.

Entre las tres universidades se obtuvieron un total de 620 efectivos, siendo la tasa de respuesta total del 66.55%. En Portugal se obtuvieron un total de 57 cuestionarios, que representa un índice de participación del 95%, en Huelva se recogieron 379 cuestionarios, lo que supone una participación del 71% y en Sevilla en índice de respuesta fue del 50,1%, con 183 encuestas cumplimentadas. De todos los cuestionarios se anularon 15 por observar que más del 10% de los ítems no habían sido cumplimentados correctamente. Tal como recoge la literatura, se recomienda eliminar del análisis las variables que representan cierta cantidad de errores (Tabachnick y Fidell, 1983). En algunos cuestionarios se han producido valores perdidos, pero no más de cuatro por cuestionario y en ítems diferentes, por lo que se procedió a sustituirlos combinando el método de media de la serie del programa SPSS, por tanto, los valores perdidos de un participante, han sido sustituidos por un valor obtenido del resto de casos que tengan un patrón de respuesta similar en las variables de equiparación elegidas.

3.1 Consistencia interna de la “Nurse Competence Scale”

Se ha analizado la consistencia interna de la escala, mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach del Nivel de Competencia y de la Frecuencia de Utilización, tanto a nivel global como por dimensiones en cada una de las escalas.

El Alfa de Cronbach del Nivel de Competencias fue de **0.976** a nivel global, por dimensiones oscila entre **0.833** obtenida en la faceta “Funciones de diagnóstico” y **0.935** en la dimensión de “Rol de Trabajo”.

Tabla 1: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale (NCS). Nivel de Competencias (NC)

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
NC Rol de Ayuda	7	0.841
NC Enseñanza/Entrenamiento	16	0.923
NC Funciones de Diagnóstico	7	0.833
NC Gestión de Situaciones	8	0.846
NC Intervenciones Terapéuticas	10	0.910
NC Garantía de Calidad	6	0.851
NC Rol de Trabajo	19	0.935
NC Global	73	0.976

En cuanto a la Frecuencia de Utilización (FU), el Alfa de Cronbach a nivel global para los 73 ítems fue de **0.750** y por dimensiones los valores oscilaron entre **0.750** obtenido el factor “Rol de Ayuda” y **0.886** en “Rol de Trabajo”.

Tabla 14: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale (NCS). Frecuencia de utilización de utilización (FU).

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
FU Rol de Ayuda	7	0.755
FU Enseñanza/Entrenamiento	16	0.888
FU Funciones de Diagnóstico	7	0.750
FU Gestión de Situaciones	8	0.810
FU Intervenciones Terapéuticas	10	0.850
FU Garantía de Calidad	6	0.796
FU Rol de Trabajo	19	0.886
FU Global	73	0.750

Los resultados obtenidos en estos análisis permiten considerar la escala como un constructo consistente, que permite su utilización en esta investigación.

Además, al realizar la correlación total de elementos corregida, se observa que todos los elementos, funcionan correctamente, por lo que no ha sido necesario eliminar ninguno para incrementar la fiabilidad de la escala.

3.1.1 Consistencia interna de la “Nurse Competence Scale” por universidades

UNIVERSIDAD DO ALGARVE

Para calcular la fiabilidad del instrumento en la población de la Escola do Saúde de la Universidad do Algarve, se utilizó al igual que en la población total, el alfa de Cronbach de manera global y por dimensiones, obteniendo un valor global sobre el Nivel de Percepción de Competencias de **0.982**, una cifra muy semejante a la lograda en la muestra total, por facetas, los valores oscilaron entre **0.840** obtenido en la dimensión “Funciones de diagnóstico y **0.945** en la faceta “Rol de Trabajo”.

Estos datos se reflejan en la Tabla 15.

Tabla 15: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale .

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
NC Rol de Ayuda	7	0.902
NC Enseñanza/Entrenamiento	16	0.926
NC Funciones de Diagnóstico	7	0.840
NC Gestión de Situaciones	8	0.851
NC Intervenciones Terapéuticas	10	0.911
NC Garantía de Calidad	6	0.821
NC Rol de Trabajo	19	0.945
NC Global	73	0.982

En este entorno, solo se utilizó el cuestionario de percepción de competencias.

UNIVERSIDAD DE HUELVA

El alfa de Cronbach en la Universidad de Huelva, sigue la misma línea que en el resto de muestras aplicadas, en cuanto a la escala de percepción de competencias, con un valor global de **0.979** y con valores que oscilan entre **0.862**, obtenido en el factor “Funciones de diagnóstico “y como puntuación máxima el **0.950** obtenido en la dimensión “Rol de trabajo”.

Tabla 16: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale

ALFA DE CRONBACH DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
NC Rol de Ayuda	7	0.884
NC Enseñanza/Entrenamiento	16	0.942
NC Funciones de Diagnóstico	7	0.862
NC Gestión de Situaciones	8	0.867
NC Intervenciones Terapéuticas	10	0.917
NC Garantía de Calidad	6	0.880
NC Rol de Trabajo	19	0.950
NC Global	73	0.979

Con respecto a Implementación de Competencias se ha obtenido un alfa de Cronbach global de **0.960** y por dimensiones los valores oscilan entre el **0.742** percibido en la faceta “Rol de Ayuda” y el **0.901** alcanzado en “Enseñanza/Entrenamiento”.

Tabla 17: Consistencia interna del NCS. FU: Frecuencia de utilización

ALFA DE CRONBACH DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
FU Rol de Ayuda	7	0.742
FU Enseñanza/Entrenamiento	16	0.901
FU Funciones de Diagnóstico	7	0.806
FU Gestión de Situaciones	8	0.801
FU Intervenciones Terapéuticas	10	0.810
FU Garantía de Calidad	6	0.788
FU Rol de Trabajo	19	0.898
FU Global	73	0.960

➤ *UNIVERSIDAD DE SEVILLA*

La aplicación del Alfa de Cronbach coincide con los resultados obtenidos en el resto de universidades con un valor global de **0.973**, calificando la validez del constructo por dimensiones, el resultado más bajo ha sido de **0.797** obtenido en la dimensión “Rol de Ayuda” y el más alto, con un **0.911** en el factor “Rol de Trabajo”

Tabla 18: Consistencia interna ECE. Universidad de Sevilla

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
NC Rol de Ayuda	7	0.797
NC Enseñanza/Entrenamiento	16	0.907
NC Funciones de Diagnóstico	7	0.789
NC Gestión de Situaciones	8	0.862
NC Intervenciones Terapéuticas	10	0.906
NC Garantía de Calidad	6	0.830
NC Rol de Trabajo	19	0.911
NC Global	73	0.973

La fiabilidad de la escala de implementación de competencias en Sevilla, a nivel global se ha obtenido un valor de **0.957**, al igual que en las muestras anteriores y por factores estos oscilan entre **0.730** obtenido en la dimensión “Funciones de Diagnóstico” y el **0.871** como valor más elevado obtenido en el factor “Rol de Trabajo”

Tabla 19: Consistencia interna: Frecuencia de Utilización (FU) Universidad de Sevilla

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
NC Rol de Ayuda	7	0.774
NC Enseñanza/Entrenamiento	16	0.869
NC Funciones de Diagnóstico	7	0.730
NC Gestión de Situaciones	8	0.831
NC Intervenciones Terapéuticas	10	0.833
NC Garantía de Calidad	6	0.789
NC Rol de Trabajo	19	0.871
NC Global	73	0.957

3.2 Consistencia interna de la Practice environment Scale of the Nursing Working Index

Se calculó el estadístico alfa de Cronbach a nivel global para comprobar la consistencia interna de la escala, que lanzó un valor de **0.914** demostrando que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados.

También se analizó la fiabilidad de la escala por dimensiones obteniendo valores que oscilan entre **0.654** el más bajo en el factor “Participación del Profesional” y **0.807** en la subescala “Liderazgo y Gestión”

Tabla 20: Fiabilidad del cuestionario PES-NWI

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
Liderazgo y Gestión	8	0.807
Calidad del cuidado brindado	8	0.763
Participación del profesional en la institución	5	0.654
Reconocimientos y Recursos	6	0.718
Relaciones de Práctica Conjunta	4	0.683
Global	31	0.914

Al realizar la correlación total de elementos corregida, hemos observado que todos los elementos funcionan correctamente.

3.2.1 Fiabilidad por Factores

- **Reconocimiento y recursos**

Esta dimensión está compuesta por 6 ítems. Con un valor de Alfa de Cronbach de 0.718.

Al realizar la correlación total de elementos corregida, hemos observado que todos los ítems funcionan correctamente.

Tabla 21: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Reconocimiento y Recursos

Estadísticas de total de elemento	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
RECURSOS ADECUADOS	12,27	6,087	,431	,685
PROGRAMAS DE CAPACIACION DESARROLLO ENFERMERIA	11,90	6,555	,352	,707
OPORTUNIDADES PARA EL AVANCE PROFESIONAL	12,13	6,223	,426	,686
PERSONAL DE ENFERMERIA SUFICIENTE	12,75	5,636	,478	,672
MOTIVACIÓN AL PERSONAL POR SU TRABAJO	12,46	5,758	,535	,653
INSTITUCION OFRECE OPORTUNIDADES DE AVANCE PROFESIONAL	12,20	6,122	,484	,670

- **Liderazgo y gestión**

Esta subescala cuenta, según la versión utilizada, de 8 ítems (Cardona, 2011) y ha obtenido un Alfa de Cronbach de **0.819**.

Al realizar la correlación total de elementos corregida, hemos observado que todos los elementos (Ítems), funcionan correctamente.

Tabla 22: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Liderazgo y Gestión

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
COORDINACIÓN DE ENFERMERIA COMO APOYO	18,83	11,116	,526	,785
FACILIDAD DE PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES	18,87	11,838	,367	,807
SE UTILIZA LOS FALLOS DE MANERA POSITIVA	19,07	11,246	,499	,789
SUPERVISORA BUEN LIDER Y ADMINISTRADORA	19,06	10,508	,615	,772
SUPERVISORA ACCESIBLE Y VISIBLE AL PERSONAL	19,12	10,444	,564	,780
EL DEPARTAMENTO APOYA AL PERSONAL EN LA TOMA DE DECISIONES	18,94	11,028	,539	,784
LOS DIRECTIVOS ESCUCHAN Y RESPONDEN A LAS INQUIETUDES	19,15	10,738	,545	,782
DIALOGO DEL COORDINADOR CON EL PERSONAL PARA SOLUCIONAR	18,92	11,105	,508	,788

- **Calidad del Cuidado**

Esta dimensión está compuesta por 8 elementos, el Alfa de Cronbach nos confirma la validez del constructo, con un valor de 0.763.

Al realizar la correlación total de elementos corregida, hemos observado que todos, funcionan correctamente (Tabla 23).

Tabla 23: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Calidad del Cuidado

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
OPORTUNIDAD Y TIEMPO PARA DISCUTIR DUDAS	18,77	12,608	,328	,760
FILOSOFIA DE ENFERMERIA BASADA EN OFRECER CUIDADOS	18,42	12,624	,446	,742
ENFERMEROS COMPETENTES EN SU TRABAJO	18,22	12,840	,365	,753
SE CUENTA CON PROGRAMA DE TUTORIA PARA DUE NUEVOS	19,04	11,820	,454	,739
CUIDADO BASADOS EN MODELOS ENFERMEROS	18,67	11,348	,514	,727
PLANES DE CUIDADOS PARA CADA PACIENTE	18,84	11,057	,549	,720
ASIGNACION ENFERMERA- PACIENTE	18,47	11,598	,448	,740
SE APLICAN LOS DIAGNOSTICOS ENFEREMEROS.	18,62	10,741	,583	,713

- **Relaciones y Prácticas Conjuntas**

Al calcular el estadístico de fiabilidad para esta dimensión, el valor obtenido es 0.683.

Exceptuando uno, el resto de los ítems están correlacionados entre sí.

Tabla 24: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Prácticas y Relaciones Conjuntas

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MEDICOS Y ENFERMERAS BUENAS RELACIONES	7,40	2,801	,484	,578
NUMERO DE PROFESIONALES ADECUADO	8,25	2,586	,285	,727
SE RECONOCE EL TRABAJO EN EQUIPO	7,53	2,367	,553	,516
MULTIDISCIPLINAR SE OBSERVA COLABORACIÓN	7,41	2,564	,512	,550
TRABAJO EN EQUIPO DUE- MEDICOS				

- **Participación del Profesional**

El resultado del estadístico de Alfa de Cronbach para los cinco elementos es 0.654. La correlación total de elementos corregida, se refleja en la Tabla 25.

Tabla 25: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Participación del profesional

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
DEFINICION Y DIVULGACIÓN DE STNADARES PARA ENFERMERIA	10,50	5,379	,437	,482
EL PODER DEL DIRECTO DE ENFERMERIA IGUAL AL RESTO	10,57	5,659	,371	,514
TRABAJO CON PROGRAMA QUE ASEGURA LA CALIDAD	10,35	3,919	,252	,672
EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA GESTION INTERNA	10,42	5,490	,409	,496
PARTICIPACION DE ENFERMERAS COMITÉS	10,37	5,452	,423	,490

3.2.2 Valores de los factores según la Universidad

▪ **UNIVERSIDAD DO ALGARVE**

Los resultados obtenidos a nivel global nos permiten considerar la escala como constructo consistente ya que hemos obtenidos un valor de 0.918 para el estadístico de fiabilidad.

Tabla 26: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad do Algarve

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
Liderazgo y Gestión	8	0.833
Calidad del cuidado brindado	8	0.73
Participación del profesional en la institución	5	0.893
Reconocimientos y Recursos	6	0.610
Relaciones de Práctica Conjunta	4	0.721
Global	31	0.918

▪ **UNIVERSIDAD DE HUELVA**

En esta muestra se continúa con la tendencia tanto de la muestra global como por universidades, de confirmación sobre la utilización de la escala a nivel global, al obtener un valor de Alfa de Cronbach de 0.871 para sus cinco dimensiones con un nivel de confianza del 95%, tal como se refleja en la Tabla 27.

Tabla 27: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad de Huelva

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
Liderazgo y Gestión	8	0.776
Calidad del cuidado brindado	8	0.619
Participación del profesional en la institución	5	0.605
Reconocimientos y Recursos	6	0.725
Relaciones de Práctica Conjunta	4	0.468
Global	31	0.871

▪ **UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

En la Universidad de Sevilla, para la muestra utilizada, se confirma la fiabilidad del constructo, al obtener un alfa de Cronbach total de 0.918. Por dimensiones, los valores oscilan entre 0.667 y 0.815, permitiendo hablar de la escala como constructo consistente a nivel global y en todas sus dimensiones (Tabla 28).

Tabla 28: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad de Sevilla

DIMENSIONES	Nº DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
Liderazgo y Gestión	8	0.851
Calidad del cuidado brindado	8	0.775
Participación del profesional en la institución	5	0.695
Reconocimientos y Recursos	6	0.717
Relaciones de Práctica Conjunta	4	0.667
Global	31	0.918

3.2.3 Estadísticos descriptivos de las dimensiones del PES-NWI

El cálculo de cada dimensión, ya que no existe una baremación o estandarización de las puntuaciones, se establece a partir de la puntuación mediana de los elementos que la componen tal como se refleja en la Tabla 29.

Tabla 29: Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Escala PES-NWI

Universidad		Moda	Mín.	Máx.	C 25	C 50	C 75
Huelva	Reconocimiento y Recursos	2,00	1,00	4,00	2,00	2,50	3,00
	Liderazgo y Gestión	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
	Calidad del Cuidado	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
	Relaciones de Práctica Conjunta	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
	Participación del Profesional	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
Sevilla	Reconocimiento y Recursos	3,00	1,00	4,00	2,00	2,50	3,00
	Liderazgo y Gestión	3,00	1,00	4,00	3,00	3,00	3,00
	Calidad del Cuidado	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
	Relaciones de Práctica Conjunta	3,00	1,00	4,00	2,50	3,00	3,00
	Participación del Profesional	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00
Portugal	Reconocimiento y Recursos	3,00	1,00	4,00	2,00	2,50	3,00
	Liderazgo y Gestión	3,00	1,00	4,00	2,50	3,00	3,00
	Calidad del Cuidado	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	3,00
	Relaciones de Práctica Conjunta	3,00	1,00	4,00	2,50	3,00	3,00
	Participación del Profesional	3,00	1,00	4,00	3,00	3,00	3,00

3.3 Análisis Factorial Exploratorio

Una vez verificado los supuestos estadísticos se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio (AFE). Para evaluar la factibilidad del mismo se estimó el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Ambos análisis sugirieron una adecuada interrelación entre los ítems de las escalas utilizadas.

3.3.1 Percepción de Nivel de Competencias

La cifra de medida de la adecuación muestra (KMO), está muy cercana a la unidad 0.964 y la prueba de Bartlett (Chi-cuadrado:32871.667 con 2628 gl) y con una significancia de $p < 0.001$ en todos los casos, lo que nos indica que la realización del análisis factorial es adecuado tal como se refleja en la Tabla 30.

Tabla 30: Prueba KMO y Bartlett para Competencias.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,964
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado
	gl
	Sig.
	32871,667
	2628
	,001

Las comunalidades nos muestran que el análisis factorial es viable si la fiabilidad de sus valores oscila entre 0.412 y 0.812.

La varianza total explicada, revela que solo con los 5 primeros factores ya se explica el 57.979% de la variabilidad total, con los siete factores se explica el 61.9% de dicha variabilidad.

Tabla 31: porcentaje explicado de la varianza

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	28,184	38,608	38,608	28,184	38,608	38,608
2	6,638	9,093	47,701	6,638	9,093	47,701
3	3,556	4,871	52,572	3,556	4,871	52,572
4	2,077	2,845	55,417	2,077	2,845	55,417
5	1,870	2,562	57,979	1,870	2,562	57,979
6	1,556	2,131	60,110	1,556	2,131	60,110
7	1,313	1,799	61,909	1,313	1,799	61,909

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los resultados se observan claramente en el gráfico de sedimentación, donde se representa tamaño de los autovalores y, en este caso, la formación de grupos hasta el componente siete, a partir del cual se mantiene estable la variabilidad.

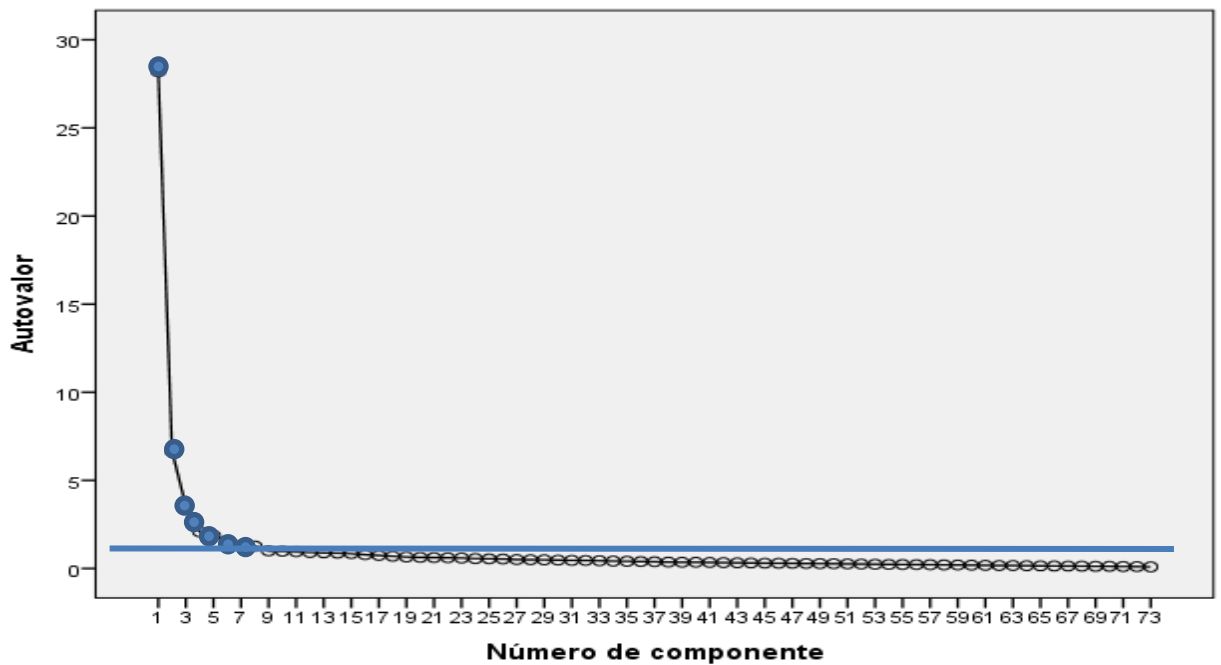


Gráfico 2: Sedimentación de la Escala de Percepción de Competencias

Mediante el análisis de factores con rotación ortogonal, tipo “varimax”, los resultados obtenidos por la Matriz de Componentes Rotados, mostraron que existe una clara variabilidad en todos sus componentes. Se obtuvieron las siguientes saturaciones:

- Componente N°1: presenta una saturación con 27 ítems entre 350 y 878.
- Componente N°2: presenta 14 ítems con una saturación entre 358 y 763.
- Componente N°3: presenta 8 ítems con una saturación entre 408 y 667.
- Componente N°4: presenta 8 ítems con una saturación entre 385 y 742.
- Componente N°5: presenta 5 ítems una saturación entre 360 y 760.
- Componente N°6: presenta 4 ítems con una saturación entre 444 y 690.
- Componente N°7: presenta 3 ítems con una saturación entre 397 y 694.

3.3.2 Percepción de las Competencias por universidades.

▪ UNIVERSIDAD DE HUELVA

La cifra de KMO está muy cercana a la unidad, además el valor de Chi-cuadrado obtenido en la prueba de Bartlett un valor alto que para 2556 grados de libertad cuenta con una significación menor de 0.001, por lo que se opone a rechazar la hipótesis nula. Podemos mantener que el análisis factorial de estos datos resulta adecuado.

Tabla 32: Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Percepción de Competencias

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,956
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	20128,066
Bartlett	gl	2556
	Sig.	,001

▪ UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Después de realizar de Bartlett y de calcular el índice de KMO, está indicado concluir que el análisis factorial de estos resultados es adecuado.

Tabla 33 Prueba de KMO y Bartlett de la Escala Nurse ompetence Scale

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,876
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	10780,147
Bartlett	gl	2628
	Sig.	,001

UNIVERSIDAD DO ALGARVE

Matriz no positiva por lo que no está indicado realizar el análisis factorial.

3.3.3 Frecuencia de utilización

La cifra de KMO, está muy cercana a la unidad y la prueba de Bartlett presenta una cifra muy alta 2628, con una significancia de $p \leq 0.001$ en todos los casos, lo que nos indica que la realización del análisis factorial es adecuado.

34: Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Percepción de Competencias

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,939
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	19498,761
	gl	2628
	Sig.	,001

Las comunalidades nos indican que el análisis factorial es posible con una fiabilidad entre sus valores que oscila entre 0.403 y 0.720.

La varianza total explicada nos muestra que existe variabilidad en todos sus componentes, todos sus factores explican la totalidad de la varianza que es un 49.9%.

Tabla 35: Varianza tota explicada de la Escala de Percepción de Competencias

Componente	Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	18,841	25,809	25,809	10,196	13,967	13,967
2	6,497	8,901	34,710	4,434	6,074	20,041
3	3,547	4,859	39,569	4,312	5,907	25,948
4	2,318	3,176	42,745	3,529	4,834	30,782
5	1,921	2,631	45,376	3,276	4,488	35,270
6	1,816	2,487	47,863	2,889	3,957	39,227
7	1,502	2,057	49,921	2,589	3,546	42,774
8	1,370	1,877	51,797	2,571	3,522	46,296
9	1,303	1,784	53,582	2,251	3,084	49,379
10	1,274	1,745	55,327	2,221	3,042	52,422
11	1,173	1,606	56,933	2,173	2,976	55,398
12	1,116	1,528	58,461	1,926	2,639	58,036
13	1,048	1,435	59,896	1,358	1,860	59,896

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los resultados se observan claramente en el gráfico de sedimentación.

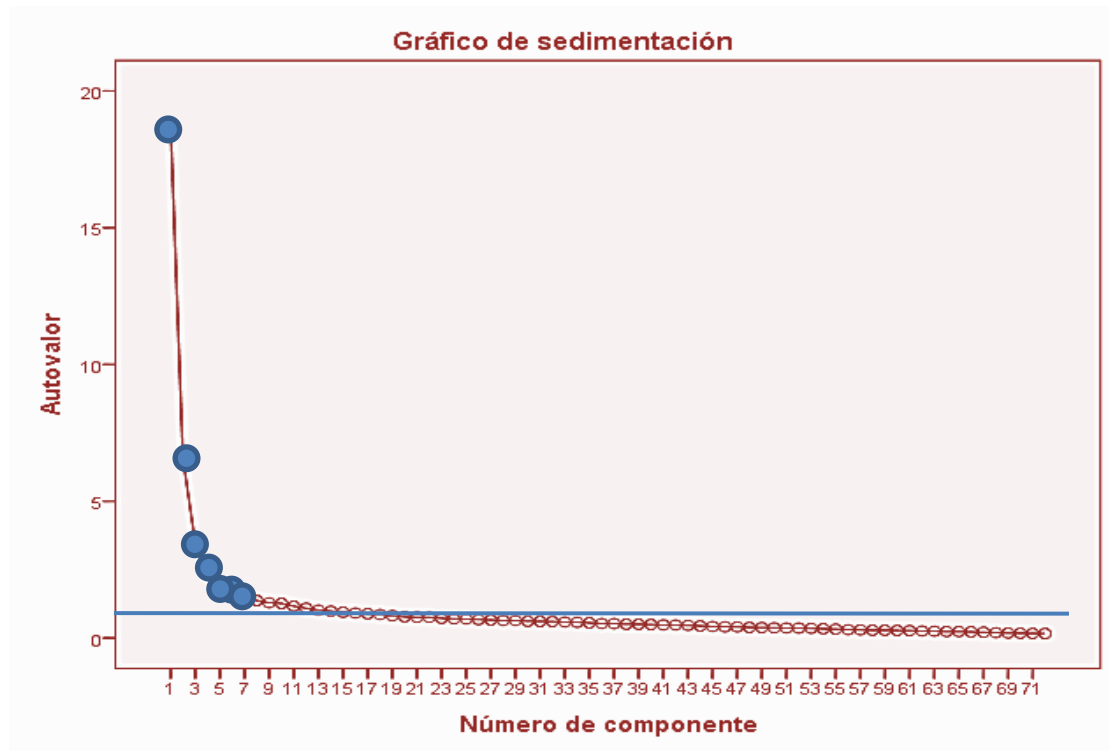


Gráfico 3: Sedimentación en Frecuencia de Utilización

Los resultados obtenidos en la Matriz de Componentes Rotados, mostraron claramente que hay variabilidad en todos sus componentes (rectificado en el gráfico de sedimentación), presentando una saturación entre sus componentes, realizando un análisis de cada uno de ellos, así:

- Componente N°1: presenta una saturación con 19 ítems entre 407 y 808.
- Componente N°2: presenta 7 ítems con una saturación entre 522 y 740.
- Componente N°3: presenta 7 ítems con una saturación entre 394 y 737.
- Componente N°4: presenta 6 ítems con una saturación entre 530 y 727.
- Componente N°5: presenta 6 ítems una saturación entre 441 y 735.
- Componente N°6: presenta 4 ítems con una saturación entre 444 y 690.
- Componente N°7: presenta 4 ítems con una saturación entre 551 y 712.

3.3.4 Cuestionario entorno: PES-NWI

La cifra KMO, está cercana a la unidad y la prueba de Bartlett presenta una cifra alta 465, con una significancia de $p < 0.001$ en todos los casos, lo que nos indica que realizar el análisis factorial es adecuado (Tabla 36).

Tabla 36: Prueba de KMO y Bartlett del cuestionario entorno

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,916
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	5868,020
Bartlett	gl	465
	Sig.	,001

Las comunalidades nos revelan que el análisis factorial es posible con una fiabilidad de sus valores que oscilan entre **0.408 y 0.667**.

La varianza total explicada nos muestra que hay variabilidad en todos sus componentes, todos sus factores explican la totalidad de la varianza que es **44,816%**.

Tabla 37: Varianza total Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8,849	28,545	28,45	8,849	28,545	28,545	3,139	10,125	10,125
2	1,789	5,772	34,317	1,789	5,772	34,317	2,884	9,303	19,428
3	1,552	5,006	39,323	1,552	5,006	39,323	2,748	8,864	28,291
4	1,493	4,816	44,139	1,493	4,816	44,139	2,727	8,798	37,089
5	1,286	4,148	48,287	1,286	4,148	48,287	2,652	8,554	45,643
6	1,111	3,584	51,871	1,111	3,584	51,871	1,931	6,228	51,871
7	,990	3,192	55,063						
8	,942	3,037	58,101						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los resultados obtenidos en la Matriz de Componentes Rotados, muestran la existencia de variabilidad en todos sus componentes (rectificado en el gráfico de sedimentación).

Los resultados se observan en el gráfico de sedimentación.

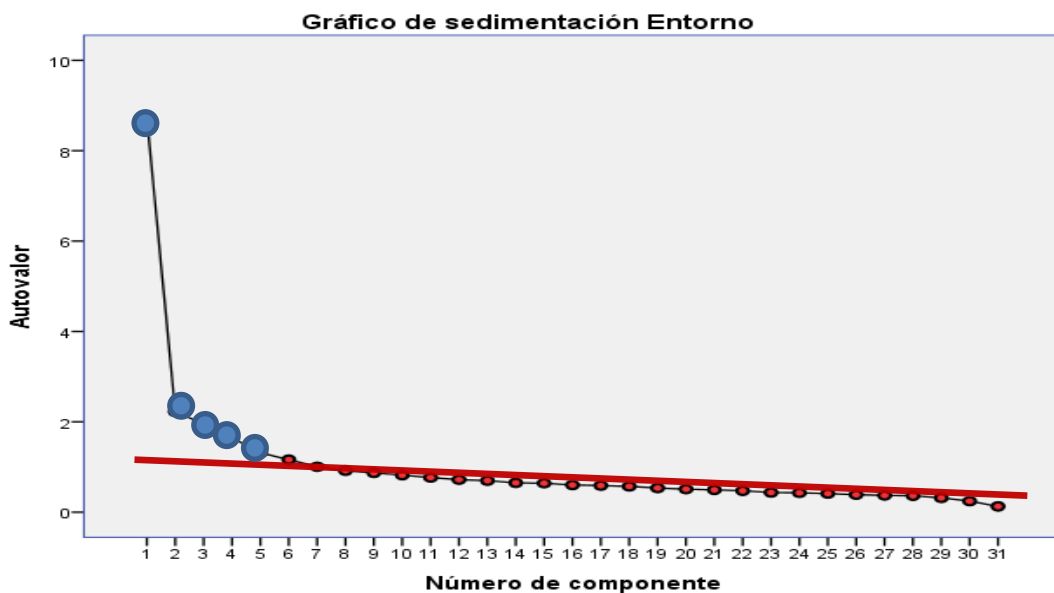


Gráfico 4: Gráfico de sedimentación del entorno

En todos los análisis anteriores se obtuvieron muy buenos resultados, tanto del valor del KMO como de la Prueba de Bartlett, lo que nos corrobora que la realización del análisis factorial fue adecuado para los cuestionarios usados.

3.3.5 Análisis por universidades.

- **UNIVERSIDAD DO ALGARVE**

La cifra de KMO es de 0.689 como podemos observar en la Tabla 38.

Tabla 38: Prueba de KMO y Bartlett de cuestionario del Entorno

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,689
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	1063,928
Bartlett	gl	465
	Sig.	,000

▪ **UNIVERSIDAD DE HUELVA**

La cifra KMO está cercana a la unidad y la prueba de Bartlett presenta una cifra cercana al 0.9 por lo que podemos considerar el resultado según Kaiser como apropiado para realizar el análisis factorial.

Tabla 39: Prueba de KMO y Bartlett de cuestionario del Entorno

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,876
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	4018,145
Bartlett	gl	465
	Sig.	,001

▪ **UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

En la universidad de Sevilla hemos obtenido buenos resultados tanto del valor del KMO, como de la prueba de Bartlett ($p < 0.001$) lo que nos confirma que la realización del análisis factorial es adecuado.

Tabla 40: Prueba de KMO y Bartlett de Entorno en Sevilla

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,870
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	2320,100
Bartlett	gl	465
	Sig.	,001

3.4 Análisis descriptivo

3.4.1 Descripción de las variables socioacadémicas

El estudio se ha llevado a cabo en las universidades andaluzas de Huelva y Sevilla y la Scola Superior de Saúde en el Algarve portugués, tal como se refleja en el gráfico 5.

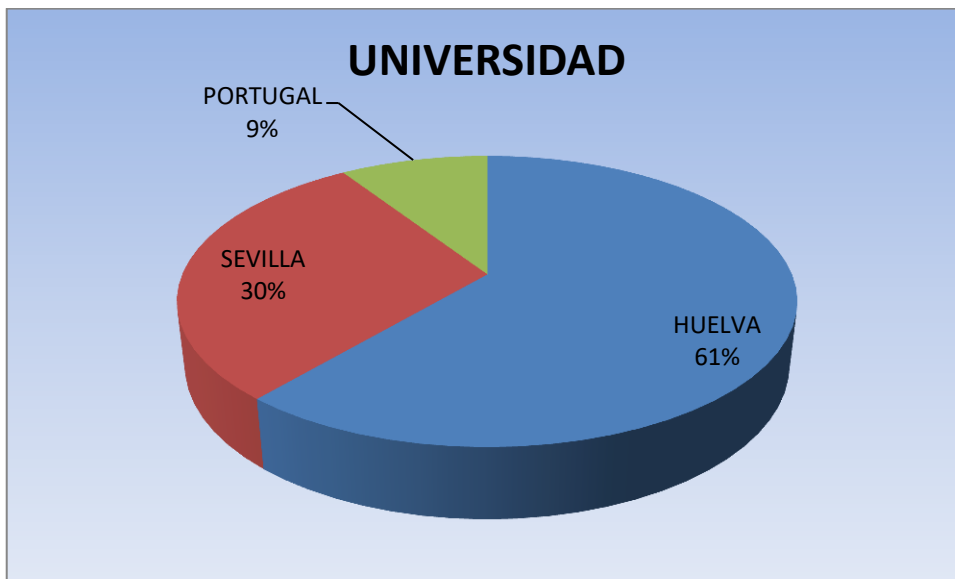


Gráfico 5: Distribución de los participantes por universidades

Los datos sociodemográficos evidenciaron que la media de edad de la población estudiada en las tres universidades es de 23 años con una desviación típica de 4. El estudiante con mayor edad contaba con 70 años (sólo un alumno) y el de menor con 19 años. El 95.3% de los estudiantes tiene menos de 30 años.

En Huelva la media de edad es de 23 años con una desviación típica de 5. La edad más baja ha sido 19 y la máxima de 70.

En Sevilla es de 22 años con una desviación de 4, la edad más baja es de 19 años y la máxima 50 años.

En Portugal es de 22 años de edad con una desviación típica de 3, la edad más baja es de 19 y la más elevada es de 32 años.

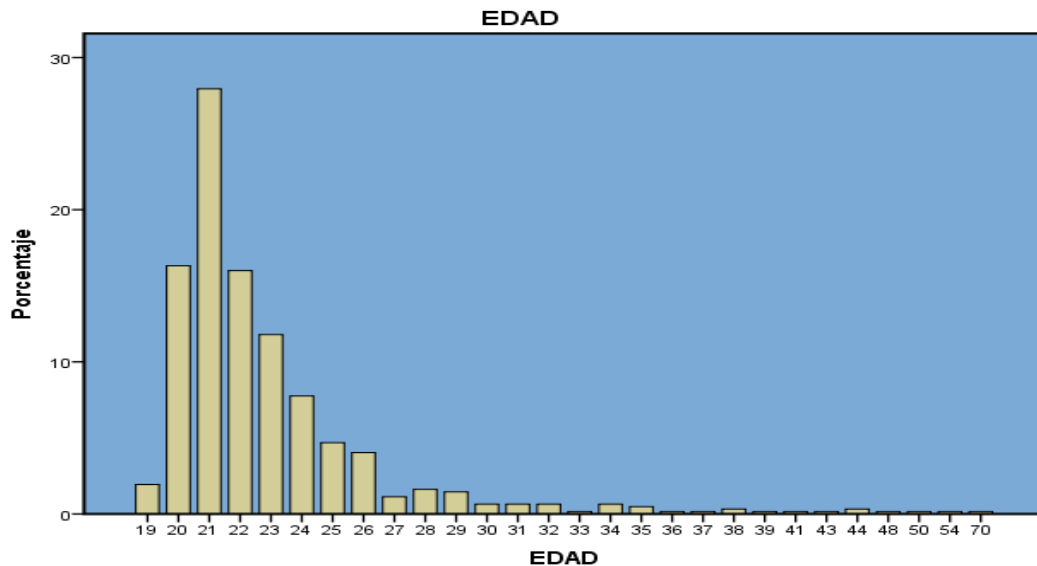


Gráfico 6. Distribución por edad.

Con respecto a la variable sexo, predomina el sexo femenino que representa el 84.5% del total de la muestra de las tres universidades.

Con respecto a las mujeres, tienen experiencia laboral sólo el 8.9% y de este porcentaje, trabaja en la actualidad un 7.6%. El total de hombres que cuentan con experiencia laboral es de un 13.7% de los que sólo trabajan en la actualidad un 16.7%.

Las mujeres que eligieron estudiar Enfermería como primera opción suponen el 75.1% del total, mientras que los hombres que así lo decidieron fueron el 63.2%.

En la mujer, se cumple sus expectativas en un 89.7%, algo muy similar a los hombres con un 88.4%.

En Huelva el 84.92% son mujeres y el 15.07% son hombres, algo análogo a los resultados de Sevilla donde el 83% son mujeres y el 16.39 son hombres y a Portugal ya que el 85.96% son mujeres y el 14.03% son hombres.

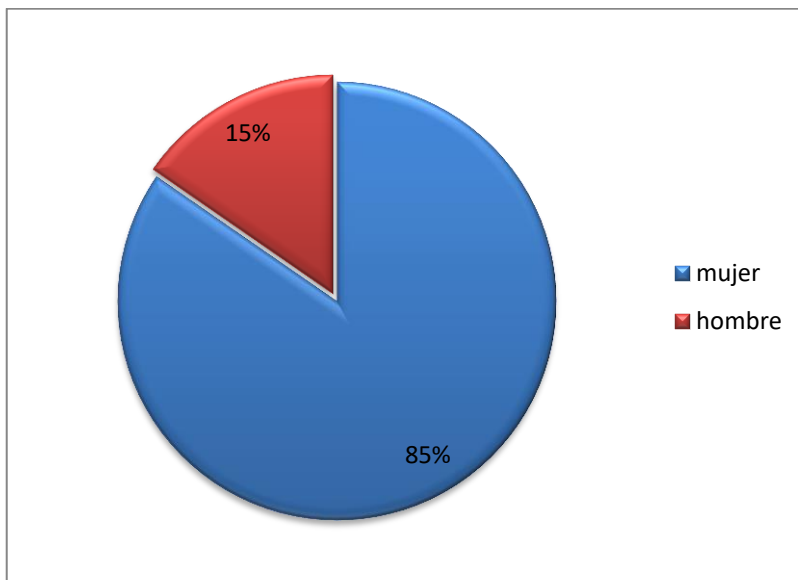


Gráfico 7: *Distribución de la población por Sexo*

En lo referente al estado civil, destacan los solteros ya que el porcentaje es del 97.9% frente al 1.7% de casados o pareja de hecho (1.1 y 0.6% respectivamente) y una pequeña cantidad está divorciada el 0.3%.

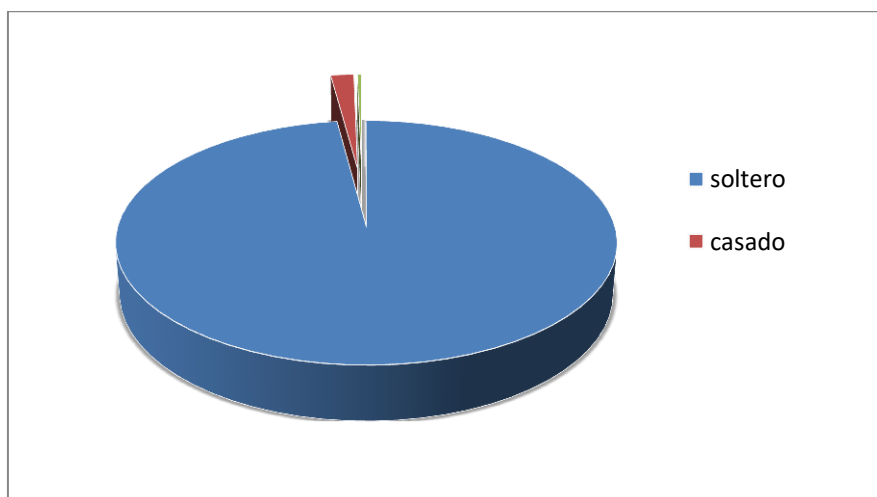


Gráfico 8: *Distribución según Estado Civil*

Esta misma situación se repite en las diferentes poblaciones estudiadas, el porcentaje de solteros en Huelva es del 98%, en Sevilla es del 97.26% y en Portugal es del 98.24%.

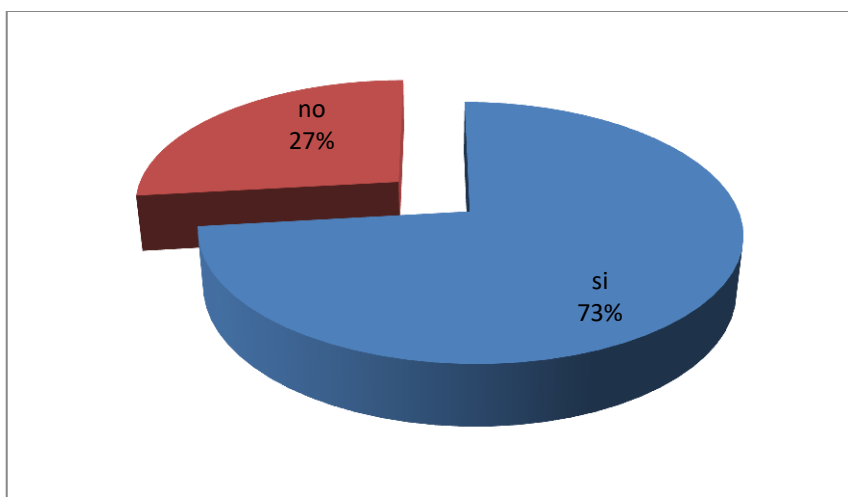


Gráfico 9: Distribución según elección

En las tres universidades, la mayoría eligieron estudiar Enfermería como primera opción, el 73.7% de los estudiantes. Sin embargo, existen diferencias importantes entre universidades, en Huelva eligieron Enfermería como primera opción el 79% del alumnado, en Sevilla sólo la eligió el 55%, en Portugal, la mayoría de los estudiantes querían Enfermería ya que el porcentaje es de un 98%.

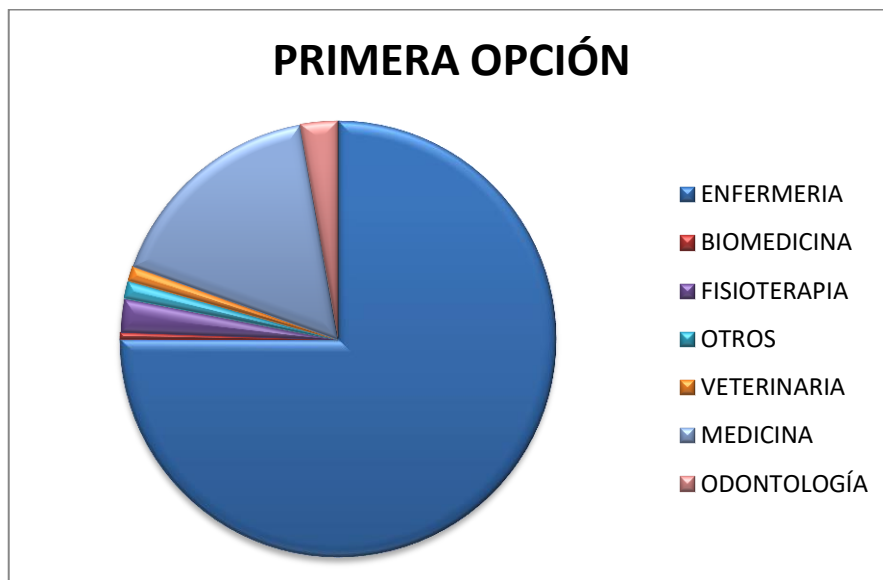


Gráfico 10: Titulaciones elegidas como primera opción.

Otras disciplinas elegidas como primera opción por los estudiantes han sido, medicina escogida por un 16.5%, odontología con un 2.8%, un 2.4% prefería fisioterapia y otras que también mencionaron pero en un porcentaje inferior al 1% fueron biología, biomedicina, bioquímica, farmacia, psicología, ciencias medioambientales y veterinaria.

Por universidades, en Huelva, preferían medicina como primera opción el 11.08%, el 1.58% odontología, el mismo porcentaje para fisioterapia y con menos de un 1.5% se encuentran farmacia, veterinaria bioquímica, biología, psicología.

En Sevilla, el 32.78% quería hacer medicina, con el 4.3% se encuentran odontología y fisioterapia y con menos de un 1% biomedicina, bioquímica. Un 89.5% del alumnado opina que los estudios cumplen sus expectativas, tal como se refleja en el gráfico 12.

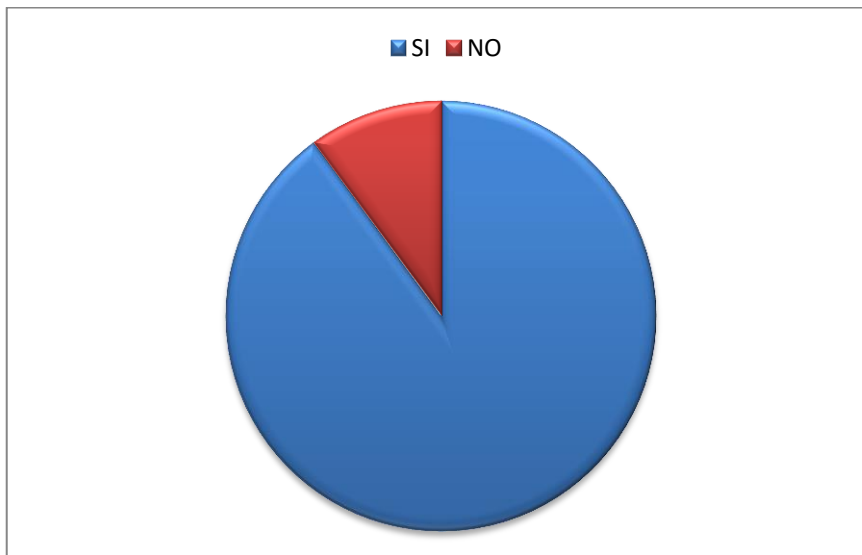


Gráfico 11: Expectativas con la titulación.

En las tres universidades incluidas, los estudiantes manifiestan que se cumplen sus expectativas en relación al Grado en Enfermería, con unos porcentajes similares: Sevilla (89.61 %), Huelva (89.18%) y Portugal (85%).

En el cuestionario elaborado para esta investigación, se incorporaron dos preguntas abiertas para recoger con la primera, las razones por las cuales, el alumnado había elegido el Grado de Enfermería como primera opción, coincidiendo en un 70% de los estudiantes en haber realizado la elección por sentirse atraídos por ella, otros motivos fueron salida profesional, haber tenido algún contacto con la profesión, conocer algún familiar dentro de esta y la posibilidad de poder realizar la especialidad de matrona, tal como se refleja en el gráfico 13.

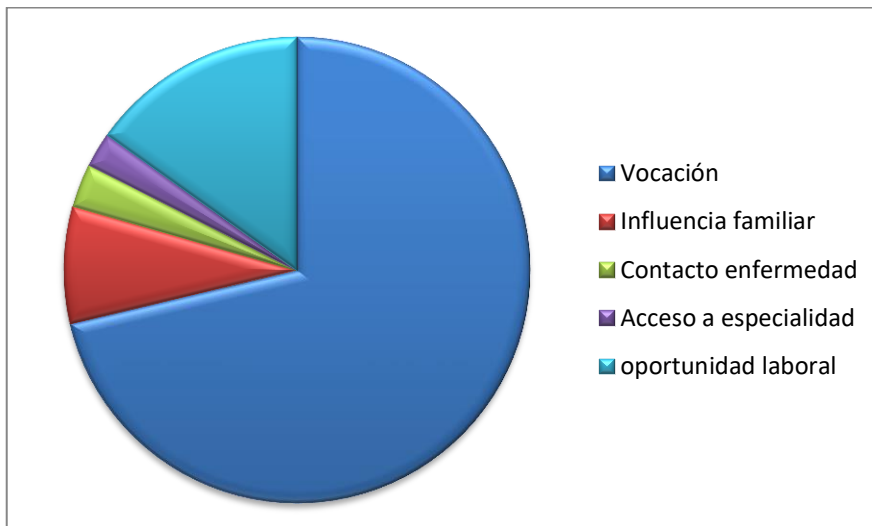


Gráfico 12: Motivaciones para elegir el Grado en Enfermería

Con la segunda pregunta abierta los estudiantes expresaron las causas de su entusiasmo o de decepción sobre la titulación en el momento actual. Los aspectos negativos se relacionaron con insatisfacción con el desarrollo de las prácticas, la falta de coordinación con la teoría y la escasa salida laboral.

Con respecto a la experiencia profesional del alumnado el 10.3% posee alguna, frente al 89.7% no ha tenido contacto con el mundo laboral. Se confirma en las diferentes universidades, en Huelva sólo ha trabajado alguna vez el 10.81%, en Sevilla, el sólo el 10.38% y en Portugal el porcentaje baja tres puntos ya que sólo tiene algún tipo de experiencia 7.01%.

El tiempo de experiencia es inferior a 5 años en el 81% de los casos y sólo el 9.5% de los que han trabajado, superan los 10 años. En Huelva, el tiempo mínimo es de un mes y el máximo es de 60 meses, la media es de 20 meses, es decir menos de 2 años. En Sevilla sólo hay 4 personas que trabajan, el tiempo mínimo es de 72 meses y el máximo 240 meses la media oscila alrededor de los 10 años. En Portugal, sólo hay dos personas que trabajan, una lleva 5 años y los otros 6 años.

Son escasos los estudiantes que compaginan los estudios con el trabajo, ya que de ese 10.3% con experiencia laboral, en la actualidad sólo trabajan un 8.9%, siendo Huelva la universidad con un índice menor, sólo ejercen el 7.8%, seguida de Portugal con un 11.11%, en Sevilla estas cifras aumentan hasta un 16%.

De los que tienen alguna experiencia laboral, el 63.63% ha trabajado en hospital, el 6.6 % en centros de salud y el 9.09 en geriátricos y el 20.68% trabaja en otros centros. Los estudiantes de la Universidad de Huelva, con experiencia laboral, han trabajado en hospital el 50%, el resto en primaria y en geriátrico. en Sevilla todos han trabajado en hospital y en Portugal los que han trabajado, lo han hecho en servicios diferentes a hospitales y atención primaria.

Tabla 41: Características socioacadémicas

				Universidad		
				Huelva	Sevilla	Portugal
EDAD		Media		23	22	22
		Desviación estándar		5	4	3
		Mínimo		19	19	19
		Máximo		70	50	32
EXPERIENCIA PROFESIONAL	no	TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL.	Media	.	.	.
			Desviación estándar	.	.	.
			Mínimo	.	.	.
			Máximo	.	.	.
	si	TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL.	Media	30	49	64
			Desviación estándar	38	70	36
			Mínimo	1	2	24
			Máximo	168	240	108
TRABAJAS ACTUALMENTE	no	ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL DE TRABAJO ACTUAL EN MESES	Media	6	.	.
			Desviación estándar	5	.	.
			Mínimo	3	.	.
			Máximo	12	.	.
	si	ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL DE TRABAJO ACTUAL EN MESES	Media	25	126	66
			Desviación estándar	21	79	8
			Mínimo	1	72	60
			Máximo	60	240	72

Durante su participación en las prácticas, los estudiantes han realizado una amplia rotación por entornos muy diferentes.

El 50.1 % de los estudiantes tienen un han rotado por unidades de hospitalización entre las que se encuentran unidades de medicina interna, traumatología, cirugía, consultas externas; áreas especializadas: unidad de pediatría, obstetricia, salud mental, hemodiálisis, quirófano, oncología, geriatría, y servicios de críticos en los que se incluyen UCI y urgencias, además de atención primaria, todos exceptuando un 6% hicieron prácticas en atención primaria en algún momento de sus prácticas, el 25 % han pasado por primaria y hospitalización pero no por servicios especializados o críticos.

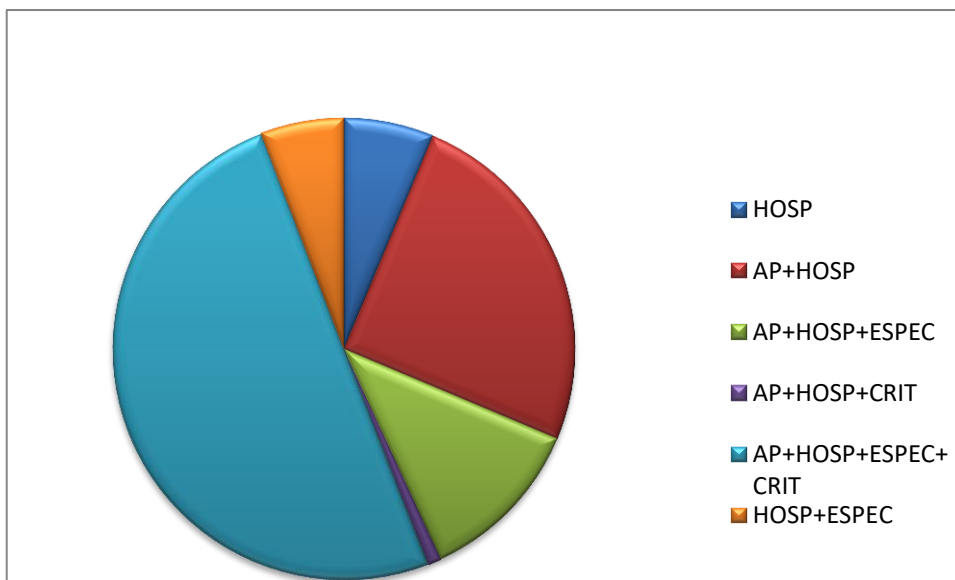


Gráfico 13: Distribución según unidades

Por Universidades, en Huelva, un 70% ha rotado por atención primaria además de haber tenido un recorrido amplio por el hospital, tanto por unidades de hospitalización, servicios especiales y de críticos, un 11% ha pasado por atención primaria, hospitalización y servicios especiales y un 16,6% sólo ha pasado por atención primaria y unidades de hospitalización.

En Sevilla, el 39.9% ha rotado por atención primaria y hospitalización, el 15.3% por atención primaria, hospitalización, unidades de críticos y especializada, el 19.7% por hospitalización y especializada y un 13.7% sólo por unidades de hospitalización.

En Portugal, el 10.5% de los estudiantes han pasado sólo por hospital, por atención primaria y hospitalización el 35.08%, el 28.07% ha pasado por atención primaria, hospitalización y servicios especiales y un 21% han realizado prácticas por atención primaria, hospital, servicios especiales y de críticos, aclarando en este último, que han pasado por urgencias ginecológicas y de pediatría.

3.5 Descripción del nivel de competencias

3.5.1 Valores de las subescalas: estadísticos descriptivos

Al no existir una baremación o estandarización de las puntuaciones, esta se establece a partir de la puntuación media o mediana de los elementos que la componen.

Tabla 42: Estadísticos descriptivos Puntuación Media Dimensiones de la NCS

	N	Mín.	Máx.	Media	SD
Puntuación Media Rol Ayuda	619	31,43	100,00	73,6445	12,53468
Puntuación Media Enseñanza/Entrenamiento	619	16,25	100,00	68,2636	13,82314
Puntuación Media Función Diagnóstico	617	24,29	100,00	72,1666	14,34398
Puntuación Media Gestión de Situaciones	619	15,00	100,00	71,6147	14,83950
Puntuación Media Intervenciones Terapéuticas	618	4,00	100,00	67,4986	17,15556
Puntuación Media Garantía de Calidad	618	13,33	100,00	70,9663	15,68402
Puntuación Media Rol de Trabajo	618	13,68	100,00	72,4733	15,06137
N válido (por lista)	616				

A nivel global, el Nivel de Competencia de los estudiantes de Enfermería en su último año formativo fue de 70.94 con una desviación típica de 14.77.

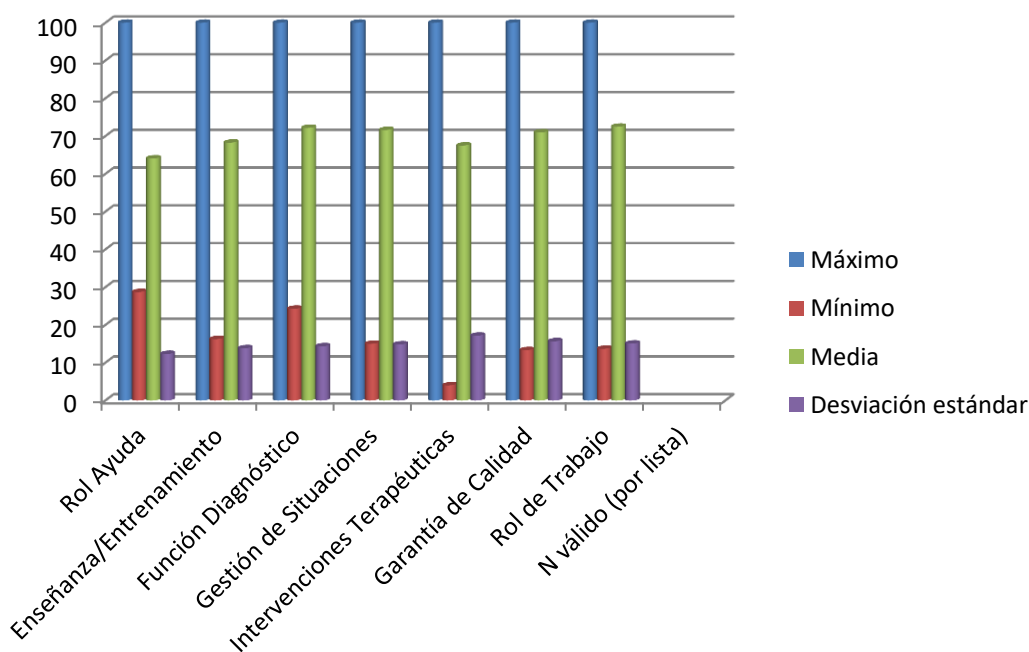


Gráfico 14: Estadísticos descriptivos

Las medias de los factores oscilan entre 67.49 y 73.64, el valor más bajo es para la dimensión de “Intervenciones Terapéuticas” con una desviación típica de 17.15 y el más elevado para “Rol de Ayuda” donde la desviación típica fue de 12.53.

Entre las diferentes dimensiones, se encontraron diferencias muy marcadas entre la puntuación máxima de autopercepción de competencias, fluctuando entre 100 como puntuación máxima y como una puntuación mínima entre 4 y 13.3.

Los estudiantes se consideraron que eran más competentes en las dimensiones “Rol de Ayuda”, “Función de Diagnóstico”, “Gestión de Situaciones”, “Garantía de Calidad”, “Rol de Trabajo” donde obtuvieron una media superior a 70.

Observando las medias individuales de todos los ítems, se comprueba que se mueven entre 53.52 y 84.28, la distancia promedio de los distintos valores a la media obtuvo valores entre 14.50 y 29.47, los ítems obtuvieron puntuaciones máximas de 100 y un mínimo de 0.

Tabla 43: Ítems de la escala de la Nurse Competence Scale

	MÁX	MÍN	MEDIA	SD
ROL DE AYUDA				
1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.	100	10	75.12	15.644
2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.	100	10	71.25	17.161
3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.	100	10	73.83	17.414
4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.	100	0	75.97	18.328
5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente.	100	0	73.42	18.049
6. Realizar aportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo.	100	0	70.36	17.655
7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos.	100	0	76.26	17.63
ENSEÑANZA ENTRENAMIENTO				
8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.	100	0	73.04	16.288
9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.	100	10	71.68	17.218
10. Dominio de la información que se proporciona en la educación del paciente.	100	20	74.42	14.504
11. Proporcionar educación individualizada al paciente.	100	20	76.30	15.452
12. Coordinar la educación del paciente.	100	0	67.62	18.166
13. Evaluar los resultados de educación del paciente, junto con el propio paciente.	100	0	66.69	20.677

	MÁX	MÍN	MEDIA	SD
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo.	100	0	71.32	17.972
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.	100	0	69.98	16.048
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares.	100	0	66.74	17.510
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia.	100	0	64.33	20.032
18. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el equipo de salud.	100	0	65.08	21.384
19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras dentro de la unidad de trabajo.	100	0	53.52	28.598
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de Enfermería.	100	0	64.92	24.273
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de Enfermería.	100	0	72.22	24.098
22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi 230rea de responsabilidad.	100	0	63.33	26.028
23. Tomar medidas activas para mantener y mejorar las propias competencias.	100	0	73.51	17.512
FUNCIONES DE DIAGNÓSTICO				
24. Analizar el bienestar del paciente desde múltiples perspectivas.	100	0	75.74	15.753
25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.	100	10	78.62	15.487
26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.	100	0	74.72	16.845
27. Solicitar la atención de otros profesionales del equipo de salud, cuando sea necesario.	100	0	78.21	18.327
28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observación al paciente.	100	0	62.63	25.605
29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diagnóstico.	100	0	59.23	25.923
30. Llenar de manera correcta la documentación de Enfermería del paciente.	100	0	76.40	19.493

	MÁX	MÍN	MEDIA	SD
GESTIÓN DE SITUACIONES				
31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que representen un riesgo para la vida.	100	10	78.19	14.924
32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.	100	0	76.65	15.125
33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.	100	0	75.30	17.726
34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, cuando sea necesario.	100	0	60.43	27.050
35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rápidamente.	100	0	56.98	28.195
36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.	100	0	73.13	18.061
37. Mantener el material en buenas condiciones.	100	0	84.28	15.856
38. Promover la capacidad de adaptación del equipo de salud ante situaciones que cambian rápidamente.	100	0	67.25	24.668
INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS				
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.	100	0	74.56	14.947
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente teniendo en cuenta la situación individual.	100	0	76.40	17.022
41. Coordinar las actividades de Enfermería dentro del equipo multidisciplinario.	100	0	68.55	23.900
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de Enfermería.	100	0	61.27	27.258
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.	100	0	58.14	29.478
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.	100	0	61.04	26.410
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de Enfermería.	100	0	71.95	20.927

	MÁX	MÍN	MEDIA	SD
46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.	100	0	70.57	19.666
47. Incorporar conocimiento relevante para proporcionar un cuidado óptimo.	100	0	74.63	17.357
48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.	100	0	57.96	28.508
GARANTIA DE CALIDAD				
49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización.	100	0	71.40	19.969
50. Evaluar críticamente la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.	100	0	72.24	19.643
51. Ser capaz de identificar áreas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.	100	0	74.33	17.716
52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	100	0	74.78	18.235
53. Utilizar la evidencia científica enfermera para garantizar la calidad de los cuidados.	100	0	73.17	20.34
54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación	100	0	60.07	26.774
ROL DE TRABAJO				
55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.	100	0	76.89	18.432
56. Ser consciente de los límites de mis propios recursos.	100	0	80.25	15.049
57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en Enfermería.	100	0	78.46	17.355
58. Actuar con responsabilidad ante recursos limitados.	100	0	80.16	15.697
59. Estar familiarizado con la política de la organización en relación a la división del trabajo y la coordinación de funciones.	100	0	74.08	18.794
60. Coordinar en la formación de otros estudiantes de Enfermería en la unidad.	100	0	65.58	29.053
61. Instruir a estudiantes de Enfermería principiantes.	100	0	66.82	29.407

	MÁX	MÍN	MEDIA	SD
62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo sanitario.	100	0	64.44	27.461
63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.	100	0	77.76	19.060
64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.	100	0	62.65	28.103
65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente	100	0	70.77	21.250
66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.	100	10	70.21	21.216
67. Cuidar de mi mismo no agotando mis propios recursos mentales y físicos.	100	10	76.57	17.669
68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo.	100	0	78.23	17.564
69. Coordinar el cuidado global del paciente.	100	0	73.13	22.095
70. Llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.	100	0	65.26	25.143
71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.	100	0	72.74	23.083
72. Desarrollar el cuidado del paciente en equipos multidisciplinares.	100	0	70.07	22.111
73. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.	100	0	76.78	18.569

La tabla 43 refleja la puntuación obtenida en cada ítem, se resaltan los 10 ítems con puntuación más elevada en verde y los 10 de con menor puntuación en rojo.

3.5.2 Nivel de Percepción de la Nurse Competence Scale.

En la universidad de Huelva, la puntuación media obtenida a nivel global en la Escala de Percepción de Competencias fue de **71.54**. Por factores, la puntuación media obtenida se mueve entre **61.89** adquirida en “Rol de Ayuda” y **74.70** puntuación alcanzada en la subescala “Rol de Trabajo”.

En Sevilla, los estudiantes perciben la adquisición de las competencias a nivel global con una puntuación media de **69.83**. La calificación más alta por dimensiones, ha sido la lograda en el factor “Función Diagnóstico” con una media de **73.126** y la más baja ha sido **63.33** en la dimensión “Rol de Ayuda”. En Portugal, la puntuación media global ha sido de **65.71**, con una desviación típica de la media más baja ha sido la obtenida en la subescala “Intervenciones Terapéuticas” con un valor de **60.63** y la más alta con un valor de **81.02** en “Rol de Ayuda”

Tabla 44: Estadísticos descriptivos

Universidad		N	Mín.	Máx.	Media	SD
Huelva	Puntuación Media Rol Ayuda	379	30,29	86,14	61,8900	11,40127
	Puntuación Media Enseñanza/Entrenamiento	379	16,25	100,00	68,5765	13,43191
	Puntuación Media Función Diagnóstico	379	24,29	100,00	73,1047	13,02014
	Puntuación Media Gestión de Situaciones	379	28,75	100,00	73,4675	12,70905
	Puntuación Media Intervenciones Terapéuticas	378	14,00	100,00	69,4415	14,62467
	Puntuación Media Garantía de Calidad	378	15,00	100,00	70,3796	15,38438
	Puntuación Media Rol de Trabajo	378	13,68	100,00	74,7026	13,23648
	N válido (por lista)	378				
	Sevilla	Puntuación Media Rol Ayuda	183	28,71	86,14	63,3302
Puntuación Media Enseñanza/Entrenamiento		183	26,88	100,00	68,1425	13,32427
Puntuación Media Función Diagnóstico		181	25,71	100,00	73,1263	14,36114
Puntuación Media Gestión de Situaciones		183	15,00	100,00	70,3158	16,59026
Puntuación Media Intervenciones Terapéuticas		183	4,00	100,00	65,6242	19,43476
Puntuación Media Garantía de Calidad		183	13,33	100,00	72,7614	15,52679
Puntuación Media Rol de Trabajo		183	25,79	100,00	70,6019	15,23227
N válido (por lista)		181				
Portugal		Puntuación Media Rol Ayuda	57	51,67	100,00	81,0234

Puntuación Media Enseñanza/Entrenamiento	57	20,00	93,13	66,5716	17,61442
Puntuación Media Función Diagnóstico	57	27,14	100,00	62,8822	18,95693
Puntuación Media Gestión de Situaciones	57	27,50	100,00	63,4649	18,68294
Puntuación Media Intervenciones Terapéuticas	57	12,00	100,00	60,6316	22,14291
Puntuación Media Garantía de Calidad	57	16,67	96,67	69,0936	17,80369
Puntuación Media Rol de Trabajo	57	15,79	96,32	63,6971	21,03297
N válido (por lista)	57				

➤ UNIVERSIDAD DO ALGARVE

Las medias individuales de todos los ítems de esta escala obtenidas por los estudiantes de Enfermería en esta universidad, oscilaron entre **36.67 y 87.8**, la distancia promedio de los distintos valores a la media obtuvo valores entre 12.9 y 39.9, los ítems obtuvieron puntuaciones máximas de 100 y unas mínimas de 0.

Tabla 45: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la Nurse Competence Scale (Portugal)

	N	Mín	Máx	Media	SD
1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.	57	40	100	83,16	15,255
2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.	57	40	100	79,82	14,453
3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.	57	40	100	82,46	12,995
4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.	57	40	100	85,44	14,024
5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente	57	40	100	73,33	16,073
6. Realizar aportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo	57	50	100	81,93	15,052
7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos.	57	50	100	87,89	13,461
8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.	57	0	100	75,44	18,999
9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.	57	30	100	80,70	15,568

	N	Mín	Máx	Media	SD
10. Dominio de la información que se proporciona en la educación del paciente.	57	40	100	77,19	14,609
11. Proporcionar educación individualizada al paciente.	57	40	100	80,70	16,241
12. Coordinar la educación del paciente.	57	0	100	69,30	23,289
13. Evaluar los resultados de educación del paciente, junto con el propio paciente.	57	0	100	73,16	22,847
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo.	57	0	100	71,23	25,640
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.	57	10	100	71,05	17,897
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares.	57	0	90	63,33	20,644
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia.	57	0	100	71,23	21,219
18. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el equipo de salud.	57	0	100	71,05	23,956
19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras dentro de la unidad de trabajo.	56	0	100	38,21	37,616
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de Enfermería.	57	0	100	50,35	36,546
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de Enfermería.	57	0	100	48,95	39,627
22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi área de responsabilidad.	57	0	100	39,82	35,531
23. Tomar medidas activas para mantener y mejorar las propias competencias.	57	40	100	82,63	15,758
24. Analizar el bienestar del paciente desde múltiples perspectivas.	57	0	100	77,54	18,056
25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.	57	40	100	77,89	14,484
26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.	57	40	100	72,11	15,322
27. Solicitar la atención de otros profesionales del equipo de salud, cuando sea necesario.	57	10	100	67,02	22,596

	N	Mín	Máx	Media	SD
28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observación al paciente.	57	0	100	45,96	36,978
29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diagnóstico.	57	0	100	40,70	36,394
30. Llenar de manera correcta la documentación de Enfermería del paciente.	57	0	100	58,95	31,035
31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que representen un riesgo para la vida.	57	10	100	68,95	17,996
32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.	57	40	100	71,40	15,519
33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.	57	0	100	64,56	22,446
34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, cuando sea necesario.	57	0	100	43,51	36,376
35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rápidamente.	57	0	100	36,67	37,528
36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.	57	0	100	72,11	21,275
37. Mantener el material en buenas condiciones.	57	10	100	87,37	17,272
38. Promover la capacidad de adaptación del equipo de salud ante situaciones que cambian rápidamente.	57	0	100	63,16	34,078
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.	57	40	100	72,98	16,032
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente teniendo en cuenta la situación individual.	57	0	100	70,88	24,074
41. Coordinar las actividades de Enfermería dentro del equipo multidisciplinario.	57	0	100	60,53	31,249
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de Enfermería.	57	0	100	44,91	38,225
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.	57	0	100	43,51	36,179
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.	57	0	100	46,14	38,580
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de Enfermería.	57	0	100	63,86	29,323

	N	Mín	Máx	Media	SD
46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.	57	0	100	74,04	20,517
47. Incorporar conocimiento relevante para proporcionar un cuidado óptimo.	57	30	100	78,95	17,391
48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.	57	0	100	50,53	34,560
49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización	57	0	100	78,42	19,711
50. Evaluar críticamente la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.	57	0	100	71,23	20,095
51. Ser capaz de identificar áreas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.	57	30	100	78,42	16,775
52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	57	20	100	75,61	18,900
53. Utilizar la evidencia científica enfermera para garantizar la calidad de los cuidados.	57	0	100	65,79	28,344
54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación.	57	0	100	45,09	37,039
55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.	57	0	100	65,09	30,887
56. Ser consciente de los límites de mis propios recursos.	57	40	100	81,58	13,860
57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en Enfermería.	57	0	100	73,86	24,404
58. Actuar con responsabilidad ante recursos limitados.	57	20	100	79,65	17,109
59. Estar familiarizado con la política de la organización en relación a la división del trabajo y la coordinación de funciones.	57	0	100	72,81	23,357
60. Coordinar en la formación de otros estudiantes de Enfermería en la unidad.	56	0	100	41,07	40,257
61. Instruir a estudiantes de Enfermería principiantes.	56	0	100	39,11	39,922
62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo sanitario.	57	0	100	44,91	39,737
63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.	57	0	100	59,47	30,084
64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.	56	0	100	42,32	39,634

	N	Mín	Máx	Media	SD
65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente.	57	0	100	69,65	27,122
66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.	56	0	100	62,50	30,940
67. Cuidar de mi mismo no agotando mis propios recursos mentales y físicos.	57	30	100	76,14	18,493
68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo.	57	0	100	77,54	19,298
69. Coordinar el cuidado global del paciente.	57	0	100	57,02	33,218
70. llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.	57	0	100	67,37	25,180
71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.	57	0	100	66,32	29,009
72. Desarrollar el cuidado del paciente en equipo multidisciplinares.	57	0	100	59,47	32,810
73. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.	57	0	100	71,58	25,127

Los 10 ítems mejor valorados obtienen medias superiores a 80 y los 10 ítems con puntuaciones más bajas se encuentran por debajo de 45.

▪ **UNIVERSIDAD DE HUELVA**

Considerando las medias individuales de todos los ítems, las medias oscilaron entre **56.99** y **82.88** la distancia promedio de los distintos valores a la media obtuvo valores entre 13.99 y 25.186, los ítems obtuvieron puntuaciones máximas de 100 y unas mínimas de 0.

Tabla 46: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la NCS (Huelva)

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.	379	90	10	100	73,75	16,239
2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.	378	90	10	100	69,26	17,495

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.	378	80	20	100	73,02	17,402
4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.	379	100	0	100	74,14	18,856
5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente.	378	100	0	100	72,38	18,871
6. Realizar aportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo.	378	100	0	100	68,54	17,518
7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos	378	100	0	100	73,73	17,453
8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.	379	90	10	100	72,16	16,251
9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.	379	90	10	100	69,89	17,638
10. Dominio de la información que se proporciona en la educación del paciente.	378	80	20	100	73,65	14,691
11. Proporcionar educación individualizada al paciente.	379	80	20	100	75,15	15,959
12. Coordinar la educación del paciente	378	80	20	100	67,54	16,879
13. Evaluar los resultados de educación del paciente, junto con el propio paciente.	379	100	0	100	65,96	19,849
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo.	378	100	0	100	70,48	17,137
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.	377	100	0	100	69,26	16,144
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares.	379	90	10	100	66,46	16,608
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia.	378	100	0	100	63,81	18,663
18. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el equipo de salud.	378	100	0	100	64,97	20,188

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras dentro de la unidad de trabajo.	379	100	0	100	56,99	25,186
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de Enfermería.	377	100	0	100	67,75	19,865
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de Enfermería.	377	100	0	100	73,69	19,198
22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi área de responsabilidad.	376	100	0	100	67,69	20,454
23. Tomar medidas activas para mantener y mejorar las propias competencias.	379	100	0	100	71,79	18,096
24. Analizar el bienestar del paciente desde múltiples perspectivas.	379	100	0	100	74,96	15,893
25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.	379	90	10	100	78,07	15,438
26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.	379	100	0	100	74,06	17,070
27. Solicitar la atención de otros profesionales del equipo de salud, cuando sea necesario.	378	80	20	100	79,18	15,895
28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observación al paciente.	375	100	0	100	65,17	20,382
29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diagnóstico.	376	100	0	100	62,50	21,219
30. Llenar de manera correcta la documentación de Enfermería del paciente.	379	94	6	100	77,54	16,665
31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que representen un riesgo para la vida.	379	70	30	100	79,71	13,998
32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.	378	80	20	100	77,28	14,188

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.	377	80	20	100	77,08	15,280
34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, cuando sea necesario.	377	100	0	100	65,12	21,686
35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rápidamente.	376	100	0	100	62,31	22,727
36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.	378	90	10	100	72,65	16,828
37. Mantener el material en buenas condiciones.	379	90	10	100	82,88	15,098
38. Promover la capacidad de adaptación del equipo de salud ante situaciones que cambian rápidamente.	374	100	0	100	70,61	18,993
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.	377	80	20	100	74,19	14,963
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente teniendo en cuenta la situación individual.	378	80	20	100	77,01	15,079
41. Coordinar las actividades de Enfermería dentro del equipo multidisciplinario.	376	90	10	100	71,81	18,064
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de Enfermería.	376	100	0	100	65,64	21,169
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.	375	100	0	100	62,05	24,304
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.	377	100	0	100	65,49	20,062
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de Enfermería.	377	100	0	100	72,47	18,623
46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.	378	100	0	100	70,98	17,955
47. Incorporar conocimiento relevante para proporcionar un cuidado óptimo.	378	100	0	100	73,89	16,301

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.	374	100	0	100	61,02	24,539
49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización.	375	100	0	100	69,20	19,010
50. Evaluar críticamente la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.	376	100	0	100	70,61	19,593
51. Ser capaz de identificar áreas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.	378	90	10	100	72,86	17,276
52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	376	100	0	100	73,56	18,749
53. Utilizar la evidencia científica enfermera para garantizar la calidad de los cuidados.	376	100	0	100	73,06	18,902
54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación.	374	100	0	100	62,86	22,879
55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.	378	90	10	100	78,20	15,939
56. Ser consciente de los límites de mis propios recursos.	378	90	10	100	79,42	15,813
57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en Enfermería.	378	90	10	100	78,65	16,530
58. Actuar con responsabilidad ante recursos limitados.	376	90	10	100	79,36	16,268
59. Estar familiarizado con la política de la organización en relación a la división del trabajo y la coordinación de funciones.	375	90	10	100	74,21	16,719
60. Coordinar en la formación de otros estudiantes de Enfermería en la unidad.	375	100	0	100	71,12	21,897
61. Instruir a estudiantes de Enfermería principiantes.	377	100	0	100	72,52	21,813
62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo sanitario.	377	100	0	100	68,59	21,422

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	D S
63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.	378	70	30	100	80,19	15,058
64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.	377	100	0	100	68,46	20,219
65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente.	375	100	0	100	72,43	18,303
66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.	377	100	0	100	71,91	17,985
67. Cuidar de mi mismo no agotando mis propios recursos mentales y físicos.	378	90	10	100	76,03	17,740
68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo.	378	90	10	100	78,12	17,295
69. Coordinar el cuidado global del paciente.	378	100	0	100	76,64	17,361
70. Llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.	376	100	0	100	68,51	20,782
71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.	374	100	0	100	75,13	18,978
72. Desarrollar el cuidado del paciente en equipo multidisciplinar.	378	100	0	100	73,20	17,452
73. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.	376	100	0	100	76,54	17,306

Las diez competencias mejor valoradas en la Escala de Percepción enfermera por los estudiantes de la universidad de Huelva, obtienen una puntuación media mayor a 78, los valores con puntuaciones más bajas están por debajo de 66.

▪ **UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

Considerando las medias individuales de todos los ítems, las medias oscilaron entre **52.51** y **81.42**, la distancia promedio de los distintos valores a la media obtuvo valores entre 14.531 y 34.62, los ítems obtuvieron puntuaciones máximas de 100 y unas mínimas de 0.

Tabla 47: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la NCS (Sevilla)

	N	Mín	Máx	Media	DS
1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.	183	20	100	73,88	14,926
2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.	183	30	100	71,91	16,313
3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.	183	10	100	74,26	17,647
4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.	183	10	100	75,46	18,684
5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente.	183	10	100	75,68	17,271
6. Realizar aportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo.	183	0	100	69,78	16,705
7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos.	183	10	100	78,58	17,483
8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.	183	20	100	74,21	15,346
9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.	182	20	100	71,43	16,391
10. Dominio de la información que se proporciona en la educación del paciente.	183	30	100	74,64	15,110
11. Proporcionar educación individualizada al paciente.	183	30	100	76,12	15,432
12. Coordinar la educación del paciente.	183	0	100	65,57	19,906
13. Evaluar los resultados de educación del paciente, junto con el propio paciente.	180	0	100	64,83	21,880
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo.	183	20	100	72,13	17,831
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.	182	20	100	70,44	16,211
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares.	183	0	100	67,43	19,143
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia.	181	0	100	62,87	21,770
18. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el equipo de salud.	180	0	100	61,11	23,252

19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras dentro de la unidad de trabajo.	181	0	100	49,34	29,451
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de Enfermería.	182	0	100	65,27	25,806
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de Enfermería.	183	0	100	77,38	22,205
22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi área de responsabilidad.	181	0	100	62,27	28,633
23. Tomar medidas activas para mantener y mejorar las propias competencias.	179	30	100	74,25	16,822
24. Analizar el bienestar del paciente desde múltiples perspectivas.	181	10	100	76,57	15,999
25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.	181	20	100	80,11	16,700
26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.	181	10	100	76,91	17,235
27. Solicitar la atención de otros profesionales del equipo de salud, cuando sea necesario.	180	0	100	80,06	20,264
28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observación al paciente.	179	0	100	60,73	29,242
29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diagnóstico.	179	0	100	57,26	28,851
30. Llenar de manera correcta la documentación de Enfermería del paciente.	180	20	100	79,33	17,194
31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que representen un riesgo para la vida.	183	20	100	78,69	14,617
32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.	183	0	100	76,94	15,809
33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.	183	0	100	74,59	20,211
34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, cuando sea necesario.	180	0	100	54,94	30,899
35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rápidamente.	179	0	100	52,51	31,673

36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.	181	0	100	75,30	18,121
37. Mantener el material en buenas condiciones.	183	0	100	86,17	15,988
38. Promover la capacidad de adaptación del equipo de salud ante situaciones que cambian rápidamente.	179	0	100	61,96	30,170
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.	182	0	100	75,55	14,584
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente teniendo en cuenta la situación individual.	182	0	100	76,26	18,783
41. Coordinar las actividades de Enfermería dentro del equipo multidisciplinario.	181	0	100	63,54	29,846
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de Enfermería.	180	0	100	56,06	31,983
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.	180	0	100	54,83	34,162
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.	180	0	100	55,67	30,197
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de Enfermería.	183	0	100	74,97	20,324
46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.	183	0	100	69,02	22,166
47. Incorporar conocimiento relevante para proporcionar un cuidado óptimo.	183	0	100	74,81	19,268
48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.	178	0	100	53,03	32,691
49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización.	183	0	100	73,88	21,219
50. Evaluar críticamente la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.	183	0	100	74,81	20,133
51. Ser capaz de identificar áreas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.	183	0	100	76,61	17,463
52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	183	10	100	75,57	18,174
53. Utilizar la evidencia científica enfermera para garantizar la calidad de los cuidados.	183	10	100	76,61	18,412

54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación.	181	0	100	58,73	28,830
55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.	183	20	100	78,25	16,281
56. Ser consciente de los límites de mis propios recursos.	183	30	100	81,42	14,531
57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en Enfermería.	182	0	100	78,57	17,245
58. Actuar con responsabilidad ante recursos limitados.	183	20	100	81,15	15,417
59. Estar familiarizado con la política de la organización en relación a la división del trabajo y la coordinación de funciones.	183	0	100	74,43	20,797
60. Coordinar en la formación de otros estudiantes de Enfermería en la unidad.	179	0	100	59,89	33,704
61. Instruir a estudiantes de Enfermería principiantes.	179	0	100	62,29	33,584
62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo sanitario	180	0	100	60,44	30,887
63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.	183	0	100	78,74	17,976
64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.	179	0	100	54,13	33,682
65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente.	182	0	100	67,14	24,687
66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.	181	0	100	67,90	24,427
67. Cuidar de mi mismo no agotando mis propios recursos mentales y físicos.	183	10	100	78,03	17,367
68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo	182	10	100	79,29	17,465
69. Coordinar el cuidado global del paciente.	181	0	100	69,23	25,264
70. Llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.	177	0	100	54,69	31,963
71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.	180	0	100	67,78	29,055
72. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.	183	0	100	77,98	19,911

73. Desarrollar el cuidado del paciente en equipo multidisciplinares.	180	0	100	66,00	25,426
---	-----	---	-----	-------	--------

Las diez competencias mejor valoradas en la Escala de Percepción enfermera por los estudiantes de la universidad de Sevilla, obtienen una puntuación media mayor a 78, los valores con puntuaciones más bajas están por debajo de 58.

3.5.3 Descripción de la frecuencia de utilización de la Nurse Compete Scale

La Frecuencia de utilización sólo puede valorarse en el entorno andaluz, obteniendo a nivel general los siguientes resultados:

Al evaluar las dimensiones de la escala de manera independiente, se observó que el resultado más repetido fue *Ocasionalmente* para todos los factores.

El valor que es superado sólo por el 25% del total, es *Muy a menudo* en los factores *Rol de Ayuda*, *Función Diagnóstico*, *Gestión de Situaciones* y *Rol de Trabajo*, en el resto de dimensiones ese valor se corresponde con el *ocasionalmente*, valor que coincide con el que más utilizado.

Tabla 48: descriptivos de la Nurse Competence Scale por dimensiones.

	Moda	Máx.	Mín.	C 25	C 50	C 75
Rol de Ayuda	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	3,00
Enseñanza/Entrenamiento	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	2,00
Función Diagnóstico	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	3,00
Gestión de Situaciones	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	3,00
Intervenciones Terapéuticas	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	2,00
Garantía de Calidad	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	2,50
Rol de Trabajo	2,00	3,00	,00	2,00	2,00	3,00

La frecuencia de utilización de las competencias de cada ítem, se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 49: Frecuencia de utilización de la Nurse Competence Scale por ítems.

	Media	Mediana	Moda	DS	Mín.	Máx
1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.	2,18	2,00	2	,718	0	3
2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.	2,04	2,00	2	,703	0	3
3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.	2,13	2,00	2	,781	0	3
4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.	2,09	2,00	2	,779	0	3
5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente.	2,07	2,00	2	,793	0	3
6. Realizar aportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo.	1,93	2,00	2	,713	0	3
7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos.	2,20	2,00	2	,768	0	3
8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.	2,04	2,00	2	,692	0	3
9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.	1,93	2,00	2	,764	0	3
10. Dominio de la información que se proporciona en la educación del paciente.	2,18	2,00	2	,679	0	3
11. Proporcionar educación individualizada al paciente.	2,22	2,00	2	,689	0	3
12. Coordinar la educación del paciente.	1,80	2,00	2	,745	0	3
13. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el propio paciente.	1,68	2,00	2	,778	0	3
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo	1,99	2,00	2	,741	0	3
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.	1,93	2,00	2	,725	0	3
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares.	1,81	2,00	2	,714	0	3
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia.	1,63	2,00	2	,754	0	3

	Media	Mediana	Moda	DS	Mín.	Máx
18. Evaluar los resultados de educación del paciente junto con el equipo de salud.	1,64	2,00	2	,784	0	3
19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras dentro de la unidad de trabajo.	1,24	1,00	1	,873	0	3
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de Enfermería.	1,80	2,00	2	,879	0	3
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de Enfermería.	2,13	2,00	2	,856	0	3
22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi área de responsabilidad.	1,71	2,00	2	,925	0	3
23 Tomar medidas activas para mantener y mejorar las propias competencias.	2,02	2,00	2	,753	0	3
24. Analizar el bienestar del paciente desde múltiples perspectivas.	2,23	2,00	2	,683	0	3
25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.	2,33	2,00	2	,655	0	3
26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.	2,15	2,00	2	,736	0	3
27. Solicitar la atención de otros profesionales del equipo de salud , cuando sea necesario.	2,32	2,00	3	,747	0	3
28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observación al paciente.	1,60	2,00	2	,863	0	3
29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diagnóstico.	1,51	2,00	2	,866	0	3
30. Llenar de manera correcta la documentación de Enfermería del paciente.	2,40	3,00	3	,719	0	3
31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que representen un riesgo para la vida.	2,34	2,00	2	,646	0	3
32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.	2,26	2,00	2	,636	0	3
33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.	2,18	2,00	2	,804	0	3

	Media	Mediana	Moda	DS	Mín.	Máx
34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, cuando sea necesario.	1,51	2,00	2	,919	0	3
35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rápidamente.	1,39	1,00	2	,903	0	3
36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.	2,14	2,00	2	,764	0	3
37. Mantener el material en buenas condiciones.	2,57	3,00	3	,629	0	3
38. Promover la capacidad de adaptación del equipo de salud ante situaciones que cambian rápidamente.	1,77	2,00	2	,882	0	3
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.	2,13	2,00	2	,681	0	3
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente teniendo en cuenta la situación individual.	2,23	2,00	2	,707	0	3
41. Coordinar las actividades de Enfermería dentro del equipo multidisciplinario.	1,94	2,00	2	,894	0	3
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de Enfermería.	1,58	2,00	2	,932	0	3
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.	1,42	1,00	2	,973	0	3
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.	1,57	2,00	2	,865	0	3
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de Enfermería.	2,00	2,00	2	,769	0	3
46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.	1,92	2,00	2	,768	0	3
47. Incorporar conocimiento relevante para proporcionar un cuidado óptimo.	2,09	2,00	2	,700	0	3
48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.	1,34	1,00	2	,923	0	3
49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización.	1,95	2,00	2	,860	0	3
50. Evaluar críticamente la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.	1,95	2,00	2	,768	0	3

	Media	Mediana	Moda	DS	Mín.	Máx
51. Ser capaz de identificar áreas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.	1,98	2,00	2	,760	0	3
52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.	2,04	2,00	2	,785	0	3
53. Utilizar la evidencia científica enfermera para garantizar la calidad de los cuidados.	2,01	2,00	2	,771	0	3
54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación.	1,43	1,00	1	,863	0	3
55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.	2,31	2,00	2	,658	0	3
56. Ser consciente de los límites de mis propios recursos.	2,44	3,00	3	,632	0	3
57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en Enfermería.	2,29	2,00	3	,735	0	3
58. Actuar con responsabilidad ante recursos limitados.	2,43	2,00	3	,635	0	3
59. Estar familiarizado con la política de la organización en relación a la división del trabajo y la coordinación de funciones.	2,16	2,00	2	,759	0	3
60. Coordinar en la formación de otros estudiantes de Enfermería en la unidad.	1,79	2,00	2	1,019	0	3
61. Instruir a estudiantes de Enfermería principiantes.	1,79	2,00	2	1,058	0	3
62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo sanitario.	1,74	2,00	2	,922	0	3
63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.	2,44	3,00	3	,633	0	3
64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.	1,63	2,00	2	,935	0	3
65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente.	1,80	2,00	2	,810	0	3
66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.	1,89	2,00	2	,819	0	3

	Media	Mediana	Moda	DS	Mín.	Máx
67. Cuidar de mi mismo no agotando mis propios recursos mentales y físicos.	2,22	2,00	2	,702	0	3
68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo.	2,28	2,00	2	,707	0	3
69. Coordinar el cuidado global del paciente.	2,11	2,00	2	,796	0	3
70. Llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.	1,60	2,00	2	,974	0	3
71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.	1,84	2,00	2	,852	0	3
72. Desarrollar el cuidado del paciente en equipo multidisciplinar.	1,96	2,00	2	,782	0	3
73. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.	2,22	2,00	2	,736	0	3

Con respecto a la escala de frecuencia de utilización, el valor más repetido es el de *utilizado ocasionalmente* en las dos universidades españolas, exceptuando la dimensión *Funciones de Diagnóstico* donde el valor más representativo ha sido el *utilizado muy a menudo*.

3.6 Características del entorno

A nivel global, los resultados de la escala PES-NW, traducen que el 4.7% de los estudiantes identificó el entorno percibido como *Totalmente en desacuerdo*, un 43% *En desacuerdo*, el 49% *De acuerdo* y como *Totalmente de acuerdo* el 3.3%. Considerando por separados las cinco dimensiones y como se observa en la Tabla 50. En general, el valor que más se repite es la opción de *De acuerdo*. La faceta que recibe un porcentaje más elevado como *Completamente de acuerdo* es la relacionada con *Calidad del Cuidado* y la que destaca por obtener un número mayor de valoraciones con *Totalmente en desacuerdo* es *Reconocimientos y Recursos*.

En general, son las puntuaciones intermedias donde se concentra el mayor número de participantes.

Tabla 50: Frecuencia de utilización por dimensiones.

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
LIDERAZGO Y GESTIÓN	5.5%	31.5%	52.7%	10.3%
CALIDAD DEL CUIDADO	10.3%	33.10%	44.20%	12.40%
PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN	6.3%	39.2%	48.6%	5.9%
RECONOCIMIENTO Y RECURSOS	11.7%	39.5%	41.7%	7.2%
RELACIONES DE PRÁCTICA CONJUNTA	11.3%	33.1%	47.2%	8.4%

Los resultados obtenidos en cada ítem se describen en la Tabla 51, donde, además, se especifican con color verde y en negrita los 10 ítems mejor valorados y con rojo los 10 con valoraciones más bajas.

Tabla 51: Entorno Laboral en la práctica enfermera, resultados en porcentajes

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LIDERAZGO Y GESTIÓN	%	%	%	%
3. El coordinador de Enfermería de su área es un apoyo cuando las enfermeras requieren resolver cualquier asunto	2.4	22.5	59.7	15.4
6. El personal de Enfermería tiene oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales	2.6	23.5	60.7	13.1
7. El coordinador de Enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como crítica.	4.7	32.9	55.7	6.7
10. Hay un director del departamento de Enfermería que es un buen líder y administrador.	6.5	31.2	52.7	8.7
11. El director del departamento es ampliamente visible y accesible por el personal	9.4	32.3	47.5	9.9
20. El director del departamento de Enfermería respalda al personal de Enfermería en la toma de decisiones incluso cuando hay diferencias con el personal médico	3.6	27.0	58.1	11.3

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
21. Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de sus empleados.	7.4	37.0	45.7	8.2
28. El coordinador de Enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones	4.4	23.6	59.6	11.6
CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO				
8. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir dudas y el cuidado del paciente con otros enfermeros.	7.8	41	42.7	8.5
18. Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.	1.6	20.7	65.9	11.7
19. Se trabaja con enfermeros clínicamente competentes.	1.3	13.2	61.6	23.8
25. Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros que ingresan a la institución	17.5	44.3	33.4	4.8
26. El cuidado del paciente está basado en el modelo de Enfermería en lugar del modelo médico.	9.7	30.7	46.4	13.1
29. Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	14.8	35.2	40.3	9.7
30. La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo, el mismo enfermero cuida del paciente en días seguidos.	7.8	23.5	47.7	20.9
31. Se aplican los diagnósticos de Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	12.0	26.2	45.2	16.6
PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN				
14. Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de Enfermería con indicadores que se divulgan al personal.	6.2	39.3	48.0	6.5
15. El director del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que los otros directivos de la institución.	6.1	44.7	44.7	4.6
22. Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad de la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.	4.3	33.2	55.5	6.9

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. El personal de Enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos)	5.2	33.4	54.1	7.3
27. El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la institución.	5.4	28.5	58.2	7.9
RECONOCIMIENTOS Y RECURSOS				
1. Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.	9.2	41.7	42.0	7.1
4. Existen oportunidades de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de Enfermería.	2.6	24.9	58.0	14.5
5. Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	5.1	37.4	48.8	8.8
12. Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	31.9	41.3	22.7	4.2
13. Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	13.8	48.9	32.7	4.5
17. La institución ofrece oportunidades de avance profesional.	5.9	40.2	48.4	5.5
RELACIONES DE PRÁCTICA CONJUNTA				
2. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	1.9	24.1	66.1	7.9
9. Con el número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	34.7	40.9	19.1	5.4
16. Se reconoce el trabajo en equipo interdisciplinar entre enfermeras y médicos.	5.0	33.9	51.1	9.9
24. Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.	3.9	23.6	62.1	10.2

Considerando cada ítem del cuestionario del Entorno, se encontró que el 80% de los participantes indicaban que estaban *De acuerdo* o *Completamente de acuerdo*.

➤ **UNIVERSIDAD DE PORTUGAL**

En esta universidad, los estudiantes, para valorar el entorno percibido, utilizan la opción *De acuerdo* y *Totalmente de acuerdo* en un 75%, el 25% restante utiliza la frecuencia *Totalmente en desacuerdo* o *En desacuerdo*.

En la tabla 52, se ofrece la información desglosada por ítems, se subraya en verde los 10 ítems con porcentaje más alto en opciones *de acuerdo* y *totalmente en desacuerdo* y en rojo las 10 opciones con más respuestas *en Desacuerdo* o *Totalmente en desacuerdo*.

Tabla 52: Distribución del entorno por ítems. Universidad de Portugal.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LIDERAZGO Y GESTIÓN	%	%	%	%
3. El coordinador de Enfermería de su área es un apoyo cuando las enfermeras requieren resolver cualquier asunto	0	10.5	78.9	10.5
6. El personal de Enfermería tiene oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales	1.8	14.1	55.4	1.8
7. El coordinador de Enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como crítica.	3.6	39.3	53.6	3.6
10. Hay un director del departamento de Enfermería que es un buen líder y administrador.	9.3	14.8	68.5	7.4
11. El director del departamento es ampliamente visible y accesible por el personal	7.3	36.4	56.4	0
20. El director del departamento de Enfermería respalda al personal de Enfermería en la toma de decisiones incluso cuando hay diferencias con el personal médico	5.4	3.6	71.4	19.6
21. Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de sus empleados.	10.9	25.5	47.3	16.4
28. El coordinador de Enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones	7.1	21.4	60.7	10.7
CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir dudas y el cuidado del paciente con otros enfermeros.	8.8	24.6	63.2	3.5
18. Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.	0	12.3	77.2	10.5
19. Se trabaja con enfermeros clínicamente competentes.	0	3.5	58.9	37.5
25. Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros que ingresan a la institución	7.1	7.1	69.6	16.1
26. El cuidado del paciente está basado en el modelo de Enfermería en lugar del modelo médico.	0	12.3	68.4	19.3
29. Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	1.8	7.00	70.2	21.1
30. La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo, el mismo enfermero cuida del paciente en días seguidos.	3.5	10.5	61.4	24.6
31. Se aplican los diagnósticos de Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	1.8	1.8	52.6	43.9
PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN				
14. Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de Enfermería con indicadores que se divulgan al personal.	5.4	3.6	60.7	30.4
15. El director del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que los otros directivos de la institución.	5.5	23.6	61.8	9.1
22. Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad de la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.	9.1	12.7	61.8	16.4
23. El personal de Enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos)	7.1	14.3	67.9	10.7
27. El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la institución.	7.1	5.4	66.1	21.4
RECONOCIMIENTOS Y RECURSOS				
1. Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle	0	21.1	38.1	40.4

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
tiempo al paciente				
4. Existen oportunidades de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de Enfermería.	0	15.8	64.9	19.3
5. Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	12.5	46.4	33.9	7.1
12. Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	22.8	43.9	31.6	1.8
13. Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	8.9	30.4	55.4	5.4
17. La institución ofrece oportunidades de avance profesional.	8.8	47.4	35.1	8.8
RELACIONES DE PRÁCTICA CONJUNTA				
2. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	0	8.8	84.2	7.0
9. Con el número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	26.8	60.7	8.9	3.6
16. Se reconoce el trabajo en equipo interdisciplinar entre enfermeras y médicos.	3.6	21.4	67.9	7.1
24. Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.	3.5	12.3	75.4	8.8

▪ UNIVERSIDAD DE HUELVA

La categoría más utilizada en el cuestionario referido al entorno PES-NWI por los participantes de Huelva, fue *De acuerdo* en todas las dimensiones exceptuando la de *Reconocimiento* y *Recursos* donde el valor más utilizado fue *En desacuerdo*. La información desglosada por ítems se ofrece en la tabla 53.

Tabla 53: Distribución del entorno por ítems. Universidad de Huelva

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LIDERAZGO Y GESTIÓN	%	%	%	%
3. El coordinador de Enfermería de su área es un apoyo cuando las enfermeras requieren resolver cualquier asunto	2.9	23.8	59.0	14.3

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. El personal de Enfermería tiene oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales	1.9	24.1	60.2	13.8
7. El coordinador de Enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como crítica.	3.7	36.2	53.7	6.4
10. Hay un director del departamento de Enfermería que es un buen líder y administrador.	5.8	38.2	48.0	8.0
11. El director del departamento es ampliamente visible y accesible por el personal	10.1	37.8	43.4	8.8
20. El director del departamento de Enfermería respalda al personal de Enfermería en la toma de decisiones incluso cuando hay diferencias con el personal médico	3.5	30.5	56.7	9.4
21. Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de sus empleados.	8.6	41.9	42.7	6.7
28. El coordinador de Enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones	4.5	27.7	56.6	11.2
CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO				
8. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir dudas y el cuidado del paciente con otros enfermeros.	7.5	43.0	40.1	9.4
18. Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.	1.9	22.8	65.4	9.9
19. Se trabaja con enfermeros clínicamente competentes.	1.1	16.5	64.3	17.9
25. Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros que ingresan a la institución	18.8	49.7	28.8	2.7
26. El cuidado del paciente está basado en el modelo de Enfermería en lugar del modelo médico.	9.0	34.8	44.7	11.4
29. Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	16.2	39.9	37.8	6.1
30. La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo, el mismo enfermero cuida del paciente en días seguidos.	6.1	26.9	49.5	17.6
31. Se aplican los diagnósticos de				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	12.0	30.9	45.9	11.2
PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN				
14. Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de Enfermería con indicadores que se divulgan al personal.	5.1	46.0	45.2	3.7
15. El director del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que los otros directivos de la institución.	6.2	50.0	40.1	3.8
22. Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad de la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.	4.3	36.1	54.0	5.1
23. El personal de Enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos)	5.1	35.1	54.0	5.9
27. El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la institución.	5.1	34.3	54.1	6.5
RECONOCIMIENTOS Y RECURSOS				
1. Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.	9.5	46.2	39.3	5.0
4. Existen oportunidades de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de Enfermería.	3.2	29.3	57.9	9.6
5. Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	4.0	39.0	50.3	6.7
12. Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	34.9	41.3	19.6	4.2
13. Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	5.1	46.0	45.2	3.7
17. La institución ofrece oportunidades de avance profesional.	5.9	39.6	50.3	4.3
RELACIONES DE PRÁCTICA CONJUNTA				
2. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	1.8	26.6	62.5	8.7
9. Con el número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	34.9	41.3	19.6	4.2
16. Se reconoce el trabajo en equipo	3.7	37.2	48.4	10.6

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
interdisciplinar entre enfermeras y médicos.				

▪ **UNIVERSIDAD SEVILLA**

Los porcentajes obtenidos en cada ítem del cuestionario se muestran en la Tabla 54.

Tabla 54 Frecuencia de utilización por ítems. Universidad de Huelva

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
LIDERAZGO Y GESTIÓN	%	%	%	%
3. El coordinador de Enfermería de su área es un apoyo cuando las enfermeras requieren resolver cualquier asunto	2.2	23.5	55.2	19.1
6. El personal de Enfermería tiene oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales	4.4	16.9	63.4	15.3
7. El coordinador de Enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como crítica.	7.1	24.2	60.4	8.2
10. Hay un director del departamento de Enfermería que es un buen líder y administrador.	7.1	22.5	59.3	11.0
11. El director del departamento es ampliamente visible y accesible por el personal	8.8	20.9	54.9	15.4
20. El director del departamento de Enfermería respalda al personal de Enfermería en la toma de decisiones incluso cuando hay diferencias con el personal médico	3.3	27.1	56.9	12.7
21. Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de sus empleados.	4.4	32.4	53.8	9.3
28. El coordinador de Enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones	3.3	17.0	66.5	13.2

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO				
8. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir dudas y el cuidado del paciente con otros enfermeros.	8.2	42.1	41.5	8.2
18. Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.	1.6	19.1	63.4	15.8
19. Se trabaja con enfermeros clínicamente competentes.	2.2	9.8	56.3	31.7
25. Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros que ingresan a la institución	18.1	44.5	32.4	4.9
26. El cuidado del paciente está basado en el modelo de Enfermería en lugar del modelo médico.	14.2	27.3	43.7	14.8
29. Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	15.8	34.4	36.1	13.7
30. La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo, el mismo enfermero cuida del paciente en días seguidos.	12.6	20.8	39.9	26.8
31. Se aplican los diagnósticos de Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	15.8	24.0	41.5	18.6
PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL EN LA INSTITUCIÓN				
14. Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de Enfermería con indicadores que se divulgan al personal.	8.7	36.6	49.7	4.9
15. El director del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que los otros directivos de la institución.	6.0	40.1	48.4	5.5
22. Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad de la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.	2.7	33.0	56.6	7.7
23. El personal de Enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en	4.9	35.2	50.5	9.3

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
comités, diseño de guías de manejo, protocolos)				
27. El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la institución.	5.5	23.2	64.6	6.6
RECONOCIMIENTOS Y RECURSOS				
1. Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.	11.5	38.8	48.6	1.1
4. Existen oportunidades de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de Enfermería.	2.2	18.0	56.8	23.0
5. Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	4.9	31.1	50.3	13.7
12. Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	27.9	40.4	26.2	5.5
13. Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	13.7	47.0	34.4	4.9
17. La institución ofrece oportunidades de avance profesional.	4.9	39.3	48.6	7.1
RELACIONES DE PRÁCTICA CONJUNTA				
2. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	2.7	23.5	67.2	6.6
9. Con el número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	35.0	39.3	21.3	4.4
16. Se reconoce el trabajo en equipo interdisciplinar entre enfermeras y médicos.	8.2	30.8	51.6	9.3
24. Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.	3.3	20.8	64.5	11.5

Fuente: Elaboración propia

3.7 Análisis correlacional

3.7.1 Relación entre el nivel de percepción de competencia y la frecuencia de utilización

A nivel global, con respecto a las universidades de Huelva y Sevilla, se demuestra con el análisis correlacional, que existe una relación lineal estadísticamente significativa, como se observa en la Tabla 55, directamente proporcional entre la percepción de las competencias y la implementación en cada una de las dimensiones aplicadas, es decir, el tener la percepción de una determinada competencia, implica una mejor implementación de esta.

Tabla 55: Relación entre Nivel de percepción y frecuencia de utilización.

Nivel Competencia		Frecuencia						
		RA	EE	FD	GS	IT	C	RT
Rol Ayuda (RA)	r _{Sp}	,295**	,157**	,118**	,072	,095*	,151**	,136**
	Sig.	,000	,000	,005	,087	,025	,000	,001
	N	562	562	560	562	562	562	562
Enseñanza/Entrenamiento (EE)	r _{Sp}	,146**	,332**	,132**	,151**	,165**	,118**	,164**
	Sig.	,001	,000	,002	,000	,000	,005	,000
	N	562	562	560	562	562	562	562
Función Diagnóstico (FD)	r _{Sp}	,092*	,165**	,253**	,184**	,175**	,136**	,184**
	Sig.	,029	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	560	560	560	560	560	560	560
Gestión de Situaciones (GS)	r _{Sp}	,074	,158**	,093*	,379**	,301**	,101*	,246**
	Sig.	,082	,000	,027	,000	,000	,017	,000
	N	562	562	560	562	562	562	562
Intervenciones Terapéuticas (IT)	r _{Sp}	,067	,129**	,082	,231**	,398**	,135**	,216**
	Sig.	,114	,002	,052	,000	,000	,001	,000
	N	561	561	559	561	561	561	561
Garantía de Calidad (GC)	r _{Sp}	,102*	,092*	,151**	,076	,165**	,347**	,163**
	Sig.	,015	,029	,000	,071	,000	,000	,000
	N	561	561	559	561	561	561	561
Rol de Trabajo (RT)	r _{Sp}	,080	,126**	,086*	,237**	,256**	,120**	,348**
	Sig.	,060	,003	,043	,000	,000	,004	,000
	N	561	561	559	561	561	561	561

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.7.2 Factores del entorno que influyen en la percepción de competencias global

Para comprobar la posible interdependencia entre las diferentes escalas, se ha utilizado el coeficiente de Correlación de Spearman, al tratarse de variables continuas.

Existe una relación lineal estadísticamente significativa, directamente proporcional entre la dimensión *Rol de Ayuda* de la NCS y todas las dimensiones del cuestionario entorno, exceptuando la faceta *Relaciones de Práctica Conjunta* donde $r_s=0.014$ y $p= 0.735$, es decir, La percepción de las competencias de la dimensión *Rol de Ayuda* tiene una relación directa con el entorno en cuatro de sus cinco dimensiones.

El resto de las facetas de la NCS, se comportan de manera similar, existiendo una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional con el resto de las dimensiones de la escala del entorno exceptuando con la subescala *Relaciones de Prácticas Conjunta*, donde el nivel de significancia es superior a 0.05 en todos los casos.

Las facetas *Gestión de Situaciones y Participación del Profesional* ($r_s=0.067$, $p=0.096$) y las subescalas *Rol de Trabajo y Participación Profesional* ($r_s=0.078$, $p=0.051$) son dimensiones, por tanto, que no están relacionadas.

Tabla 56: Análisis correlacional entre las Nurse Competence Scale y el entorno PES-NWI

Correlaciones

		Reconocimient o y Recursos	Liderazg o y Gestión	Calidad del Cuidad o	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol Ayuda	r _{Sp}	,112**	,081*	,198**	,014	,146**
	Sig	,005	,044	,000	,735	,000
	N	619	619	619	619	619
Enseñanza/Entrenamien to	r _{Sp}	,118**	,088*	,146**	,036	,141**
	Sig	,003	,028	,000	,370	,000
	N	619	619	619	619	619
Función Diagnóstico	r _{Sp}	,102*	,085*	,098*	,043	,081*
	Sig	,012	,034	,015	,286	,045
	N	617	617	617	617	617
Gestión de Situaciones	r _{Sp}	,086*	,083*	,097*	,038	,067
	Sig	,032	,040	,016	,350	,096
	N	619	619	619	619	619
Intervenciones Terapéuticas	r _{Sp}	,104**	,080*	,122**	,047	,086*
	Sig	,010	,048	,002	,246	,033
	N	618	618	618	618	618
Garantía de Calidad	r _{Sp}	,128**	,121**	,133**	,019	,112**
	Sig	,001	,003	,001	,640	,006
	N	618	618	618	618	618
Rol de Trabajo	r _{Sp}	,102*	,109**	,083*	,065	,078
	Sig	,011	,007	,040	,106	,051
	N	618	618	618	618	618

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.7.3 Factores del entorno que influyen en la percepción de competencias por universidades

Una vez analizados los resultados a nivel global, es interesante conocer cómo se comportan los diferentes entornos en relación de competencias.

▪ *UNIVERSIDAD DE PORTUGAL*

La adquisición de las competencias de la dimensión *Rol de Ayuda* no se relaciona con ninguna de las facetas del cuestionario entorno, ($p > 0.05$), por lo tanto, la percepción de la adquisición de competencias en esta dimensión por parte de los estudiantes, es independiente del entorno en el que se encuentren.

En todas las demás las dimensiones de la escala, sí se observa una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional con la faceta *Reconocimiento y Recursos* del entorno, donde el valor de p es menor de 0.05, tal como se puede observar en la Tabla 57.

Se observa que están relacionadas las facetas *Intervenciones Terapéutica y Participación Profesional* ($r_s = 0.308$, $p = 0.02$), *Garantía de Calidad y Participación Profesional* ($r_s = 0.306$, $p = 0.021$), *Garantía de Calidad y Liderazgo y Gestión* ($r_s = 0.298$, $p = 0.025$).

Además, también se encontró relación lineal estadísticamente significativa entre La dimensión *Rol de Trabajo* también obtiene una relación lineal estadísticamente significativa con *Liderazgo y Gestión* ($r_s = 0.308$, $p = 0.02$) y *Participación Profesional* ($r_s = 0.279$, $p = 0.03$).

Tabla 57: Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Portugal

		Reconocimiento y Recursos	Liderazgo y Gestión	Calidad del Cuidado	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol Ayuda	r _{Sp}	-,071	-,097	-,010	-,232	-,085
	Sig.	,598	,472	,942	,082	,530
	N	57	57	57	57	57
Enseñanza/Entrenamiento	r _{Sp}	,263	,194	,167	,174	,199
	Sig.	,048	,147	,215	,196	,138
	N	57	57	57	57	57
Función Diagnóstico	r _{Sp}	,297	,187	,126	,185	,190
	Sig.	,025	,163	,349	,169	,156
	N	57	57	57	57	57
Gestión de Situaciones	r _{Sp}	,380	0,222	,135	,247	,265
	Sig.	,004	,098	,317	,063	,046
	N	57	57	57	57	57
Intervenciones Terapéuticas	r _{Sp}	,389	,251	,186	,231	,308
	Sig.	,003	,060	,167	,085	,020
	N	57	57	57	57	57
Garantía de Calidad	r _{Sp}	,403	,298	,154	,145	,306
	Sig.	,002	,025	,252	,283	,021
	N	57	57	57	57	57
Rol de Trabajo	r _{Sp}	,359	,308	,104	,236	,279
	Sig.	,006	,020	,441	,078	,035
	N	57	57	57	57	57

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

▪ UNIVERSIDAD DE HUELVA

En esta universidad, la relación entre la *NCS* y la escalas *PES-NWI* del entorno se establece de las siguientes facetas: *Rol de Ayuda* está interrelacionada con *Participación del Profesional* ($r_s=0.113$, $p=0.02$).

La adquisición de las competencias incluidas en la dimensión *Enseñanza/Entrenamiento* mejoran si mejora y viceversa *La Calidad del Cuidado* ($r_s=0.12$, $p=0.02$) y *La Participación Profesional* ($r_s=0.162$, $p=0.002$).

Las competencias relacionadas con *Función de Diagnóstico* se relacionan linealmente, de manera positiva con *Calidad del Cuidado* ($r_s=0.122$, $p=0.018$).

La faceta *Gestión de Situaciones* se relaciona con *Liderazgo y Gestión* ($r_s=0.105$, $p=0.41$) y con *Calidad del Cuidado* ($r_s=0.113$, $p=0.028$).

La subescala *Rol de Trabajo* mantiene una relación lineal estadísticamente significativo con las dimensiones del entorno *Liderazgo y Gestión* ($r_s=0.111$, $p=0.32$) y con *Calidad del Cuidado* ($r_s=0.126$, $p=0.01$).

Tabla 58: Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Huelva

		Reconocimiento y Recursos	Liderazgo y Gestión	Calidad del Cuidado	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol Ayuda	r _{Sp}	,076	,087	,094	-,007	,113
	Sig.	,141	,091	,067	,886	,028
	N	379	379	379	379	379
Enseñanza/Entre namiento	r _{Sp}	,062	,069	,120	-,013	,160
	Sig.	,228	,180	,020	,798	,002
	N	379	379	379	379	379
Función Diagnóstico	r _{Sp}	,066	,066	,122	,023	,100
	Sig.	,199	,203	,018	,661	,051
	N	379	379	379	379	379
Gestión de Situaciones	r _{Sp}	,032	,105	,118	,000	,059
	Sig.	,537	,041	,022	,998	,250
	N	379	379	379	379	379
Intervenciones Terapéuticas	r _{Sp}	,037	,102	,113	-,021	,048
	Sig.	,475	,048	,028	,678	,354
	N	379	379	379	379	379
Garantía de Calidad	r _{Sp}	,085	,114	,111	,070	,086
	Sig.	,099	,026	,030	,893	,094
	N	379	379	379	379	379
Rol de Trabajo	r _{Sp}	,079	,111	,126	,034	,054
	Sig.	,124	,032	,014	,508	,295
	N	379	379	379	379	379

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

▪ UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Los resultados obtenidos en el análisis correlacional con los participantes de esta universidad, muestra que existe muy poca relación la percepción de competencias a través de la NCS y en entorno con el cuestionario PES-NWI, desglosado por dimensiones, tal como se observa en la Tabla 59, se desprende

que *Rol de Ayuda* no se relaciona con ninguna faceta del entorno. El resto sí establecen una relación lineal con *Calidad del cuidado* ($p < 0.05$).

La percepción de las competencias varía si cambia la percepción de la faceta *Liderazgo y Gestión* y esta relación también es nula con *Relaciones de Prácticas Conjunta*.

Sólo las dimensiones de *Intervenciones Terapéuticas* y *Rol de Trabajo* se relacionan con la dimensión *Participación Profesional* ($p < 0.05$).

Tabla 59. Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Sevilla

		Reconocimiento y Recursos	Liderazgo y Gestión	Calidad del Cuidado	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol Ayuda	r_{Sp}	,107	,114	,100	,029	,043
	Sig.	,148	,124	,178	,697	,561
	N	183	183	183	183	183
Enseñanza /Entrenamiento	r_{Sp}	,201	,096	,251	,103	,106
	Sig.	,006	,197	,001	,167	,154
	N	183	183	183	183	183
Función Diagnóstico	r_{Sp}	,173	,099	,250	,082	,138
	Sig.	,020	,185	,001	,272	,063
	N	183	183	183	183	183
Gestión de Situaciones	r_{Sp}	,165	,055	,231	,076	,129
	Sig.	,026	,459	,002	,304	,081
	N	183	183	183	183	183
Intervenciones Terapéuticas	r_{Sp}	,188	,041	,256	,130	,162
	Sig.	,011	,584	,000	,080	,029
	N	183	183	183	183	183
Garantía de Calidad	r_{Sp}	,112	,056	,207	,012	,104
	Sig.	,130	,452	,005	,871	,159
	N	183	183	183	183	183
Rol de Trabajo	r_{Sp}	,154	,099	,213	,112	,185
	Sig.	,037	,184	,004	,132	,012
	N	183	183	183	183	183

3.7.4 Factores del entorno que influyen en la adquisición de competencias para universidades Huelva y Sevilla

A nivel de las universidades de Andalucía Occidental que intervinieron en el estudio, se observó que existe una relación lineal estadísticamente significativa, directamente proporcional, entre la dimensión *Rol de Ayuda* de la Escala de adquisición de Competencias y las subescalas del cuestionario del entorno *Reconocimiento y Recurso* ($r_s=0.92, p=0.015$), *Liderazgo y Gestión* ($r_s=0.102, p=0.015$), *Calidad del Cuidado* ($r_s=0.100, p=0.018$) y *Participación del Profesional* ($r_s=0.97, p=0.021$) no podemos rechazar la hipótesis nula en la que se afirma que no hay relación entre *Rol de Ayuda* y *Relación de Práctica Conjunta* puesto que el valor de p es mayor que 0.05.

Las dimensiones de *Garantía de Calidad Rol de Trabajo* presentan un análisis estadístico similar a *Rol de Ayuda*.

En el extremo opuesto se encuentran las subescalas *Gestión de Situaciones e Intervenciones Terapéuticas* en la que solo se observó una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional hacia la dimensión *Calidad del Cuidado* ($r_s=0.156, p=0.000$), tal como se describe en la Tabla 60.

Tabla 60: Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Huelva y Sevilla.

Correlaciones

		Reconocimiento y Recursos	Liderazgo y Gestión	Calidad del Cuidado	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol Ayuda	r _{Sp}	,092*	,102*	,100*	,004	,097*
	Sig.	,030	,015	,018	,922	,021
	N	562	562	562	562	562
Enseñanza/Entrenamiento	r _{Sp}	,105*	,076	,165**	,024	,143**
	Sig.	,013	,073	,000	,571	,001
	N	562	562	562	562	562
Función Diagnóstico	r _{Sp}	,103*	,078	,171**	,043	,111**
	Sig.	,015	,067	,000	,310	,008
	N	560	560	560	560	560
Gestión de Situaciones	r _{Sp}	,070	,069	,156**	,028	,076
	Sig.	,097	,101	,000	,512	,073
	N	562	562	562	562	562
Intervenciones Terapéuticas	r _{Sp}	,082	,061	,165**	,036	,080
	Sig.	,051	,152	,000	,397	,059
	N	561	561	561	561	561
Garantía de Calidad	r _{Sp}	,101*	,102*	,150**	,009	,095*
	Sig.	,016	,016	,000	,825	,025
	N	561	561	561	561	561
Rol de Trabajo	r _{Sp}	,089*	,086*	,148**	,060	,087*
	Sig.	,035	,041	,000	,159	,040
	N	561	561	561	561	561

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

**. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).*

3.7.5 Factores del entorno que influyen en la implementación de Competencias

Como se observa en la Tabla 62, a nivel global que están relacionadas las subescalas de implementación de la *NCS* y el entorno *PES-NWI*.

Las dimensiones *Rol de Ayuda* y *Garantía de Calidad* son las que no muestran ningún tipo de cambio si se modifica la percepción de la dimensión del entorno *Relaciones de Práctica Conjunta* ($r_s=0.027$, $p=0.521$, $r_s=0.46$, $p=0.28$, respectivamente).

Las competencias de la dimensión *Gestión de Situaciones* no tienen una relación lineal significativa estadísticamente con *Reconocimiento y Recursos*.

Tabla 61: Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale (Frecuencia de utilización) y el entorno PES-NWI

		Reconoci miento y Recursos	Liderazg o y Gestión	Calidad del Cuidado	Relaciones de Práctica Conjunta	Participación del Profesional
Rol de Ayuda	r _{Sp}	,189**	,151**	,222**	,027	,173**
	Sig.	,001	,001	,001	,521	,001
	N	562	562	562	562	562
Enseñanza – Entrenamiento	r _{Sp}	,155**	,161**	,210**	,127**	,204**
	Sig.	,001	,001	,001	,003	,001
	N	562	562	562	562	562
Función Diagnóstico	r _{Sp}	,160**	,144**	,197**	,157**	,198**
	Sig.	,001	,001	,001	,001	,001
	N	560	560	560	560	560
Gestión de Situaciones	r _{Sp}	,065	,080	,140**	,126**	,092*
	Sig.	,121	,058	,001	,003	,029
	N	562	562	562	562	562
Intervenciones Terapéuticas	r _{Sp}	,169**	,135**	,237**	,165**	,186**
	Sig.	,001	,001	,001	,001	,001
	N	562	562	562	562	562
Garantía de Calidad	r _{Sp}	,134**	,184**	,198**	,046	,197**
	Sig.	,001	,001	,001	,280	,001
	N	562	562	562	562	562
Rol de Trabajo	r _{Sp}	,137**	,111**	,238**	,093*	,156**
	Sig.	,001	,008	,001	,028	,001
	N	562	562	562	562	562

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.7.6 Relación entre el nivel de competencia según universidades

Se estudió la relación que existe entre el nivel de competencias global con las universidades del estudio, obteniendo los resultados contemplados en la tabla 62.

Tabla 62: Contraste de hipótesis de normalidad de las Nurse Competence Scale.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic			Estadístic		
	o	gl	Sig.	o	gl	Sig.
Media Rol Ayuda	,045	616	,004	,995	616	,058
Enseñanza/Entrenamiento	,039	616	,024	,990	616	,001
Función Diagnóstico	,071	616	,001	,979	616	,001
Gestión de Situaciones	,093	616	,001	,973	616	,001
Intervenciones Terapéuticas	,080	616	,001	,977	616	,001
Garantía de Calidad	,080	616	,001	,968	616	,001
Rol de Trabajo	,070	616	,001	,972	616	,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

La hipótesis nula de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($N > 30$) indica que los datos siguen una distribución normal. Dado que la significación de ésta prueba es menor de 0.05, se rechaza la hipótesis nula de normalidad y se afirma que las puntuaciones medias en las subescalas de competencias no siguen una distribución normal, por lo que se aplican pruebas de contraste de hipótesis No Paramétricas.

Al realizar la prueba de Kruskal Wallis, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre las universidades y todas las dimensiones de la escala de Percepción de Competencias, exceptuando el factor Enseñanza/Entrenamiento, por tanto, la percepción de competencias es distinta dependiendo de la universidad donde se estudie.

Tabla 63: Relación entre la Nurse Competence Scale y las universidades.

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Rol Ayuda	91,610	2	,001*
Enseñanza/Entrenamiento	,031	2	,984
Función Diagnóstico	15,793	2	,001*
Gestión de Situaciones	13,784	2	,001*
Intervenciones Terapéuticas	6,353	2	,042*
Garantía de Calidad	6,991	2	,030*
Rol de Trabajo	16,118	2	,001*

a. Variable de agrupación: Universidad

* Existen diferencias significativas

Como se puede observar en la Tabla 64, los resultados en la universidad de Portugal, ofrecen un valor muy superior al resto (Rango 522.14) en la subescala *Rol de Ayuda*. Es la universidad de Huelva la que obtiene el valor más bajo (rango promedio 279.04). En la dimensión *Enseñanza/Entrenamiento* los rangos son similares en las tres universidades, confirmando la escasa correlación entre ellas. En el resto de factores, La Scola Superior de Saúde do Algarve, presenta unos valores de rango promedio siempre inferiores a las otras universidades.

Tabla 64: Rangos promedios de las Nurse competence Scale y universidades

	Universidad	N	Rango promedio
Rol Ayuda	Huelva	379	279,04
	Sevilla	183	308,04
	Portugal	57	522,14
	Total	619	
Enseñanza/Entrenamiento	Huelva	379	310,43
	Sevilla	183	310,35
	Portugal	57	306,00
	Total	619	
Función Diagnóstico	Huelva	379	313,92
	Sevilla	181	326,29
	Portugal	57	221,35

	Total	617	
Gestión de Situaciones	Huelva	379	325,42
	Sevilla	183	302,09
	Portugal	57	232,89
	Total	619	
Intervenciones Terapéuticas	Huelva	378	320,88
	Sevilla	183	301,52
	Portugal	57	259,62
	Total	618	
Garantía de Calidad	Huelva	378	297,66
	Sevilla	183	338,72
	Portugal	57	294,22
	Total	618	
Rol de Trabajo	Huelva	378	330,14
	Sevilla	183	288,33
	Portugal	57	240,60
	Total	618	

3.8 Relación entre el nivel de competencia y las variables sociodemográficas y académicas.

- Con respecto a la población total, las mujeres perciben su nivel de competencias según la *Nurse Competence Escala*, con una puntuación media de 71.22, para los hombres la media es de 67.55.
- Los solteros puntúan su percepción de nivel de competencias con un 70.48, los casados con un 75.19 y los divorciados con un 66.11.
- La percepción de competencias varía dependiendo de la universidad en la que se estudie, Huelva obtiene una media de 71.54, en Sevilla es de 69.83 y en Portugal es de 65.71.

El hecho de tener o no experiencia profesional, no modifica la percepción sobre el nivel de competencias ya que los que tienen experiencia obtienen una media de 68.78 y los que no 70.35.

En función del recorrido, obtienen una media de 72.71 los estudiantes que han pasado por Atención Primaria, Hospitalización, Servicios de Críticos y Unidades Especiales, los que han pasado por Hospitalización y Especializada obtienen una media de 65.20, los de Hospitalización y Servicios Críticos un 70.48, los de Atención Primaria y Hospitalización evalúan con un 69.62 y los que han pasado sólo por hospital perciben su nivel de competencias con una media de 65.20.

Elegir Enfermería como primera opción no influye en el nivel de percepción de las competencias ya que los que sí lo hicieron obtienen una media de 70.84 y los que no, 70.24, medias semejantes a las obtenidas en función si cumplen o no las expectativas ya que las medias fueron de 70.20 para los que sí las cumplen y de 70.10 para los que no.

Al relacionar las distintas dimensiones de la NCS con tener o no experiencia profesional, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 65: Relación entre las dimensiones de la NCS y la experiencia profesional

	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig.
Puntuación Media Rol Ayuda	14759,000	16839,000	-2,216	,027*
Puntuación Media Enseñanza/Entrenamiento	14834,500	16914,500	-2,160	,031*
Puntuación Media Función Diagnóstico	14850,000	16930,000	-2,109	,035*
Puntuación Media Gestión de Situaciones	16037,000	18117,000	-1,272	,203
Puntuación Media Intervenciones Terapéuticas	15856,500	17936,500	-1,384	,166
Puntuación Media Garantía de Calidad	15029,000	17109,000	-1,997	,046*
Puntuación Media Rol de Trabajo	16755,500	18835,500	-,719	,472

a. Variable de agrupación: EXPERIENCIA PROFESIONAL

* Existen diferencias significativas

Después de realizar los estadísticos de contraste, se observó que existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas a nivel global en la NCS en relación con tener Experiencia Laboral en las facetas *Rol de Ayuda*, *Enseñanza/Entrenamiento*, *Función Diagnóstico* y *Garantía de Calidad*, donde el

valor de significancia es mayor de 0.05, lo cual confirma que el tener experiencia laboral influye en la percepción de las competencias de las estudiantes.

Tabla 66. Rangos promedios de percepción de competencias

	EXPERIENCIA	N	Rango	
	PROFESIONAL		promedio	Suma de rangos
Rol Ayuda	no	555	315,41	175051,00
	si	64	263,11	16839,00
	Total	619		
Enseñanza/Entrenamiento	no	555	315,27	174975,50
	si	64	264,29	16914,50
	Total	619		
Función Diagnóstico	no	553	314,15	173723,00
	si	64	264,53	16930,00
	Total	617		
Media Gestión de Situaciones	no	555	313,10	173773,00
	si	64	283,08	18117,00
	Total	619		
Intervenciones Terapéuticas	no	554	312,88	173334,50
	si	64	280,26	17936,50
	Total	618		
Garantía de Calidad	no	554	314,37	174162,00
	si	64	267,33	17109,00
	Total	618		
Rol de Trabajo	no	554	311,26	172435,50
	si	64	294,30	18835,50
	Total	618		

Los rangos promedios de la percepción de competencias son mayores en los estudiantes que no cuentan con experiencia en todas las dimensiones, tal como se puede observar en la Tabla 66.

En la Tabla 67, se muestran los resultados obtenidos después de comparar la percepción de las competencias en las diferentes universidades según tengan o no experiencia laboral. Observándose sólo diferencia en la Universidad de Huelva en tres dimensiones, afirmando que la percepción de competencias es diferente en la universidad de Huelva en tres dimensiones *Rol de Ayuda* ($z=-2,467$, $p<0.05$), *Enseñanza/Entrenamiento* ($z=-2,198$, $p<0.05$), *Función Diagnóstico* ($z=2,524$, $p<0.05$).

Tabla 67 Estadísticos de prueba^a Universidad

	Huelva			Sevilla			Portugal		
	U _{MW}	Z	Sig.	U _{MW}	Z	Sig.	U _{MW}	Z	Sig.
Rol Ayuda	5295	-2,467	,014*	1520	-,174	,862	66,5	-1,236	,216
Enseñanza/Entrenamiento	5473	-2,198	,028*	1301,5	-1,174	,241	79,5	-,828	,408
Función Diagnóstico	5258,5	-2,524	,012*	1295,5	-1,128	,259	88,5	-,547	,584
Gestión de Situaciones	6308,5	-,937	,349	1148,5	-1,874	,061	63,5	-1,329	,184
Intervenciones Terapéuticas	6120	-1,194	,232	1229,5	-1,503	,133	75	-,969	,333
Garantía de Calidad	5621,5	-1,950	,051	1294,5	-1,207	,227	79,5	-,828	,407
Rol de Trabajo	5996	-1,382	,167	1528,5	-,135	,893	76,5	-,922	,357

a. Variable de agrupación: EXPERIENCIA PROFESIONAL

* Existen diferencias significativas

4 DISCUSIÓN

En el presente capítulo se aborda la discusión de los resultados más significativos obtenidos y expuestos en el mismo orden que en el apartado anterior, de manera que resulte más fácil su análisis, así como su comparación con otras investigaciones similares.

4.1 Consistencia Interna y Análisis Factorial de la “Escala de Percepción de Competencias” y del PES-NWI

La valoración de la consistencia interna de los cuestionarios utilizados en esta investigación se llevó a cabo mediante el cálculo de la prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach.

En el primer instrumento, *Nurse Competence Scale* (NCS) (Meretoja, 2004), se obtuvo como resultado una gran homogeneidad o consistencia interna entre los contenidos de los elementos y, asimismo, entre los ítems que componen cada uno de los factores. El valor del alfa de Cronbach se ha mantenido satisfactoriamente en las dos escalas que lo componen al realizarlo por separado ya que, a pesar de incluirse dentro de la misma variable, representan dos aspectos marcadamente diferenciados, el nivel de percepción de competencia (NC) (0.97) y el nivel de utilización de competencia (FU) (0.75).

Al realizar el análisis por factores, los valores oscilaron entre 0.833 y 0.93 para la escala de Nivel de Competencia y para la Frecuencia de Utilización (FU) entre 0.750 y 0.886. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados, tales como la versión original de Meretoja et al (2004) que obtuvo un alfa de Cronbach similar (NC: 0.973, FU: 0.820). En Italia, destacan los estudios realizados por Finotto y Cantarelli (2008) en los que la aplicación del cuestionario adquiere valores superiores a 0.850 en ambas escalas y el estudio de Scavone, Ausili y Di Mauro (2014), (NC: 0.93 y FU: 0.97) quienes, en la primera fase de su investigación, a través un grupo de expertos, evaluaron la validez de constructo en versión italiana.

En el contexto portugués, Nunes de Oliveira (2015) hizo una adaptación de la escala NCS en enfermeras del ámbito hospitalario, obteniendo un alfa de Cronbach (NC: 0.973).

En España, Castillo (2011), validó el cuestionario en las enfermeras de rotting (NC: 0.96). Asimismo, en Colombia, Rivera (2013) validó el cuestionario para estudiantes con unos resultados de (NC: 0.96, FU: 0.95).

En la revisión sistemática realizada por Flinkman et al. (2016) se analizó la aplicación de la *Nurse Competence Scale* en 30 estudios de habla inglesa y finlandesa. Los valores alfa de Cronbach variaron de 0.61 a 0.97 a nivel global. El promedio de los valores alfa de cada categoría osciló entre 0.83 y 0.97 y el 90% de los valores alfa superaron 0.80, lo cual indica una adecuada consistencia interna.

La fiabilidad de los instrumentos también se calculó por universidades, demostrando la validez del constructo de la NCS, en su escala de *Nivel de Percepción*, con unos resultados estadísticos de fiabilidad similares al general. Para la subescala de Nivel de Utilización también se confirmó la validez del constructo en las universidades españolas.

Después de esta validación, se confirma la consistencia interna de la escala ratificando la existencia de correlación entre sus distintos elementos.

En relación al instrumento utilizado para medir el entorno, el cuestionario *PES-NWI*, a nivel global, muestra unos índices satisfactorios, con un alfa de Cronbach de 0.91, que coinciden con los resultados obtenidos por otros autores en sus distintas adaptaciones a entornos profesionales, tales como, Cardona (2011) en el contexto colombiano; Orts (2011) en el ambiente europeo; Gea, (2015) en la atención primaria española. Si bien es cierto que, por categorías, los resultados fueron más bajos oscilando entre 0.593 y 0.819, aunque satisfactorios para garantizar su fiabilidad.

En las tres universidades estudiadas, se muestran unos resultados de este coeficiente que, a nivel global, proporcionan una consistencia interna valorada como excelente según la clasificación de Georgy y Mallery (2003). Al calcular la fiabilidad por dimensiones, se obtienen resultados diferentes dependiendo del entorno, siendo en la Universidad de Huelva, aunque son aceptables, son más bajos que las otras universidades, concretamente, en las facetas *Participación Profesional y Relaciones Conjuntas*, aunque podemos considerarlos como aceptables.

Estos resultados coinciden con estudios anteriores, lo que demuestra que las dimensiones no son estables ni permanentes, puesto que cuando el cuestionario ha sufrido validaciones para aplicarlos a distintos contextos, se han producido variaciones en la agrupación de los ítems e incluso en el número total de estas (Orts, 2011; Salgueiro et al, 2012; Gea, 2015).

En el análisis factorial de la *NCS*, se observó que los resultados obtenidos en la Matriz de Componentes Rotados mostraban claramente 5 componentes (rectificado en el gráfico 2 de sedimentación). En los dos restantes, la saturación era muy similar con respecto a la variabilidad de los otros. Este aspecto coincide con el estudio de Meretoja (2004) que, al realizar el análisis de sus componentes principales, observó cómo unos factores saturaban más que otros aunque se mantuvo la estructura de las categorías de Benner. A pesar de la variabilidad, los ítems encajaban en los factores previstos y la varianza total explicada representaba un 52.7%. En el presente estudio, la varianza total representa un 61.9%, superior al estudio inicial de Meretoja (2004), dando validez a la versión española. De igual forma, en esta investigación, el primer factor es muy potente ya que explica un alto porcentaje de variabilidad frente al resto que son más débiles. Este hecho, podría explicarse por haberla aplicado sólo a estudiantes y quizás sea necesario ampliar el estudio a los diferentes niveles utilizados por Benner desde principiantes hasta expertos.

Con respecto a la percepción de competencias por universidades, no se pudo realizar el análisis factorial en Portugal, debido al tamaño muestral utilizado en este estudio.

4.2 Perfil sociodemográfico y académico

En cuanto a cifras globales, la edad media de los participantes es de 23 años coincidiendo con otros estudios similares (Arizbeth, López, Valadez, y Martínez, 2011; Compeán, 2014).

Con respecto a la variable Estado Civil, el 97.9 % están solteros coincidiendo un porcentaje similar en las tres poblaciones, posiblemente relacionado con la edad media de los estudiantes. Este dato concuerda con los resultados del estudio Eurostudent para el conjunto de los estudiantes españoles, donde el 90% afirma estar soltero y no tener pareja, citado por Hernández y Pastor (2001).

Las características de la muestra, en términos de distribución por sexo, han sido coherentes con otras investigaciones realizadas tanto a nivel de estudiantes como de profesionales. Se evidencia un porcentaje significativamente mayor de mujeres con el 84.5% del total. Este resultado global se repite en las diferentes universidades del estudio, aunque cabe destacar que, comparándolo con otros estudios, se observa una tendencia creciente del porcentaje de estudiantes varones en los últimos años (Osses-Paredes et al, 2010).

Los estudiantes que eligieron el Grado de Enfermería como primera opción representan un porcentaje del 79% que es bastante elevado. Se confirma la creciente demanda estudiantil de las titulaciones de Ciencias de la Salud como reflejan las cifras del curso académico 2013-14, donde la tasa de preferencia por estos grados en España, alcanzó el 375%, es decir, por cada plaza ofertada, hay cuatro estudiantes que la demandan como primera opción (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014). Por universidades vemos que este porcentaje no se mantiene constante. Destaca Portugal por ser la universidad

donde los estudiantes muestran una orientación más clara en la elección de Enfermería como carrera universitaria.

Los estudiantes que habían elegido otra disciplina como primera opción, tenían claro el realizar una titulación de la rama de las Ciencias de la Salud. La más demandada ha sido medicina, tanto en Sevilla como en Huelva.

Los estudiantes expresan que han elegido estudiar el Grado de Enfermería al sentirse atraídos por la titulación en un porcentaje elevado. Otros afirman que su decisión ha estado influenciada por haber tenido contacto directo con algún profesional, otros por seguir con la especialidad de matrona y un porcentaje más bajo por las salidas profesionales que ofrece, que, aunque disminuidas por la crisis económica en los últimos años, siguen siendo mayores que en otros grados. Este aspecto coincide con otros estudios como los de Jara et al. (2005) que investigó la percepción del rol de Enfermería en los estudiantes en Chile y afirma que el 90 % exponen como razones principales las salidas profesionales y los ingresos económicos. Estos datos plantean la necesidad, en un futuro, de realizar un estudio cualitativo que permita profundizar estas particularidades.

El alumnado considera que se cumplen sus expectativas en un 89%, porcentaje que se mantiene en los diferentes entornos, lo que demuestra que los estudiantes continúan motivados y al igual que en otros estudios (San Rafael-Gutiérrez, et al, 2010, Rivera, 2013), se puede afirmar que el contacto con el contenido de la titulación ha servido para cambiar positivamente la percepción de los estudiantes respecto al rol profesional. Sólo el 10% está desilusionado y entre los motivos que exponen se encuentran la falta de coordinación entre la teoría y la práctica, aspecto que coincide con publicaciones similares como la expuesta por Cuñado et al (2011) donde se reconocen como aspectos negativos valorados por el alumnado, la funcionalidad inadecuada de las prácticas, en concreto inadecuación del servicio, poco tiempo de prácticas, no coordinación entre conocimientos teóricos y prácticas.

En general son estudiantes que carecen de experiencia profesional ya que sólo un 10.3% ha trabajado alguna vez en el ámbito sanitario. Y, de estos, el tiempo total de desempeño profesional es inferior a 5 años, aspecto que cuadra con el perfil y la edad del alumnado que se ha dedicado mayoritariamente a adquirir una formación académica. Son pocos los que compaginan estudios y trabajo, destacando Sevilla como la universidad donde más se da esta situación, con un 16%.

A lo largo de su formación, han realizado prácticas en un amplio número de servicios que han ido aumentando de complejidad según la adquisición competencial. Esto hecho, les ha generado una visión más amplia sobre la práctica enfermera, conociendo de primera mano las condiciones y los condicionantes en los que se desarrolla el trabajo profesional en una organización actual. Este aspecto resulta básico como preparación para enfrentarse al mundo laboral. A excepción de un 6% que no ha realizado prácticas en centros de salud, el resto ha rotado por las diferentes áreas de hospitalización y por Atención Primaria, proporcionándoles además una visión amplia de los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario. Estas características son similares en las universidades estudiadas de España y Portugal.

Para explicar el progreso durante el recorrido de sus prácticas, podemos hacer un análisis comparativo entre el modelo de niveles competenciales de Patricia Benner y la estructura del Practicum del Grado en Enfermería resultando interesante identificar que existe un cierto paralelismo en el planteamiento de adquisición de competencias.

Según el modelo de Benner, el primer nivel sería el de Principiante, que se corresponde con las competencias establecidas en los primeros períodos de prácticas y en el que los estudiantes poseen los conocimientos básicos por lo que han de desarrollar actitudes y aptitudes que completen las competencias práctico-clínico en unidades de hospitalización y en atención primaria. Una vez

adquieran estas competencias, rotan por servicios especiales, tónica generalizada, permitiéndoles adquirir competencias de nivel intermedio, que podríamos equiparar a la categoría de Principiante Avanzado, dentro de las coordenadas docentes del grado en Enfermería. Las áreas de cuidados críticos son las menos utilizadas para la formación práctica puesto que exigen unas competencias en un nivel más avanzado, comparable al nivel de Competente en la formación de Grado siendo el momento ideal para conseguir la máxima rentabilidad con ejercicios y simulaciones referidas a la toma de decisiones para planificar y coordinar situaciones más complejas, siempre bajo la supervisión de profesionales expertos. En Portugal, es en el último período, que aún no había finalizado al pasar el cuestionario, cuando se visitan estas áreas y sólo han pasado por urgencias pediátricas y ginecológicas. En Sevilla sólo un 15.3% ha realizado prácticas por servicios de críticos, mientras que, en Huelva, el porcentaje sube hasta un 81%.

4.3 Percepción del Nivel de Competencias

La *Nurse Competence Scale*, se ha utilizado ampliamente a nivel internacional para la autoevaluación de competencias en enfermeras experimentadas, recién graduadas y estudiantes. Esta herramienta destaca por ofrecer una doble perspectiva; por un lado, la percepción de enfermeras y estudiantes sobre sus propias competencias y, por otro, la frecuencia con la que se llevan a cabo dichas competencias en la práctica clínica.

El nivel de competencias percibido en la población, a través de *NCS*, se identificó según queda recogido en la escala VAS, como *Bueno*, tanto a nivel global como por dimensiones. En otros estudios que utilizaron la *NCS* en estudiantes de grado o en enfermeros recién graduados, obtuvieron resultados semejantes, como los obtenidos en Colombia sobre la población estudiantil, con una media de 80.7 (Rivera, 2013).

Asimismo, cabe destacar que las medias por dimensión están próximas, algo que coincide con el estudio llevado a cabo por de Souza-Cruz y Mariscal (2016), pudiendo afirmar que el nivel de competencias es estable y que se están alcanzando los objetivos del currículo de pregrado en lo que se refiere a competencias en general. No obstante, resulta llamativa la diferencia tan marcada entre los valores máximos y mínimos de cada dimensión observándose en algunos ítems una gran diferencia en la percepción que los estudiantes tienen sobre el grado de consecución. Esto podría ser útil a la hora de detectar posibles vacíos en el proceso enseñanza-aprendizaje que dificulten la adquisición de competencias concretas, siendo pues necesario programarlas y enseñarlas con anterioridad para poder evaluarlas y así detectar las que se han adquirido y en las que aún se necesita insistir. Hemos de tener en cuenta que, si es preciso, tendremos que modificar el plan de estudios. En todo el proceso, los participantes adquieren papeles importantes donde el enriquecimiento formativo va a depender de lo que cada uno de ellos aporte, favoreciendo las mejoras en todas sus etapas.

Esta es la tendencia observada en las diferentes universidades implicadas. Todas obtienen una puntuación categorizada como *Buena* según la escala VAS de la NCS, siendo Portugal quien obtiene una puntuación más baja.

Al estimar la puntuación obtenida por dimensiones de la población general, la mejor percibida ha sido *Rol de Ayuda* y la que obtuvo una media inferior fue Intervenciones Terapéuticas. Los resultados de Portugal son coincidentes, sin embargo, no sucede lo mismo en Huelva y Sevilla en las que es el *Rol de Trabajo* quien obtiene mayor puntuación en Huelva y la *Función diagnóstico* en Sevilla. Es destacable que, a pesar de que las medias en general son semejantes en todas las universidades, hay una importante discrepancia respecto a la dimensión *Rol de Ayuda*, que puede estar relacionado con la diferencia existente en los planes formativos, lo que confirma el objetivo marcado por el EEES en lo relativo a aumentar la compatibilidad y comparabilidad de los sistemas educativos de los

países miembros sin que ello suponga la pérdida del hecho diferencial de cada uno.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio realizado en Italia, sobre una muestra de enfermeras con diferentes niveles de experiencia. Las categorías mejor evaluadas fueron *Rol de Ayuda*, *Rol de trabajo* y *Gestión de Situaciones* por las principiantes avanzadas y para las expertas, *Intervenciones Terapéuticas* (Arrigoni et al, 2017).

En Colombia los estudiantes consideraron que eran más competentes en las dimensiones de *Función Diagnóstico*, *Rol de Ayuda*, *Enseñanza/ Entrenamiento*, *Rol de Trabajo* y *Gestión de situaciones* (Rivera, 2013). En Uruguay, el estudio llevado a cabo por de Souza-Cruz y Mariscal (2016), obtiene resultados semejantes a los de la presente investigación, con respecto a la dimensión *Rol de Trabajo*. En este caso, la que obtuvo una puntuación inferior, fue *Enseñanza Entrenamiento*, lo cual vuelve a poner de manifiesto las diferencias entre los distintos niveles de experticia.

Al comparar los diez ítems mejor valorados en las distintas universidades, es representativo que Huelva y Sevilla coincidan en 9 de ellos. La coincidencia con Portugal solo ocurre en dos, confirmándose nuevamente la existencia de similitudes entre los planes formativos en Andalucía y las diferencias con Portugal.

Entre los diez ítems 10 mejor valorados en las tres poblaciones nos encontramos los siguientes: dentro de la dimensión *Rol de Trabajo Ser conscientes de sus propias limitaciones*” y en la dimensión “*Gestión de Situaciones Mantener el material en buenas condiciones*, que corroboran lo expuesto por Banner, quien afirma que los estudiantes tienen más facilidad para las funciones que no tienen relación directa con los pacientes, ya que aún no han llegado a desarrollar el pensamiento crítico y reflexivo obtenido con la práctica.

En Huelva y Sevilla, los estudiantes valoran positivamente el uso de las nuevas tecnologías, cada vez más afianzadas en la sociedad y que demuestra una vez más, los cambios producidos en la era del conocimiento, donde estas se han convertido en un recurso indispensable para acercar el desarrollo de las competencias de los estudiantes a las dinámicas del mundo contemporáneo.

El saber trabajar en equipo y de modo cooperativo es una competencia transversal que resulta necesaria en muchas profesiones (Pujolàs, 2004). En Huelva y Sevilla los estudiantes son conscientes de esto y así lo reflejan, al valorar al equipo como un apoyo importante, ya que muchas de las actividades que se llevan a cabo, se desarrollan en el marco de uno o varios equipos de trabajo. Aspecto que también ha sido valorado por estudiantes de otras regiones españolas donde lo han puntualizado como una competencia fundamental para desarrollar la labor dentro de los grupos multidisciplinares y compuestos por un alto número de profesionales que conforman la atención sanitaria (Pérez y García, 2015).

Los estudiantes portugueses valoran muy positivamente la dimensión de *Rol de Ayuda*. Cinco de los ítems con mejores puntuaciones se encuentran dentro de esta dimensión, quizás por influencias de su plan formativo y por la preocupación recogida en sus planes de estudios en lo relacionado con la educación para la salud. El importante papel que los profesionales juegan en la población a las que atiende, se transmite al alumnado tal como se recogen en otros estudios (García, 2016), reforzándose la idea del cuidado holístico e integral al paciente, algo que caracteriza a la profesión enfermera, y transmitiéndose al resto del equipo multidisciplinar al que confiere un matiz diferente.

La investigación y la calidad, en los últimos años, como se recoge en los resultados, han adquirido un importante peso dentro de la formación académica. Sin embargo, obtiene percepciones bajas por parte de los estudiantes, lo que coincide con el resultado de otros estudios previos (Pérez y

García, 2015). Este dato refleja la existencia de una incongruencia importante, ya que, a pesar de existir unos planes de estudios donde todas estas competencias son básicas y tienen asignadas un número importante de créditos, el alumnado no las percibe como integradas dentro de su aprendizaje. Si estos datos los relacionamos con el modelo de Benner, podría explicarse por el hecho de que son competencias complejas que pertenecen a un nivel superior al de principiante, siendo fundamental la práctica asistencial para permitir, a una enfermera, fusionar el saber con el saber hacer.

El ítem *Contribuir al desarrollo de Guías Clínica*, obtiene una valoración muy baja. Este resultado es esperable, lo mismo que ocurre en las relacionadas con el *Diseño y la realización de programas de orientación dentro de las unidades de trabajo, Entrenamiento a otros miembros del equipo, Instrucción a otros estudiantes*. Es coincidente con otros estudios (Rivera, 2013, de Souza-Cruz y Mariscal, 2016) que ratifican la clasificación de Benner y en la que se especifica que *Los principiantes apenas pueden hacerse cargo de la situación y van adquiriendo madurez para mantener el entorno clínico organizado y para coordinar exigencias más complejas como la educación, una vez que han alcanzado el nivel de competente necesario*.

Asimismo, en el estudio de Arrigoni et al (2017) también se detecta que las diferencias principales entre enfermeras experimentadas y principiantes se encontraban en los ítems: *Desarrollar Programas de Orientación para las Nuevas Enfermeras, Entrenar a otros miembros del equipo para dominar situaciones rápidamente cambiantes y Proporcionar consejo al Equipo de Atención*, como indica Benner.

En Huelva, los estudiantes perciben con un bajo nivel aquellos ítems relacionados con la Educación para la Salud a pesar de contar en el Plan de Estudios con tres asignaturas relacionadas: Enfermería Comunitaria I, Enfermería Comunitaria II y Diferencias y Desigualdades en Salud y Estrategias

de Promoción de la salud, con un peso total de 18 ECTS del total de los 360 del programa formativo del Grado.

4.4 Descripción de la Frecuencia de Utilización

La frecuencia total percibida en la utilización de competencias, se puede considerar aceptable, siendo la opción de *Utilizado ocasionalmente* la más manejada.

Las dimensiones mejor valoradas han sido *Rol de Ayuda, Función diagnóstico, Gestión de situaciones y Rol de Trabajo* y las peor valoradas han sido *Enseñanza/Entrenamiento, Intervenciones Terapéuticas y Garantía de Calidad*. Estos resultados coinciden con otros estudios, como el llevado a cabo por Rivera (2013) para quien, la frecuencia de utilización se relaciona con el nivel de percepción de competencias. En nuestro estudio observamos que son las dimensiones que obtienen menores puntuaciones donde el nivel de implementación también es baja y viceversa.

Entre los ítems con una frecuencia de utilización inferior, están aquellos relacionados con la coordinación, evaluación, entrenamiento a otros miembros del personal y realización de guías o protocolos; aspectos demostrados en otros estudios, en los se corrobora que los estudiantes se sienten más implicados con todo lo relacionado con la atención directa al paciente y familia que con la investigación, enseñanza y la gestión de calidad. Este hecho puede ser el motivo por el que la percepción del *Rol Profesional* lo obtienen principalmente mediante prácticas clínicas que están más enfocadas a la adquisición de otro tipo de habilidades más actitudinales, lo que indica que es necesario un nuevo planteamiento en la formación y en los planes de estudio.

Estos resultados coinciden con los del proyecto llevado a cabo en Europa (EHTAN) cuyo objetivo era medir las competencias generales de las enfermeras en países como Alemania, España, Grecia, Reino Unido y Bélgica. El estudio realizado refleja que las puntuaciones menores de competencia e

implementación, fueron obtenidas para las categorías de investigación, desarrollo, evaluación y promoción de la salud (Cowan, Wilson y Norman, 2007).

Estos datos sugieren que el problema en la implementación tiene su origen en las sesiones teóricas que persisten a través del tiempo, planteándose la necesidad de revisar los modelos educativos y las estrategias de aprendizaje de los planes de estudio para intentar concienciar al estudiante de la necesidad de investigar.

Sería necesario considerar la adecuación de la escala de medida de la frecuencia para obtener una mayor precisión, pudiéndose utilizar el mismo formato de escala visual empleado para medir el nivel de competencia, mejorando tanto la precisión de la información como la evaluación de las asociaciones entre ambas. Asimismo, debería diferenciarse la opción *No aplicable*, distinguiendo entre el hecho de que no se utiliza o si no es aplicable porque no se puede utilizar (Dellai, Mortai y Meretoja 2009; Castillo, 2011; Rivera; 2013),

4.5 Descripción del entorno

La práctica profesional es el espacio de conocimiento por excelencia y el escenario más privilegiado para la actuación enfermera. Posee un componente esencial que permite al estudiante, a través de una atención individualizada, adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el ejercicio de la profesión. El proceso de aprendizaje requiere de una auténtica colaboración entre quien enseña y quien aprende (Patiño et al, 2011). Todo esto justifica la necesidad de profundizar en la percepción que tienen los estudiantes del entorno práctico clínico para favorecer una verdadera integración teórico-práctica.

A nivel global, la valoración del entorno a través del cuestionario *PES-NWI*, ha sido positiva, considerándolo en términos generales, como un resultado

adecuado para poder implementar las competencias. Aunque hay otro 44.8% de estudiantes que lo cuestionan, esto plantea la necesidad de continuar indagando sobre los factores que influyen en los entornos de prácticas y la influencia sobre el aprendizaje, quedando demostrada la importancia que los estudiantes atribuyen a los entornos de prácticas en todo el proceso de aprendizaje. La investigación cualitativa llevada a cabo por Serrano (2010), lo confirma.

Estos datos sobre el entorno se corresponden con los resultados obtenidos con profesionales en proyecto español RNCAS (Fuentelsanz-Gallego, et al, 2012), cuyo objetivo era conocer la percepción que las enfermeras que trabajaban en los hospitales del Sistema Nacional de Salud tiene sobre su entorno de trabajo y sobre la calidad de los cuidados prestados.

La dimensión mejor valorada, si tenemos en cuenta la suma de frecuencias de *Totalmente de Acuerdo y De acuerdo*, sería la categoría de *Liderazgo y Gestión* con un total de 65.59%. La peor valorada sería Reconocimientos y Recursos con un 50.47%. Estos datos son similares a los obtenidos en los estudiantes colombianos donde los factores mejor valorados fueron *Liderazgo y Gestión y Calidad del Cuidado* (Rivera, 2013), esto deja claro que los estudiantes toman conciencia de estas categorías una vez se relacionan con la práctica.

Por ítems, los estudiantes valoran muy positivamente los profesionales con los que trabajan (otorgan un 79% al ítem *Se trabaja con enfermeros clínicamente competentes*). Este dato confirma la idea de Corominas et al (2006) quien deja claro que los profesores que interactúan con el alumnado durante el proceso formativo en el practicum, juegan un papel fundamental (como estimuladores, facilitadores y motivadores para el aprendizaje), ya que los ayudan a reflexionar sobre los cuidados, los procedimientos y las actividades que estos llevan a cabo durante las prácticas y, además, les sirven de guía en el proceso de descubrimiento y construcción de conocimientos con significado, transmitiéndoles la idea de *La filosofía de Enfermería que busca promover el cuidado*. Tal como comenta Ludín (2016) y Fuentes-Pumarola et al (2016), los

profesores clínicos son factores determinantes en la calidad de la experiencia del aprendizaje clínico de los estudiantes, donde la retroalimentación entre los diferentes componentes es fundamental

Los estudiantes evalúan positivamente la labor de los profesionales a nivel de educación y son conscientes tanto de la participación de estos en la toma de decisiones, como en el hecho de la creación de guías y manejo de protocolos institucionales. Ocurre lo mismo con los representantes de la gestión que obtienen una alta valoración, ya que apoyan y dialogan con las enfermeras, y además utilizan los errores como oportunidades de mejora. Sin embargo, estos perciben que, en su nivel competencial, como ya se ha comentado con anterioridad, no tienen adquirida esa competencia, demostrándose una vez más la influencia del entorno dentro de la formación y dejando claro que hay ciertas actitudes que se valoran y desarrollan mejor cuando se observan en la práctica. Las relaciones entre disciplinas, sobre todo médicos y enfermeras, están valoradas positivamente, lo que significa un cambio importante, probablemente por el hecho de realizar las prácticas en entornos universitarios y por la coincidencia de estudiantes de éstas disciplinas.

Por otra parte, otro aspecto que favorece las relaciones interdisciplinarias, se encuentra en la complejidad que actualmente tienen los Servicios de Salud, que obligan a la integración en un equipo multidisciplinar para poder abordar de manera integral a los pacientes con procesos crónicos y que necesitan una atención de diferentes profesionales y en entornos diferentes para poder dar respuestas adecuadas a sus procesos.

Están de acuerdo con el sistema de asignación enfermera-paciente, ya que favorece la continuidad del cuidado. Esto ratifica lo transmitido desde la teoría y que después es necesario poner en práctica. Se trata de realizar el cuidado integral del paciente en donde lo importante no son las patologías sino las personas.

En las influencias del entorno, es detectado como aspectos negativos los siguientes ítems: *Un número insuficiente de profesionales que no permite brindar Cuidados de Calidad; No existe programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros que ingresan en la institución; No se motiva a los profesionales; Escasos recursos, No tiempo ni oportunidad para discutir dudas.* Estos resultados pueden extrapolarse al mundo profesional, no sólo en España, sino a nivel mundial, tal como exponen Pérez-Campos, Sánchez-García y Pancorbo-Hidalgo (2013). Este pensamiento se encuentra en línea con la crisis mundial de los recursos humanos en Enfermería que se caracteriza, principalmente, por la escasez de enfermeras lo que genera entornos de trabajo poco saludables (Gómez, Cometto, y Cerino, 2015). Tal como identificó la Academia estadounidense de Enfermería, en los hospitales donde las enfermeras señalaban los entornos de manera positiva, presentaban menores índices de agotamiento, mayor satisfacción en el trabajo y mejores resultados con los pacientes. Estos índices, evidentemente, repercute en el aprendizaje del alumno que se siente más apoyado e integrado cuando las condiciones laborales de los profesionales mejoran, tal como comenta Serrano Gallardo (2010). Los entornos de prácticas saludables son elementales para tener experiencias satisfactorias de aprendizaje clínico.

En Europa, se llevó a cabo el proyecto RN4-CAST (Sermeus et al, 2011), cuyo fin era determinar las necesidades enfermeras tanto en número como en cualificación, en un contexto europeo. Los resultados coinciden respecto a la negativa valoración en lo relacionado al número y adecuación de recursos. En España, el 55% de las enfermeras indicaron estar moderadamente satisfecha con su trabajo, un 33% algo o muy insatisfecha, datos que son similares a los obtenidos por nuestro estudio y que se asemejan, igualmente, a los obtenidos a nivel europeo.

4.6 Relación entre el Nivel de Percepción de Competencia y Frecuencia de Utilización.

En esta investigación, se confirma que existe una relación entre la Percepción y la Implementación de Competencias, ratificándose que las enfermeras que obtuvieron mayor nivel de competencia también obtuvieron una mayor frecuencia de uso estas, este resultado coincide con otros estudios internacionales como los realizados por Meretoja y Leino-Kilpi (2003), Meretoja et al., (2004,2015), Hensberger et al (2008), Salonen et al., (2007), Wangensteen et al, (2012), Numminen et al, (2013), Koskinen et al., (2014), de-Souza-Cruz y Mariscal, (2016).

4.7 Relación entre el nivel de percepción de competencias y el entorno

En esta investigación, a nivel global, existe relación entre el entorno y la adquisición de competencias, confirmándose el resultado con otros estudios que afirman que los entornos de prácticas con altas presiones a la hora de trabajar, donde la carga de trabajo sea importante, pueden dificultar el aprendizaje en la práctica clínica (Chuan y Barnett, 2011) y de otros que han demostrado que las percepciones positivas sobre el entorno se asocian a un mayor nivel competencial (Meretoja et al, 2015).

Por universidades, aunque existe relación entre entorno y nivel de competencia, es cierto que la fuerza de la asociación es débil. Además, existen dimensiones para las que esta relación es nula, entre ellas *Rol de Ayuda*, lo que indica que los estudiantes trabajan de manera integral, independientemente del entorno tal como se explica por Rivera (2013), citando a Roxburg (2014). Las facetas del entorno que más se relacionan con la percepción de competencias son *Reconocimientos y Recursos y Calidad del Cuidado*.

4.8 Relación entre Frecuencia de Utilización y Entorno.

Los resultados demuestran que existe una relación directa entre frecuencia de utilización y entorno, en las universidades de Huelva y Sevilla, en línea con otros estudios (Rivera, 2013; Hunter et al, 2016). Es pues necesario crear un vínculo entre universidad e instituciones sanitarias con el objetivo de prestar una formación que facilite el desarrollo integral del alumnado a la vez que su capacidad para ir afrontando, cada vez, retos más complejos. Esto coincide con el estudio de Levett-Jones, Pitt, Courtney-Pratt, Harbrow, Rossiter (2015), quienes añaden la necesidad de planificar correctamente las prácticas para evitar situaciones estresantes para el alumnado.

4.9 Relación entre el Nivel de Competencia y las diferentes Universidades.

El nivel de competencias percibido por los estudiantes es diferente dependiendo de la universidad donde estén matriculados. Este hecho está relacionado, como se hemos comentado anteriormente, con la diferencia existente entre los planes de estudios. Se refleja, sobre todo, en la dimensión *Rol de Ayuda* y entre las universidades andaluzas con la del Algarve Portugués.

4.10 Relación entre el Nivel de Competencias y las Variables Sociodemográficas y Académicas

Siguiendo la escala analógica, tanto mujeres como hombres perciben su nivel de competencias como buena. Sin embargo, la media es algo más alta en la población femenina con un 71.22 que en los hombres con un 67.55. No existe una diferencia marcada con respecto al estado civil, ya que la media de la percepción de las competencias oscila entre 70.48 en los solteros y 75.19 en los casados.

En lo que respecta a la influencia de haber estudiado en una u otra universidad, Huelva destaca con una media de percepción más elevada (71.54), seguida de Sevilla (69.83) y Portugal (65.71). Sería necesario identificar el hecho diferencial para obtener los argumentos que permitan a la Facultad de

Enfermería de Huelva, obtener el adecuado nivel de recursos necesarios para mantener dicha situación lo que redundará, sin dudas, no solo en el aumento de la calidad de la docencia sino en el aumento de la satisfacción tanto de alumnado como del profesorado y repercutirá en la planificación y estructuración y coherencia de los planes de estudio.

Con respecto al nivel académico, los estudiantes que se encuentran finalizando el último período formativo, tienen una percepción mayor de sus competencias que sus compañeros que lo están iniciando, esto se complementa con los recorridos que han seguido, dejando claro que cuanto más amplio es, mejor es la percepción sobre su nivel de competencias.

Los estudiantes que han tenido experiencia profesional relacionadas con el mundo sanitario en otras categorías, tienen una percepción menor de sus competencias, quizás por su visión más crítica sobre el entorno. Otros estudios con profesionales, indican que los enfermeros con menos experiencia, tienden a clasificar sus competencias con valores superiores (Meretoja y Leino-Kilpi, 2003).

5 CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha del EEES, la idea de un sistema educativo que permita la libre circulación tanto de estudiantes como de profesionales por todos los países que la integran, ha dejado de ser una ficción para convertirse en una realidad.

Con el fin de adaptarse a ella, la docencia universitaria ha sufrido cambios tanto en la metodología como en los procedimientos educativos que le permiten dar respuestas satisfactorias a las necesidades de la sociedad del conocimiento y donde el término competencias ha adquirido un gran protagonismo convirtiéndose en el elemento clave de todo el proceso.

Este término complejo y abstracto necesita un modelo de evaluación que integre todos sus componentes, lo que conlleva la necesidad de una mayor implicación de todos los elementos del proceso formativo, para evaluarlo de una forma adecuada y donde cada uno de los implicados conozca el perfil competencial que se exige en cada nivel, así como contar con herramientas que permitan diagnosticar las capacidades del estudiante, introducir ajustes de mejora y comprobar los logros del aprendizaje.

Conocer la percepción de los estudiantes sobre su nivel de competencias y su capacidad de implementación en la práctica, permite detectar y corregir necesidades formativas para facilitar un aprendizaje englobando conocimientos, actitudes y habilidades para un desarrollo académico acorde con el nivel académico en el que se encuentren.

Tanto la *Nurse Competence Scales* (NCS) como el *PES-NWI* para la valoración del entorno, han demostrado una excelente fiabilidad interna, aunque como todo instrumento de medida precisan de validación constante y especialmente el refinamiento del constructo teórico.

La muestra del estudio está compuesta mayoritariamente por mujeres. Las personas estudiadas son solteras, cuentan con escasa experiencia laboral y

decidieron estudiar el Grado en Enfermería como primera opción en un porcentaje elevado, cumpliéndose en general sus expectativas sobre la titulación.

Los participantes revelaron un buen nivel de competencias en las tres universidades, poniendo de manifiesto que se alcanzan los objetivos de pregrado.

Las puntuaciones más bajas, comunes en las tres universidades corresponden a las dimensiones: Garantía de Calidad, Intervenciones Terapéuticas y Enseñanza/Entrenamiento. Probablemente debido a que pertenecen a un mayor nivel competencial.

Existe, no obstante, variabilidad en la adquisición de las mismas, entre los propios estudiantes y entre las distintas universidades.

Los estudiantes se sienten seguros en las competencias básicas, son capaces de resolver problemas de forma autónoma y flexible, además de colaborar con el entorno profesional. Las dimensiones mejor valoradas son *Rol de Ayuda* en Portugal, *Rol de Trabajo* en Huelva y *Función de diagnóstico* en Sevilla. Los ítems más valorados son los relacionados con las competencias básicas, mantener el instrumental en buenas condiciones y reconocer las propias limitaciones. Asimismo, *El trabajo en equipo* es considerado como competencia transversal básica para el desarrollo de la labor dentro de los grupos multidisciplinares. Los estudiantes son conscientes de la importancia de la necesidad de la práctica clínica y la formación para adquirir un pensamiento más crítico y reflexivo.

Los estudiantes de la Universidad de Huelva perciben un bajo nivel competencial en *Educación para la Salud*.

El uso de las nuevas tecnologías es valorado muy positivamente en las universidades de Huelva y Sevilla.

El grado de implementación de las competencias, adquiridas en las universidades de Huelva y Sevilla, se relaciona con una alta percepción de las mismas, siendo las dimensiones de Investigación, Gestión y Formación donde esa relación ha sido menor.

Existen diferencias entre Andalucía Occidental y el Algarve portugués, que pueden ser debidas a discrepancias entre los planes formativos.

La percepción del entorno por parte del alumnado, es buena, valoran positivamente la categoría de Liderazgo y Gestión. Reconocen la labor de los gestores, sin embargo, no perciben esas competencias como adquiridas. El acercamiento de la teoría a la práctica aumentaría el rendimiento del aprendizaje.

La relación existente entre entorno y percepción de competencias, es mayor en cuanto al grado de implementación. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de consolidar la unión entre teoría y práctica, iniciada en el proceso de Bolonia, con la intención de facilitar una formación integral.

Los profesionales son referentes del alumnado, la figura del tutor clínico es por tanto muy importante en el desarrollo del aprendizaje práctico-clínico y deben ser profesionales expertos en la materia.

La formación en competencias no puede reducirse a una formación práctica, debe tener una base sólida de conocimientos, dentro de los cuales, la experiencia basada en la evidencia científica, sea considerada pieza clave dentro del proceso de aprendizaje.

Se confirma la idea de no crear un sistema educativo único en el EEES, sino conseguir aumentar su compatibilidad y comparabilidad respetando la diversidad.

Es evidente la necesidad de revisar los modelos educativos de los planes de estudio actuales al objeto de conceder mayor peso formativo a la Investigación y a la Gestión.

6 FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta los resultados y las conclusiones de esta investigación, con respecto a las características de la *NCS*, en un futuro, sería conveniente continuar con el análisis factorial confirmatorio para revisar el constructo teórico según se agrupan los ítems y valorar su pertinencia, la globalidad de la escala y su agrupación por dimensiones tanto en la versión española como en la portuguesa.

También sería deseable seguir profundizando en este tema a través de la combinación de métodos cualitativos con paneles de expertos para determinar si es oportuno la eliminación o la reformulación de los mismos en función de las características contextuales o culturales donde se utilice el instrumento. Además, sería necesario considerar la adecuación de la escala de medida de la frecuencia para obtener una mayor precisión, pudiendo utilizar el mismo formato de la escala visual empleada para medir el nivel de competencias, mejorando, tal como exponen Dellai, Mortai y Meretoja, (2009); Rivera (2013) la precisión de la información como la evaluación de las asociaciones entre ambas.

Sería interesante el realizar una réplica de esta investigación con profesionales noveles y expertos que permitiese confirmar la validez del *Modelo Teórico de Principiante a Experto*, así como la diferencia en la percepción de las competencias según el nivel en el que se encuentre.

Así mismo, sería adecuado poder determinar la importancia de la implicación del tutor clínico en la adquisición de competencias de los estudiantes durante los períodos de práctica clínica.

7 BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). Documento General de Certificación de competencias. Sevilla: ACSA, Junta de Andalucía. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_profesionales/download/CondicionesServicio_ME_P.pdf

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería. Madrid: ANECA.

Agencia Nacional de Evaluación y Calidad. (2013). Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje. Madrid, España: ANECA. Disponible http://www.aneca.es/content/download/12765/158329/file/learningoutcomes_v02.pdf.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., y Sloane, D.M. (2001). Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Health Hum Serv Adm*, 23(4), 416-42.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L.; Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., y McHugh, M.D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9,931), 1824-1830.

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, DM, Smith, HL, Flynn, L., y Neff, D.F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med. Care*, 49 (12), 1047-53.

Alexander M; Carol F. Durham; Janice I. Hooper; Pamela R. Jeffries; nathan Goldman; Suzan Kardong-Edgren; Karen s. Kesten, Nancy Spector; elaine Tagliareniradtke Beth; and Crystal Tillman. (2015). NCSBN Simulation

Guidelines for Prelicensure Nursing Programs. *Journal of Nursing regulation*, 6 (3), 39-42.

Allen, J., Ramaekers, G. y Van Der Velden, R. (2005). Measuring competencies of Higher Education graduates. *New Directions for Institutional Research*, 126, 49-59.

American Association of Colleges of Nursing. (2004). AACN Position Statement on the Practice Doctorate in Nursing. Washington, EEUU: AACN.

American Nursing Association. (2010) Through Nursing's Safety y Quality Initiative. Washington, EEUU: ANA. Recuperado de <http://www.nursingworld.org>.

Appleby, C. y Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98.

Aristimuño, A. (2004). Las competencias en la educación superior: ¿demonio u oportunidad. *Revista Unimar*, 47, 43.

Arizbeth, G., López, O., Valadez, D., y Martínez, A. (2014). The perception on interdisciplinary relationships by nursing students. *Rev Conamed*, 19(3), 101-108.

Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Investigación y Documentación Histórica En Enfermería*, 14(4), 567-574.

Arrigoni, C., Grugnetti, A.M., Caruso, R., Gallotti, M.L., Borrelli, P., Puci, M. (2017). Nursing students' clinical competencies: a survey on clinical education objectives. *Ann Ig*, 29(3), 179-188.

- Ávalos Martínez, F., Giménez Cervantes, I. y Molina Linde, J. M. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(5), 275-282.
- Avolio de Cols, S., e Iacolutti, D. (2006). *Propuestas para la Enseñanza en la Formación Profesional. Enseñar y Evaluar en formación por Competencias Laborales. Conceptos y Orientaciones Metodológica*. Argentina: Cinterfor.
- Bahreini, M., Moattari, M., Ahmadi, F., Kaveh, MH, Hayatdavoudy, P., y Mirzaei, M. (2011). Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16 (3), 227-34.
- Bartlett, H., Simonite, V., Westcott, E. y Taylor, H. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing* , 9 (3), 369-379.
- Begat, I., Ellefsen, B., y Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 221-230.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en Enfermería: Manual de Comportamiento profesional*. Madrid, España. Grijalbo.
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *J Nurs Scholarsh* 44 (4), 368-75.
- BOJA del 18 de marzo del 2008, de la ADENDA. Boletín Oficial de Andalucía, de 18 de marzo de 2008, nº 54.
- Bonnetterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., y de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure Psychosocial and Organizational Work Factors (POWFs) among

- hospital nurses: a critical review. *Journal of Nursing Measurement*, 16(3), 207-230.
- Boud, D., Keogh, R., y Walker, D. (1985). *Promoting reflection in learning. Reflection: Turning experience into learning*. RoutledgeFalmer: New York.
- Boyatzis, RE (1982). *The competency manager: a model for effectiveness performance*. Nueva York: John Wiley y Sons.
- Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista europea de formación profesional*, (1), 8-14.
- Canadian Nurse Association. (2010). *Canadian Nurse Practitioner. Core Competency Framework*. Ottawa. Canadá
- Cano García, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Revista de Currículum y formación del profesorado*, 1, 1-16.
- Cardona Alzate, L. C. (2011). *Validación de la versión en español del instrumento practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI o "entorno laboral de la práctica de Enfermería*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4827/>
- Carrillo Algarra, A.J, García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I.R., y Yabrudy Wilches, N. (2013). Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice. *Enfermería Global*, 12(32), 346-361.
- Castillo Martínez A. (2011). Percepción de competencias en enfermeras de roting. *Índex de Enfermería*. 20(1-2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962011000100006yscript=sci_arttext

- Castillo S. (2003). *Vocabulario de evaluación educativa*. Madrid: Pearson-Pretince Hall.
- Chuan O.L., Barnett, T (2012). Student tutor and staff perceptions of the clinical learning environment. *Nurse Education in Practice*, 12, 192-197.
- Clarke, S.P.,y Donaldson, N. E. (2008), Nurse staffing and patient care quality and safety. In R. G. Hughes, Patient safety and quality: An evidence- based handbook for nurses. US: Rockville
- Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Bucharest. (2012). 26-27 April. [Internet]. Recuperado de <http://bologna-bucharest2012.ehea.info/background-documents.html>.
- Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education. (2009). Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April. [Internet]. Recuperado de <http://www.ehea.info/cid101040/ministerial-conference-leuven-louvain-neuve-2009.html>
- Compeán,V. (2011). *Autopercepción de Competencias en Estudiantes de Enfermería*. Trabajo Fin de Máster. Huelva, España: Universidad de Huelva.
- Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. (1998). *La educación superior en el siglo XXI. Visión y acción*. 5-9 de octubre de 1998. Tomo I. París, Francia: UNESCO.
- Consejería de Salud. (2006). *Modelo de Gestión por Competencias del sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf

Consejería de Salud. (2010). *III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Consejo Internacional de Enfermería. (2007), Entornos de prácticas saludables: lugares de trabajo de calidad= atención de calidad al paciente, Andrea Baumann, 2007, Ginebra, Suiza. Consultado el 9 de diciembre, 2016, en: <http://www.icn.ch/es/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/>

Constitución Española (1978). (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978).

Corominas Rovira, E., Tesouro i Cid, M., Capell Castañer, D., Teixidó Saballs, J., Pèlach Busom, J., y Cortada, R. (2006). Percepciones del profesorado ante la incorporación de las competencias genéricas en la formación universitaria. *Revista de Educación*, 341, 301-336.

Cowan, D.T., Wilson-Barnett, J. y Norman, IJ. (2007). A European survey of general nurses' self assessment of competence. *Nurse Education Today*. 27(5), 452-8.

Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). (2000). *Declaración de Bologna: Adaptación del sistema universitario español a sus directrices*. [Internet]. Recuperado de <http://www.eees.es/pdf/crue.pdf>

Cuñado Barrio, A., Sánchez Vicario, F., Muñoz Lobo, M. J., Rodríguez Gonzalo, A. R., y Gómez García, I. (2011). Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *Nure Investigación*, 8(52).

De Miguel, M. (2010). *La evaluación como eje del cambio del EEES*. En: Primeras Jornadas Internacionales sobre EEES, evaluación 4 y 5 de febrero en Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya, pp 13-19.

De Pedro Gómez, J., Morales Asencio, J. M., Sesé Abad, A., & Bennasar Veny, M. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing. *Metas de Enfermería*, 12(7), 65-73.

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Abad, A. S., Veny, M. B., Vives, G. A., y Campaner, C. P. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de Enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191-197. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.11.007>

Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de educación Superior Europeo. (1998). *Declaración de la Sorbona* de 25 de Mayo [Internet]. Recuperado de http://www.eees.es/pdf/Sorbona_es.pdf

Declaración de Berlín. (2003). *Declaración para la Educación Superior Europea de 19 de septiembre*. [Internet]. Recuperado de http://www.eees.es/pdf/Berlin_Communique1.pdf

Declaración de Bolonia. (1999). *Espacio Europeo de Educación Superior*. Recuperado de <http://www.eees.es/es/ees-desarrollo-cronologico>

Declaración de Londres 18 de mayo. (2007). *Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world*. [internet] Recuperado de http://www.eees.es/pdf/London_Communique18May2007.pdf

Declaración de Praga, 19 de Mayo. (2001) *Hacia el Área de la Educación Superior Europea*. [Internet] Recuperado de http://www.eees.es/pdf/PRAGUE_COMMUNIQUE.pdf

Declaración de Yerevan (2015). *Educación Superior*, 14 y 15 de mayo de 2015. Recuperado de:

http://media.ehea.info/file/2015_Yerevan/70/7/YerevanCommuniqueFinal_613707.pdf

Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Ministerio de Gobernación. BOE. N° 302

Decreto de 27 de junio de 1952, por el que se organizan los estudios de la carrera de enfermería. Boletín Oficial del Estado, 27 de junio, n° 209.

Dellai, M., Mortari, I. y Meretoja, R. (2009). Self-assessment of nursing competencies of the Finish NCS instrument with italian nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 783-91.

De-Souza-Cruz, M. C., y Mariscal-Crespo, M. I. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 15(41), 121-134.

Dewing, J., y Traynor, V. (2005). Admiral nursing competency project: practice development and action research. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 695-703.

Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, 30 de septiembre de 2005, Diario Oficial de la Unión Europea, 255/22.

Directiva 2013/55 / UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre 2013 que modifica la Directiva 2005/36 / CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) N° 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.

Directiva 80/154/CEE, del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de

matrona y que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios, 2008, Ministerio de la presidencia, nº283.

Donoso Vázquez, T., y Rodríguez Moreno, M. L. (2007). El análisis de las competencias genéricas de profesionales de la psicopedagogía en activo: un ejemplo de formación permanente. *Revista Portuguesa de Pedagogía*, (41-3), 77-99.

Doody, O., Tuohy, D., y Deasy, C. (2012). Final-year student nurses' perceptions of role transition. *Br J Nurs*. 14-27;21(11), 684-8.

Downs, F.S. (1989). New Questions and New Answers. *Nursing Research*, 38: 323.

[Dreyfus, S.E., y Dreyfus, H.L. \(1980\). Un modelo de cinco etapas de las actividades mentales implicadas en la adquisición de capacidades dirigido. California Centro de Investigación de Operaciones Berkeley Univ.](#)

Dreyfus, H.L., y Dreyfus, S.E. (2005). Peripheral Vision. Expertise in Real World Contexts . *Sage Journals* 26 (5), 779-792.

Ducci, M. A. (1997). El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas, 15-26.

Educación, M. D. E., y Deporte, C. Y. (2014). Real Decreto 412/2014, por el que se establece la normativa básica de los procedimientos de admisión a las enseñanzas universitarias oficiales de Grado, 43307-43323. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2014/06/07/pdfs/BOE-A-2014-6008.pdf>

Educational structures in Europe. (2005). Proyecto Tuning. Informe final fase 2.[internet]. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de

http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_Spanish_version.pdf

Declaración de Bergen de 19-20 de mayo. (2005). *El Espacio Europeo de Educación Superior. Alcanzando metas*. [Internet]. Recuperado de: http://www.eees.es/pdf/050520_Bergen_Communique1.pdf

Epstein, R.M., y Hundert, E.M. (2002). Definición y evaluación de la competencia profesional. *JAMA*, 287 (2), 226-235.

Escamilla-Cruz, S. E., Córdoba-Ávila, M. Á., y Castolo, M. C. (2012). Autopercepción de competencias profesionales de alumnos de la Licenciatura en Enfermería. *Revista Conamed*, 17(2), 67-75.

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., y Giovanetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84. Recuperado de <http://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/default.aspx>

Estévez Nénninger, E. H., Acedo Félix, L., Bojórquez Ramírez, M., Corona Martínez, B., García Acosta, C., Guerrero Badilla, M. A., Guillén Álvarez, G., Loroña García, B., Mungarro Matus, J. y Tirado Hamasaki, H. (2003). La práctica curricular de un modelo basado en competencias laborales para la educación superior de adultos. *Revista electrónica de investigación educativa*, 5(1), 1-30. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412003000100002&lng=es&tlng=

Feliú Salazar, P., Rodríguez Trujillo, N. (1994). *Manual descriptivo y de aplicación de la prueba de estilo (PEG01)*. Caracas: Psic Consult.

Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Márquez-Membrive, J., Aguilera-Manrique, G., y Castro-Sánchez, A. M. (2014). Implantación del nuevo

modelo de formación práctico-clínica en Andalucía: una evaluación cualitativa en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia. *Enfermería Clínica*, 24(2), 136-141.

Finotto, S., y Cantarelli, W. (2008). Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale. *Professioni infermieristiche*, 62(1), 41-48.

Francisco del Rey, J. C. (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España
Recuperado de:
<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis>

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., López-Zorraquino, D., Gómez-García, T., y González-María, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22(5), 261-268.

Gallego, G. A. (2007). Aportaciones del Comunicado de Londres en el proceso de Bolonia: conclusiones sobre los programas de doctorado y otros aspectos destacables.
Recuperado de
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63405/1/605839.pdf>

García San Pedro, M. J. (2007). Realidad y perspectivas de la formación por competencias en la universidad. Trabajo de Investigación. Departamento de Pedagogía Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2072/8999>.

García, M. (2016). *Comparativa de competencias exigidas en el Prácticum en el Grado de Enfermería en España y Portugal*. Valladolid, España: Universidad de Valladolid. Recuperado de:
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17798>

- García, San Pedro, M. J. (2010). Diseño y Validación de un Modelo de Evaluación por Competencias en la Universidad. Tesis doctoral. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- García-San Pedro, M. J. (2009). El concepto de competencias y su adopción en el contexto universitario. *Revista Alternativas*. 16, 11–28. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13540/1/ALT%7B_%7D16%7B
- Gea Caballero, V. A. (2015). Elección de elementos esenciales de los entornos profesionales de enfermería en Atención Primaria, mediante el cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). (Tesis doctoral). Alicante, España: Universidad de Alicante.
- George, D., y Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4ª edición). Boston, Allyn y Bacon, referido por Gliem, JA, e Gliem, RR (2003), Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales, Refereed paper for Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education.
- Gibbs, G. y Simpson, C. (2009). Condiciones para una evaluación continuada. Barcelona: Octaedro. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/sites/default/files/docs/qdu/13cuaderno.pdf>
- Gómez del Pulgar M. (2013). Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un Instrumento para el Grado en Enfermería [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Gómez, P. F., Cometto, M. C., y Cerino, S. (2015). Entornos educativos saludables de los estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería Global*, 14(38), 128-139.

- Gómez-Mendoza, M. Á., y Alzate-Piedrahíta, M. V. (2010). La alegre entrada y el irresistible ascenso de las competencias en la universidad. *Educación y Educadores*, 13(3).
- González J., Wagenaar R. (2005) Tuning Educational structures en Europe. Proyecto Tuning. Informe final fase 2 [internet]. Bilbao: Universidad de Deuto. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000100011yscript=sci_arttext
- González Maura, V., y González Tirados, R.M. (2008). Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista iberoamericana de educación*, 47, 185-209.
- González, M. E., Amezcua, M., y Siles, J. (2010). El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. *Temperamentum*, (12), 1-14.
- Gonzi, A. A. J (1996). Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia.
- Guedes, F., Colaço, J., Vicente, G., Colaço, A., Vale, C., Sotto-Mayor, J., y Brás, A. (2004). A Enciclopédia, Vol. 4. Lisboa: Editorial Verbo.
- Havens, DS, Warshawsky, N., y Vasey, J. (2012). El entorno de la práctica de enfermería en los hospitales rurales. *Journal of Nursing Administration*, 42 (11), 519-525.
- Helminen, K., Tossavainen, K., y Turunen, H. (2014). Assessing clinical practice of student nurses: Views of teachers, mentors and students. *Nurse Education Today*, 34(8), 1161-1166.
- Henderson, A., Creedy, D., Boorman, R., Cooke, M., y Walker, R. (2010). [Development and psychometric testing of the Clinical Learning](#)

[Organisational Culture Survey \(CLOCS\)](#). *Nurse Education Today*, 30 (7), 598-602.

Hengstberger-Sims, C., Cowin, L. S., Eagar, S. C., Gregory, L., Andrew, S., y Rolley, J. (2008). Relating new graduate nurse competence to frequency of use. *Collegian*, 15(2), 69-76.

Hernández Cantoral, A., y Zárata Grajales, R. A. (2011). Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. *Enfermería universitaria*, 8(2), 25-32.

Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana.

Hernández Martín, F., Gallego Lastra, R., y Alcaraz González Ruíz, J. (1997). La Enfermería en la Historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 2(1), 21-35.

Hernández, P., y Pastor, J. M. (2011). Características socioeconómicas de los estudiantes de nuevo ingreso de la Universitat de València. *Revista de Innovación Educativa. Universitat de València*, 1, 2.6. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/anejos/article/download/1662/1228>

Hiemstra, R. (1994). Aprendizaje auto-dirigido. *El libro de referencia para el aprendizaje autodirigido*, 9-20.

Hinno, S., Partanen, P., y Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). El entorno laboral de enfermeras hospitalarias, la calidad de la atención prestada y los planes de la carrera profesional. *International Nursing Review*, 58 (2), 283-91.

Hoffart N. y Woods C.Q (1996). Elements of a nursing profesional practice model. *J. Prof Nurs*; 12(6), 354-64.

- Hunter, Arthur. (2016). Clinical reasoning of nursing students on clinical placement: Clinical educators' perceptions. *Nurse Educ Pract.* 18:73-9.
- Instituciones Europeas de la Enseñanza Superior. Perfilando el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. [Internet] 2001. Marzo: 29-30 [consultado 23 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.eees.es/pdf/Salamanca2001.pdf>
- Jara Concha, P., Polanco Abello, O., y Alveal Lagos, M. (2005). Percepción del rol profesional de alumnos de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chilea. *Investigación y Educacion en Enfermeria-Nursing Research and Education-*, 1(23), 57-69.
- Jarrín, O., Flynn, L., Lake, E. T., y Aiken, L. H. (2014). Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical Care*, 52(10), 877.
- Jarvis, P. (2006). Universidades corporativas: nuevos modelos de aprendizaje en la sociedad global. Madrid, España: Narcea Ediciones.
- Joyce-McCoach, JT, y Crookes, PA (2007). El desarrollo de una herramienta para measure'magnetism'in entornos de enfermería de Australia.
- Juguera Rodríguez, L., Díaz Agea, J. L., Pérez Lapuente, M^a L., Leal Costa, C., Rojo Rojo, A., y Echevarría Pérez, P. (2014). La simulación clínica como herramienta pedagógica: percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global*, 13(33), 175-190. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100008&lng=es&tylng=es.
- Juvé, M. E., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M. J., Martí, N., Cuevas, B., de la Fuente, C. y Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing* (ed. española), 25(4), 56-61.

Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., y Leino-Kilpi, H. (2014). Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Education Today*, 34(5), 795-801.

Kennedy, D., Hyland, A., y Ryan, N. (2006). [Writing and Using Learning Outcomes: a Practical Guide. Recuperado de http://sss.dcu.ie/afi/docs/bologna/writing_and_using_learning_outcomes.pdf](http://sss.dcu.ie/afi/docs/bologna/writing_and_using_learning_outcomes.pdf)

K erouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Elsevier.

Koskinen L, Likitalo H, Aho J, Vuorio O, Meretoja R. (2013). The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [Internet]. 20(7), 1-7. Recuperado de : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12093/pdf>

Kramer M y Hafner L.P. (1989). Shared values: impact of staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*; 38(3), 172-7.

Kramer, M., Schmalenberg, C., y Maguire, P. (2010). Fundamentos de un ambiente de trabajo magnética parte 4. *Nurs Adm Q.* 2010 Jan-Mar;34(1), 4-17. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181c95ef4.

Kunh, T. S. 1970. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press.

Lake E.T (2002). Development of the practice environment scale of the NursingWork Index. *Research in Nursing y Health*; 25(3), 176-188.

Lake E.T. y Friese C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res*; 55(1), 1-9.

- Larumbe Andueza, M. D. C. (2014). Gestión por competencias. (TFM) Universidad de Navarra. España <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/14006>
- Lasnier F. Réussir (2000). La formación par competencias. Montreal: Guérin,
- Latrach, C., Soto, P., González, I., Caballero, E., y Inalaf, C. (2009). Aseguramiento de la calidad en la formación de las enfermeras desde la perspectiva de los procesos de Acreditación Nacional. *Ciencia y Enfermería*, XV(2), 79–94.
- Le Boterf G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. París: Editions d'Organisation.
- Le Boterf G. (2001). Ingeniería de las competencias. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Leal Costa, C., Díaz Agea, J. L., Rojo Rojo, A., Juguera Rodríguez, L., y López Arroyo, M. J. (2016). Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente. REDU. *Revista de Docencia Universitaria*, 12(2), 421-451.
- Levett-Jones, Pitt V, Courtney-Pratt, Harbrow, Rossiter. (2015) What are the primary concerns of nursing students as they prepare for and contemplate their first clinical placement experience? *Nurse Educ Pract*;15(4):304-9. doi: 10.1016/j.nepr.2015.03.012.
- Levi-Leboyer, C. (2003). La gestión de las competencias. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Ley 11/1983, de 25 de agosto de la reforma universitaria (LRU). Palma de Mallorca. Boletín Oficial del Estado, 1983, nº209.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003, Boletín Oficial del Estado, nº 128.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, de 22 de noviembre de 2003, Boletín Oficial del estado, nº 280.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.2003, Boletín Oficial del Estado, nº 301.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Boletín Oficial del Estado (1999). Nº298.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, 4 de mayo de 2006, Jefatura del Estado, nº 106.
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, de 13 de abril de 2007, Boletín Oficial del Estado, nº 89.
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional; Jueves 20 junio 2002; Boletín Oficial del Estado núm. 147
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, 24 de diciembre de 2001, Boletín Oficial del Estado, nº 307.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, 2013, Boletín Oficial del Estado, nº295.
- Lima, S., Dip G. Newall, F., Kinney, S., Jordan, H., Hamilton,B. (2014). How competent are they? Graduate nursesself-assessment of competence at the start of their careers. *Collegian* 21, 353-358.

- Liou, Chang, Tsai, Cheng .(2013). The effects of a deliberate practice program on nursing students' perception of clinical competence. *Nurse Educ Today*. 33(4):358-63. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.007
- Ludin, Fathullah.(2016). Undergraduate nursing students' perceptions of the effectiveness of clinical teaching behaviours in Malaysia: A cross-sectional, correlational survey. *Nurse Educ Today*. ;44:79-85. doi: 10.1016/j.nedt.2016.05.007
- Mallart i Navarra, J. (2012). Competències educatives. Revisió conceptual, cronològica i bibliogràfica. *Revista Catalana de Pedagogia*, 249-281.
- Mariscal Crespo, M. I. (2012). Enfermería sin límites, los límites de la Enfermería. *Enfermería Clínica*, 22(3), 115-7.
- Martínez Carretero, J. M. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO). *Educación Médica*, 8, 18-22.
- Martín-Zurro, A. (2006). Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. *Jano*, 1626, 66-71.
- McClelland DC. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *Am Psychol*, 28: 1-14.
- McClure M.L., Poulin M.A., Sovie M.D y Wandelt M (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- McClure M.L., Poulin M.A., Sovie M.D y Wandelt M (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.

- Medina Moya, J. L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería de Albacete*,(15).
- Meretoja, R., Eriksson, E., y Leino-Kilpi, H. (2002). Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 10(2), 95–102. <http://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00299.x>
- Meretoja, R., Isoaho, H., y Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–33. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H (2003). Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(6), 404-9 .
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, 21(4), 350-358.
- Miguel, C. F. S. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia europea: Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encuentros en educación*, 7, 131-153.
- Millar, C .M. I. y Parlett, M. (1974). *Up to the Mark: a study of the examination game*. Society for Research into Higher Education, London.
- Miller G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* , 65: S63-7.
- Ministerio de Educación, cultura y Deporte. (2014). Estadística e informes universitarios. Madrid.
- Ministerio de Educación, cultura y Deporte. La integración del sistema universitario español en el Espacio de Enseñanza Superior. Documento Marco. Madrid. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003.

- Monroy, A. M. (2011). El trabajo de fin de grado como evaluador de las competencias profesionales del enfermero generalista (tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/13137/>
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10).
- Nunes de Oliveira, L. M. (2015). Traducción y validación de la Nurse Competence Scale para la población portuguesa. Un estudio en hospitales portugueses. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. Badajoz. Recuperada de www.dehesa.unex.es
- Omayda, D. C., y Laza, U. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 239–247.
- Orden 4 de Julio de 1955, por la que se dictan las normas para la nueva organización de los estudios de los Ayudantes técnicos Sanitarios. Orden de 4 de Julio de 1955. Boletín Oficial del Estado nº 214.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, 2008, Boletín Oficial del Estado, nº174.
- Orden de 10 de noviembre de 2016, por la que, en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, se crea la categoría profesional estatutaria de Enfermero/a Especialista y se modifica la denominación de las categorías profesionales estatutarias de matrán/a y de enfermero/a de empresa. Junta de Andalucía.nº221.
- Orden de 12 de diciembre de 1978 sobre provisión de puestos de trabajo para funcionarios de la AISS en la Administración del Estado. Presidencia del Gobierno. Boletín Oficial del Estado. nº297.
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la

- educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato, 2015, Boletín Oficial del Estado, nº25.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2014), Education at a Glance 2014: OCDE Indicators, OCDE Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>
- Orts Cortés, M. I. (2011). Validez del contenido del Practice Environment Scale of The Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Alicante, España.
- Osses-Paredes, C., Valenzuela Suazo, S., y Sanhueza Alvarado, O. (2010). Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global*, 9 (1), 1-8.
- Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., & Sarafis, P. (2014). Views and perceptions of nursing students on their clinical learning environment: Teaching and learning. *Nurse education today*, 34 (1), 57-60.
- Parra, D. I., Tiga Loza, D. C., Domínguez Nariño, C. C. y Navas Torres, J. (2016). Evaluación de las competencias clínicas en estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1271-78.
- Patiño, L. E. (2011). La atención a la diversidad en el contexto del aula de clase. Módulo Alternativas pedagógicas. *Manizales, Colombia: Universidad de Manizales. CEDUM*.
- Pedraza Anguera, A. M. (2014). Evaluación de competencias del enfermero especialista en enfermería pediátrica, utilizando la escala ECOEnf (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Pereda Marín, S., Berrocal, F., y López Quero, M. (2002). Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. *Dirección y organización*, (28): 43-54
- Pérez, M.A., García, C. (2015). Valoración de los estudiantes de grado de enfermería sobre las competencias a adquirir durante su formación. *Nure Investigacion*. 12(78), 1-16
- Pérez, R (2016). Enfermería del Trabajo, una Especialidad con muchas posibilidades. *Generación Elsevier*. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/enfermeria-del-trabajo-una-especialidad-con-muchas-posibilidades/>

- Pérez, R. y García, M. (2001). Mejora e innovación del prácticum de Magisterio. I Conferencia en el Symposium Internacional Sobre el Practicum. Universidad de Santiago de Compostela. España.
- Pérez-Campos, M. A., Sánchez-García, I., y Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2013). Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enfermería Clínica*, 23(6), 271-278.
- Perrenoud C. (1999) *Construir competencias desde la escuela*. Santiago de Chile. Chile: Dolmen.
- Pujolàs Maset, P. (2004). *Aprender juntos alumnos diferentes*. Barcelona, España: Editorial Octaedro.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE). (2016). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- Real Decreto 1017/1991, de 28 de junio, por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de matrona o asistente obstétrico de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. Boletín Oficial del Estado, nº155.
- Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado, nº 185.
- Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento europeo al título. 2003, Boletín Oficial del Estado, nº218.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, 2003, Boletín Oficial del Estado, nº 224.

- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial Del Estado*, nº269. Disponible: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, 2007, *Boletín Oficial del Estado*, nº260.
- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el Título Universitario Oficial de Diplomado en enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios. *Boletín Oficial del Estado*, nº278.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial Del Estado*, nº 45.
- Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas, *Boletín Oficial del Estado*, nº 283. Disponible: [http://doi.org/http://www.boe.es/boe/dias/2009/07/21/pdfs/Boletín Oficial del Estado-A-2009-12057.pdf](http://doi.org/http://www.boe.es/boe/dias/2009/07/21/pdfs/Boletín%20Oficial%20del%20Estado-A-2009-12057.pdf).
- Real Decreto 2128/77 de 23 de Julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos sanitarios como Escuelas Universitarias de enfermería en la Universidad. Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de Julio nº200.
- Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios. *Boletín Oficial Del Estado*, nº 183.

- Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, 2015. Boletín oficial del Estado, nº29.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, 2005, Boletín Oficial del Estado, nº108.
- Real Decreto 49/2004, de 19 de enero, sobre homologación de planes de estudios y títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, 2004, Boletín Oficial del estado, nº 19.
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado, 2005, Boletín Oficial del Estado, nº21.
- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado de 25 de enero 2005, Boletín Oficial del Estado, nº 21.
- Real Decreto 592/2014, de 11 de julio, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios. 2014, Boletín Oficial del Estado, nº184.
- Real Decreto 860/2010, de 2 de julio, por el que se regulan las condiciones de formación inicial del profesorado de los centros privados para ejercer la docencia en las enseñanzas de educación secundaria obligatoria o de bachillerato, de 17 de julio de 2010, Boletín Oficial del Estado, nº173.
- Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial Del Estado*, Madrid, 2 de Julio, nº 161.
- Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), Boletín Oficial del Estado, nº55.

- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, 2011, Boletín Oficial del Estado, nº35.
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista, 1987, Boletín Oficial del Estado, nº 183.
- Real Orden de 26 de Junio. Por la que se establecen los estudios y prácticas de la carrera de Practicante. Real Orden de 26 de junio de 1860. Gaceta de Madrid, nº 186.
- Charta, M. (1988). The Magna Charta Universitatum. Rectors of European Universities.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA). Junta de Andalucía. Sevilla. Disponible: <https://www.nuestraenfermeria.es/red-picuida-plan-integral-de-cuidados-de-andalucia/>. (Consultado 26 de abril 2016).
- Ribes, E. (2011). El concepto de competencia. *Revista Bordón*, 63(1), 33-47.
- Roe R.A (2002) What makes a competent psychologist?. *Eur Psychol*, 7(3), 192-202.
- Royo Rojo, A. (2016). Los tutores como agentes de formación en las prácticas de grado en enfermería. (Tesis doctoral). Universidad Católica de Murcia, Murcia, España
- Rosen, MA, Salas, E., Wilson, KA, King, HB, Salisbury, M., Augenstein, JS, y Birnbach, DJ (2008). Medir el rendimiento del equipo en el entrenamiento basado en la simulación: la adopción de mejores prácticas para el cuidado de la salud. *Simulación en Salud*, 3 (1), 33-41.
- Roux G., Halstead, J.A. (2009). *Issues and trends in nursing: essential Knowledge for today and tomorrow*. USA: Jones and Bartlett Learning Publish.
- Roxburgh, M. (2014). Undergraduate student nurses' perceptions of two practice learning models: A focus group study. *Nurse education today*, 34(1), 40-46.

- Rué, J., y Martínez, M. (2005). *Les Titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior [: Sistema Europeu de Transferència de Crèdits (ECTS) (Vol. 1). Univ. Autònoma de Barcelona.*
- Rychen, D. S., y Salganik, L. H. (2003). *Key competencies for a successful life and well-functioning society.* Cambridge. Hogrefe y Huber Publishers.
- Salgueiro, A., Lopes, P., lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Meretoja, R. and Tarkka, M.-T. (2007), Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*, 15: 792–800.201
- San Rafael-Gutiérrez, S., Arreciado-Marañón, A., Bernaus-Poch, E., y Vers-Prat, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería clínica*, 20(4), 236-242.
- Sánchez Castro, J. C. (2014) Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería: "Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES-NWI" (Tesis Doctoral) Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería clínica*, 24(1), 79-89.
- Santiago, M. M. (2009). Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(2), 243-260.
- Santiñá, M., Arrizabalaga, P., Prat, A., Alcaraz, A., Campistol, J. M., y Trilla, A. (2009). Instituto de gestión clínica para las enfermedades nefrourológicas: utilidad de un programa de calidad asistencial. *Nefrología*, 29(2), 118-22.
- Scavone, R., Ausili, D., y Di Mauro, S. (2014). Assessing nurses' competencies: a validation study of the Nurse Competence Scale. *L'INFERMIERE*, 6.

- Sellán, M. (2009). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Madrid. España: FUDEN.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., y Brzostek, T. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. *BMC nursing*, 10(1), 6.
- Serrano-Gallardo, P., Martínez-Marcos, M., Arroyo-Gordo, M. P., y Lanza-Escobedo, D. (2010). Análisis del portafolio como herramienta evaluativa de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en estudiantes de pregrado. *Educación médica*, 13(3), 177-185.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante, España: Aguacilara.
- Snyder, B.R. (1971). *The Hidden Curriculum*. Cambridge, MA: MIT Press
- Solano, M., y Siles, J. (2013). La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(4), 248-252.
- Stevenson, J.S., y Woods, N.F (1986). Nursing science and contemporary science: emerging paradigmas, in G.E Sorenson (Ed), setting the agenda for the year 2000: know ledge development in nursing. Kansas City, MO American Academy of Nursing.
- Sullivan, DT, Hirst, D., y Cronenwett, L. (2009). Assessing quality and safety competencies of graduating prelicensure nursing students. *Nursing de Outlook*, 57 (6), 323-331.
- Tejada Fernández, J., y Navío Gámez, A. (2005). El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(2), 4. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3197116&info=resumen>
- Tejada, J., y Ruiz, C. (2013). Significación del prácticum en la adquisición de competencias profesionales que permiten la transferencia de conocimiento a ámbitos propios de la acción docente. *Rev de Curriculum y Formación del Profesorado*, 17(3):91-110. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/30060#.WR7Mn-Xyi00>

- Tejada, J. (2005). La formación profesional superior y el Espacio Europeo de Educación Superior En J. Tejada, A. Navio y E. Ferrández (coord.). En Nuevos escenarios de trabajo, nuevos retos en la formación. IV Congreso de Formación para el Trabajo (pp. 21-52). Madrid: España.
- Declaración de Leuven/Louvain-la-Neuve (2007). The Bologna Process 2020. The European Higher Education Area in the new decade. Disponible en: https://media.ehea.info/file/20090223Ostend/54/2/BFUG_Board_CZ_19_4_draft_communique_200209_594542.pdf
- Tiffen, J., Corbridge, S., Shen, B. C., y Robinson, P. (2011). Patient simulator for teaching heart and lung assessment skills to advanced practice nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(3), 91-97.
- Torres, J. J., y Perera, V. H. (2010). La rúbrica como instrumento pedagógico para la tutorización y evaluación de los aprendizajes en el foro online en Educación Superior. Pixel-Bit. *Revista de Medios y Educación*, 36, 142-143. Recuperado de <http://www.sav.us.es/pixelbit/pixelbit/articulos/n36/11.html>
- Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C. L., Han K, Liang Y., Gursrs AP y HopKinson S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.*, 40 (7-8), 309-15.
- Vidal Ledo, M.J., Salas Perea, C.R, Fernández Oliva, B.; García Meriño, A.N.(2016). Educación basada en competencias. *Educación Médica Superior*, 30(1).
- Wangenstein, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E., y Nordström, G. (2012). Newly graduated nurses' perception of competence and possible predictors: a cross-sectional survey. *Journal of Professional Nursing*, 28(3), 170-181.
- Yakusheva, O., Lindrooth, R., & Weiss, M. (2014). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Medical Care*, 52(10), 864-869.

- Yanhua, C., y Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), 832-836.
- Zabalegui, A., y Maciá, L. (2010). *Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España*. Castellón de la Plana, España: UJI
- Zabalza, M. A. (2013). *El Practicum y las Prácticas en Empresas en la formación universitaria*. España: Narcea, (38).
- Zabalza, M. A. [2004]. Competencias personales y profesionales en el practicum. Documento de trabajo. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de http://redaberta.usc.es/uvi/public_html/images/pdf2001/zabalza.pdf
- Zaluskas B. y Howes D.G (1992). The effects of implementing a professional practice model. *J Nurs Adm*; 22 (7-8), 18-23.
- Zaragoza, A., Vázquez, M. L., Cowan, D., Corchón, S., y Terraza, R. (2007). Validez y fiabilidad de un instrumento para la autoevaluación de competencias en enfermería: proyecto EHTAN. *Metas de Enfermería*, 10(10), 50-54.

8 Índice de Tablas

<i>Tabla 1: Comparación entre los primeros programas de enseñanza para Enfermeras y Practicantes</i>	10
<i>Tabla 2 Duración de Estudios en Europa.</i>	36
<i>Tabla 3: Directrices para el diseño del título oficial de Grado en Enfermería.</i>	43
<i>Tabla 4: Competencias genéricas. Real Decreto 1393/2007</i>	47
<i>Tabla 5: Componentes de la Competencia</i>	84
<i>Tabla 6: Competencias Genéricas. Proyecto Tuning</i>	88
<i>Tabla 7: Definiciones para el término Evaluación</i>	94
<i>Tabla 8. Componentes Magnéticos y Alcance.</i>	138
<i>Tabla 9. Operativización de las variables socio-demográficas y académicas...</i>	184
<i>Tabla 10: Dominios de la Nurse Competence Scale.</i>	186
<i>Tabla 11. Operativización de las variables dependientes.</i>	188
<i>Tabla 12. Operativización de la variable entorno</i>	190
<i>Tabla 13. Validación de la versión en español del instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>	191
<i>Tabla 14: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale (NCS). Frecuencia de utilización de utilización (FU).</i>	198
<i>Tabla 15: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale</i>	199
<i>Tabla 16: Consistencia interna de la Nurse Competence Scale</i>	200
<i>Tabla 17: Consistencia interna del NCS. FU: Frecuencia de utilización</i>	200
<i>Tabla 18: Consistencia interna ECE. Universidad de Sevilla</i>	201
<i>Tabla 19: Consistencia interna: Frecuencia de Utilización (FU) Universidad de Sevilla</i>	201
<i>Tabla 20: Fiabilidad del cuestionario PES-NWI</i>	202
<i>Tabla 21: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Reconocimiento y Recursos</i>	203
<i>Tabla 22: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Liderazgo y Gestión</i>	204
<i>Tabla 23: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Calidad del Cuidado</i>	205

<i>Tabla 24: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Prácticas y Relaciones Conjuntas.....</i>	206
<i>Tabla 25: Correlación total de elementos corregidos en la dimensión Participación del profesional.....</i>	207
<i>Tabla 26: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad do Algarve ..</i>	207
<i>Tabla 27: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad de Huelva....</i>	208
<i>Tabla 28: Consistencia Interna Entorno (PES-NWI) Universidad de Sevilla.....</i>	208
<i>Tabla 29: Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Escala PES-NWI</i>	209
<i>Tabla 30: Prueba KMO y Bartlett para Competencias.</i>	210
<i>Tabla 31: porcentaje explicado de la varianza</i>	210
<i>Tabla 32: Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Percepción de Competencias</i>	212
<i>Tabla 33 Prueba de KMO y Bartlett de la Escala Nurse ompetence Scale.....</i>	212
<i>34: Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Percepción de Competencias.....</i>	213
<i>Tabla 35: Varianza tota explicada de la Escala de Percepción de Competencias</i>	213
<i>Tabla 36: Prueba de KMO y Bartlett del cuestionario entorno</i>	215
<i>Tabla 37: Varianza total Explicada.....</i>	215
<i>Tabla 38: Prueba de KMO y Bartlett de cuestionario del Entorno.....</i>	217
<i>Tabla 39: Prueba de KMO y Bartlett de cuestionario del Entorno.....</i>	217
<i>Tabla 40: Prueba de KMO y Bartlett de Entorno en Sevilla</i>	217
<i>Tabla 41: Características socioacadémicas.....</i>	225
<i>Tabla 42: Estadísticos descriptivos Puntuación Media Dimensiones de la NCS</i>	227
<i>Tabla 43: Ítems de la escala de la Nurse Competence Scale</i>	229
<i>Tabla 44: Estadísticos descriptivos</i>	234
<i>Tabla 45: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la Nurse Competence Scale (Portugal).....</i>	235
<i>Tabla 46: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la NCS (Huelva)</i>	239
<i>Tabla 47: Estadísticos descriptivos de cada ítems de la NCS (Sevilla)</i>	245
<i>Tabla 48: descriptivos de la Nurse Competence Scale por dimensiones.....</i>	249
<i>Tabla 49: Frecuencia de utilización de la Nurse Competence Scale por ítmes.</i>	250

<i>Tabla 50:</i> Frecuencia de utilización por dimensiones.....	255
<i>Tabla 51:</i> Entorno Laboral en la práctica enfermera, resultados en porcentajes.....	255
<i>Tabla 52:</i> Distribución del entorno por ítems. Universidad de Portugal.....	258
<i>Tabla 53:</i> Distribución del entorno por ítems. Universidad de Huelva.....	260
<i>Tabla 54:</i> Frecuencia de utilización por ítems. Universidad de Huelva.....	263
<i>Tabla 55:</i> Relación entre Nivel de percepción y frecuencia de utilización.	266
<i>Tabla 56:</i> Análisis correlacional entre las Nurse Competence Scale y el entorno PES-NWI.....	268
<i>Tabla 57:</i> Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Portugal.....	270
<i>Tabla 58:</i> Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Huelva.....	272
<i>Tabla 59.</i> Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Sevilla.....	273
<i>Tabla 60:</i> Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale y el entorno PES-NWI en Huelva y Sevilla.....	275
<i>Tabla 61:</i> Análisis correlacional entre las Nurse competence Scale (Frecuencia de utilización) y el entorno PES-NWI.....	276
<i>Tabla 62:</i> Contraste de hipótesis de normalidad de las Nurse Competence Scale.	277
<i>Tabla 63:</i> Relación entre la Nurse Competence Scale y las universidades.	278
<i>Tabla 64:</i> Rangos promedios de las Nurse competence Scale y universidades	278
<i>Tabla 65:</i> Relación entre las dimensiones de la NCS y la experiencia profesional	280
<i>Tabla 66.</i> Rangos promedios de percepción de competencias.....	281
<i>Tabla 67</i> Estadísticos de prueba ^a Universidad.....	282

9 Índice de Gráficos

Gráfico 1: Los Agentes del Practicum	156
Gráfico 2: Sedimentación de la Escala de Percepción de Competencias	211
Gráfico 3: Sedimentación en Frecuencia de Utilización	214
Gráfico 4: Gráfico de sedimentación del entorno	216
Gráfico 5: Distribución de los participantes por universidades.....	218
Gráfico 6. Distribución por edad.	219
Gráfico 7: Distribución de la población por Sexo	220
Gráfico 8: Distribución según Estado Civil	220
Gráfico 9: Distribución según elección.....	221
Gráfico 10: Titulaciones elegidas como primera opción.....	222
Gráfico 11: Expectativas con la titulación.....	223
Gráfico 12: Motivaciones para elegir el Grado en Enfermería	224
Gráfico 13: Distribución según unidades	226
Gráfico 14: Estadísticos descriptivos.....	228

10 Anexos



10.1 Consentimiento Informado - España

A través de este consentimiento, se le proporciona la información necesaria para participar en el estudio: ***“Percepción de las competencias adquiridas en la práctica clínica, en relación con el entorno, por estudiantes de Enfermería”***. Esta investigación tiene como objetivo describir la percepción de los estudiantes de Grado de Enfermería sobre la adquisición de competencias en la práctica clínica y la influencia del entorno en su aprendizaje práctico. Este proyecto se inició hace ya varios años en España y algunos países de Latinoamérica, y en esta nueva fase se ha ampliado parte del estudio al Sur de Portugal, concretamente en la Escola Superior do Saúde de la Universidad do Algarve.

La investigadora principal y coordinadora del Proyecto es la Dra. María Isabel Mariscal (mariscal@uhu.es), profesora titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva (España) y las personas de contacto para la recogida de datos en esta nueva etapa son las profesoras Piedras Albas Gómez Beltrán (alba.gomez@denf.uhu.es), profesora asociada y Rafaela Camacho Bejarano (rafaela.camacho@denf.uhu.es), Profesora Ayudante Doctor ambas de la UHU y la prof. Emília Costa (icosta@ualg.pt), profesora Asociada de la Escola do Saúde de la Universidad do Algarve. Para cualquier información adicional sobre el proyecto pueden contactar con nosotras a través de los correos electrónicos facilitados.

Este cuestionario consta de tres partes: la primera parte recoge los datos socio-académicos de cada estudiante; la segunda es una escala que mide la percepción que tiene cada estudiante sobre su grado de adquisición de competencias hasta el momento actual, para lo cual ha de contestar a una serie de afirmaciones con una escala tipo likert con valores del 1 al 10 donde el cero equivale no adquirida y el

10 completamente adquirida; y por último, una escala de valoración del entorno clínico donde hasta han realizado sus prácticas clínicas, siempre desde una visión general, sin centrarse en unidades en concreto y han de contestar según su grado de conformidad con la afirmación planteada. **ES IMPORTANTE RESPONDER SIEMPRE DESDE LA VISIÓN COMO ESTUDIANTE Y EN BASE A VUESTRA EXPERIENCIA GLOBAL.**

Asimismo, le informamos que:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Podrá retirarse cuando quiera.
- Los datos obtenidos recibirán un trato absolutamente confidencial.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!

*****IMPORTANTE:** Esta hoja informativa es para el estudiante y la siguiente debe ser entregada, separada del cuestionario al equipo investigador.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas has sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. A continuación expreso mi deseo de participar en este estudio de investigación:

SI ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

(marque con una cruz si acepta participar en el estudio

10.2 Consentimiento Informado - Portugal.



INFORMAÇÃO

(DOCUMENTO PARA O ESTUDANTE)

Neste documento informativo, pretendemos facultar as informações necessárias para a participação voluntária no estudo: "**A perceção das competências adquiridas pelos estudantes de Enfermagem em contexto de ensino clínico**". Esta pesquisa tem como objetivo descrever a perceção de estudantes de licenciatura em Enfermagem sobre a aquisição de competências no decurso do Ensino Clínico e a influência do ambiente de aprendizagem nessa aquisição. Este projeto teve início há vários anos em Espanha e em alguns países da América Latina, e nesta nova fase do estudo expandiu-se ao sul de Portugal, especificamente à Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

O investigador principal e coordenador do projeto é a Dr.^a Maria Isabel Mariscal (mariscal@uhu.es), professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Huelva (Espanha) e as pessoas de contacto para a recolha de dados nesta fase da investigação são os professores Piedras Albas Gomez Beltran (alba.gomez@denf.uhu.es), Professora Associada e Rafaela Camacho Bejarano (rafaela.camacho@denf.uhu.es), Professora Assistente de Doutor ambas da Universidade de Huelva e a Professora Emília Costa (eicosta@ualg.pt), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. Para mais informações sobre o projeto podem entrar em contato os investigadores indicados através dos e-mails fornecidos.

Este questionário é composto de **três partes**: a primeira parte inclui os dados sócio académicos de cada estudante; a segunda é uma escala que avalia a perceção de cada estudantes sobre o seu grau de aquisição de competências até ao momento, esta escala é constituída por um conjunto de afirmações acompanhadas de uma escala tipo Likert com valores de 1 a 10, em que o 1 significa que aquela competência não foi de todo adquirida e o 10 que a competência mencionada foi totalmente adquirida; para terminar apresenta-se uma escala de avaliação do(s) contexto(s) onde até agora o estudante realizou o(s) seu(s) Ensino(s) Clínico(s), devendo este responder às afirmações em consonância com o seu grau de concordância, sempre a partir de uma visão geral, sem se focar em unidades

específicas. **É IMPORTANTE RESPONDER DESDE A SUA PERSPETIVA COMO ESTUDANTE E SEMPRE COM BASE NA SUA EXPERIÊNCIA GLOBAL.**

Sublinhamos também que:

- A sua decisão de participar no estudo é totalmente gratuita e voluntária.
- Não haverá consequências adversas para si, se não aceitar o convite.
- Poderá decidir não continuar a participar a qualquer momento.
- Os dados obtidos nesta investigação têm um carácter absolutamente confidencial.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

CONSENTIMENTO INFORMADO

(Documento a ser dado aos investigadores)

Por este meio, eu _____ tive a oportunidade de ler e compreender as informações que me foram dadas e as minhas perguntas foram respondidas de forma satisfatória. Fui informado(a) e compreendi que os dados obtidos no estudo podem ser publicados ou divulgados com fins científicos. Desta forma, expressei meu desejo de participar neste estudo de investigação:

Assinale se concordar em participar do estudo

10.3 Cuestionario de variables socioacadémica. Versión Española



Este estudio forma parte de un Proyecto de Investigación Educativa, coordinado por la Universidad de Huelva, y cuya investigadora principal es la profesora Dra. M. Isabel Mariscal Crespo.

La presente encuesta tiene por objeto obtener información, sobre la percepción de competencias y su frecuencia de aplicación en relación con el entorno de prácticas en estudiantes de Enfermería. Consta de tres partes: datos socioacadémicos, escala de percepción y utilización de competencias y escala de valoración del entorno clínico. Los datos serán tratados con todas las garantías de anonimato y confidencialidad.

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIOACADÉMICAS

1- Edad:

2- Sexo:

Hombre

Mujer

3- Estado Civil:

Soltera/o Casada/o Divorciada/o Otros _____

4. Indica en que cuatrimestre te encuentras _____

5. Indica a que Universidad perteneces _____

6. ¿Elegiste estudiar Enfermería como tu primera opción?

Si

No

¿Cuál fue tu Primera opción? _____

7. Si la respuesta es SI, ¿por qué la elegiste?

8. ¿Sigues entusiasmado con la carrera y cumple tus expectativas?

9. ¿Tienes experiencia laboral en el campo sanitario?

No Pasa a la pregunta 15

Si Contesta las pregunta 10, 11, 12, 13 y 14

10. Tiempo de experiencia laboral en el campo sanitario (años o meses) _____



11. ¿Trabajas actualmente en el campo sanitario? Si No

12. Tipo de centro en el que trabajas actualmente

Hospital Atención Primaria Residencia de ancianos Otros Especificar__ _____

13. Antigüedad en el centro de trabajo actual (años o meses) _____

14. Área o servicio del hospital donde trabajas _____

15. Indica aquellos servicios por los que has pasado durante las prácticas clínicas:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Infecciosos | <input type="checkbox"/> Ginecología y Obst. |
| <input type="checkbox"/> Quirófanos | <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis |
| <input type="checkbox"/> Centros de Salud | <input type="checkbox"/> Neonatología | <input type="checkbox"/> Oncología |
| <input type="checkbox"/> UCI | <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Otros. Cual _____ |
| <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Consulta Externas | |

10.4 Escala de Competencia Enfermera – Versión Española



Universidad de Huelva
Facultad de Enfermería

ESCALA DE COMPETENCIA ENFERMERA

Conteste en cada pregunta su autopercepción de nivel de competencia y su frecuencia de aplicación en las prácticas clínicas.

ROL DE AYUDA

1. Planificar el cuidado del paciente de acuerdo con las necesidades individuales.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable en mi trabajo Utilizado muy pocas veces Utilizado Ocasionalmente Utilizado muy a menudo

2. Apoyar las estrategias de afrontamiento del paciente.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

3. Ser crítico con la propia metodología enfermera.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

4. Modificar el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades individuales del paciente.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

5. Utilizar la evidencia científica enfermera en el cuidado del paciente.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

6. Realizar reportaciones para el desarrollo de los cuidados en la unidad de trabajo.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo



7. Tomar decisiones guiadas por valores éticos.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

ENSEÑANZA/ENTRENAMIENTO

8. Planificar cuidadosamente las necesidades de educación del paciente.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

9. Encontrar el momento óptimo para la educación del paciente.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

10. Dominio de la información que se proporciona en la educación al paciente.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

11. Proporcionar educación individualizada al paciente

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

12. Coordinar la educación al paciente

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

13. Evaluar los resultados de educación del paciente

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

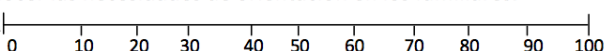
14. Llevar a cabo la educación del paciente en la unidad de trabajo

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

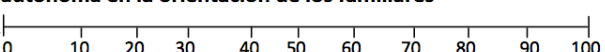
15. Ser capaz de reconocer las necesidades de orientación en los familiares.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

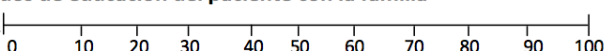
16. Actuar de manera autónoma en la orientación de los familiares

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

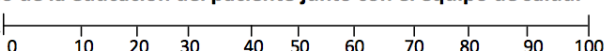
17. Evaluar los resultados de educación del paciente con la familia

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

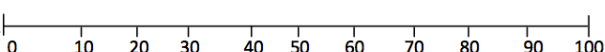
18. Evaluar el resultado de la educación del paciente junto con el equipo de salud.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

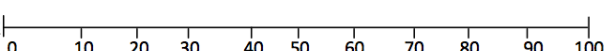
19. Desarrollar programas de orientación para las nuevas enfermeras/os dentro de la unidad de trabajo.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

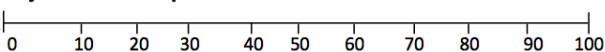
20. Tener en cuenta el nivel de adquisición de competencias de compañeros estudiantes de enfermería.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

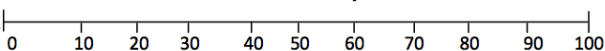
21. Apoyar el logro de objetivos de compañeros estudiantes de enfermería.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

22. Entrenar a otros en funciones dentro de mi área de responsabilidad.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

23. Tomar medidas activas para mantener las propias competencias profesionales.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

FUNCIONES DE DIAGNOSTICO

24. Analizar el bienestar del paciente dentro de multiples perspectivas.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

25. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional del paciente.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

26. Ser capaz de identificar la necesidad de apoyo emocional de los familiares.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

27. Solicitar la atencion de otros profesionales del equipo de salud, cuando sea necesario

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

28. Entrenar a otros miembros del personal en las habilidades de observacion al paciente

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

29. Entrenar a otros miembros del personal en el uso de material de diaghnostico.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

30. Llenar de manera correcta la documentacion de enfermeria del paciente.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

GESTION DE SITUACIONES

31. Ser capaz de reconocer precozmente situaciones que presenten un riesgo para la vida.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

32. Priorizar mis actividades con flexibilidad de acuerdo con las situaciones cambiantes.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

33. Actuar adecuadamente en situaciones de riesgo para la vida.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

34. Organizar sesiones informativas para el equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rapidamente.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

35. Entrenar a otros miembros del equipo de salud, en el manejo de situaciones que cambian rapidamente.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

36. Planificar el cuidado de forma consistente con los recursos disponibles.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

37. Mantener el material en buenas condiciones.

Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

38. Promover la capacidad de adaptacion del equipo de salud ante situaciones que cambian rapidamente.

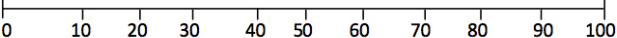
Nivel de Competencia: |
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenuo

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

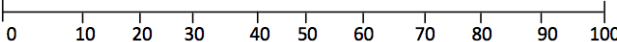
39. Planificar las actividades propias de forma flexible de acuerdo con la situación clínica.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

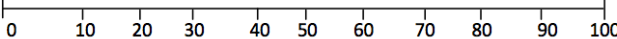
40. Tomar decisiones sobre el cuidado del paciente, teniendo en cuenta la situación individual.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

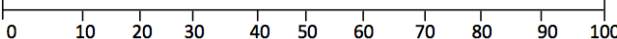
41. Coordinar las actividades de enfermería dentro del equipo multidisciplinario.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

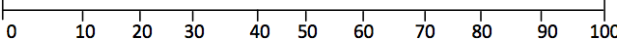
42. Entrenar al equipo en la realización de las intervenciones de enfermería.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

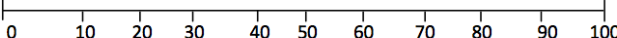
43. Actualizar los manuales de procedimientos y protocolos de cuidados existentes.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

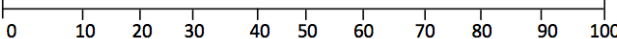
44. Proporcionar consejo al equipo sanitario.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

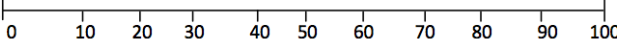
45. Aplicar la evidencia científica en las intervenciones de enfermería.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

46. Evaluar sistemáticamente los resultados del cuidado del paciente.

Nivel de Competencia: 

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

47. Incorporar conocimientos relevante para proporcionar un cuidado optimo.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

48. Contribuir al desarrollo de guías clínicas que involucren a otras disciplinas de la salud.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

GARANTIA DE CALIDAD

49. Comprometerse con la filosofía (misión y visión) de la organización.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

50. Evaluar críticamete la metodología de cuidados de la unidad de trabajo.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

51. Ser capaz de identificar areas en el cuidado del paciente que necesitan un mayor desarrollo e investigación.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

52. Evaluar sistemáticamente la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

53. Utilizar la evidencia científica de enfermería para garantizar la calidad de los cuidados.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

54. Formular propuestas para el desarrollo y la investigación

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo



ROL DE TRABAJO

55. Ser capaz de reconocer la necesidad de apoyo y ayuda de los compañeros.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

56. Ser consientes de los limites de mis propios recursos

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

57. Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo: la identidad profesional sirve como un recurso en enfermería.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

58. Actur con responsabilidad ante recursos limitados.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

59. Estar familiarizado con la política de la organización e relacion a la division del trabajo y la coordinacion de funciones.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

60. Coordinar en la formacion de otros estudiantes de enfermeria en la unidad.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

61. Instruir a estudiantes de enfermeria principiantes.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

62. Aportar experiencia y pericia profesional al equipo de salud.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy amenudo

63. Ser capaz de actuar de forma autónoma.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

64. Guiar a los miembros del personal en las funciones de su área de competencia.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

65. Incorporar prácticas y conocimientos novedosos para mejorar el cuidado del paciente.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

66. Garantizar la continuidad del cuidado en la unidad mediante la coordinación de funciones.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

67. Cuidar de mi mismo/a no agotando mis propios recursos mentales y físicos.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

68. Utilizar las nuevas tecnologías de la información en mi trabajo.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

69. Coordinar el cuidado global del paciente.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

70. Llevar a cabo la organización global de la unidad, cuando sea necesario.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

71. Retroalimentar a los compañeros de una manera constructiva.

Nivel de Competencia: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

72. Desarrollar el cuidado del paciente en equipos multidisciplinares.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo

73. Contribuir al desarrollo de entornos de trabajo adecuados y satisfactorios.

Nivel de Competencia: |
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Frecuencia de utilización:

No aplicable Muy pocas veces Ocasionalmente Muy a menudo



10.5 Questionário Sociodemográfico – Versão Portuguesa

1. Idade: _____
2. Género: Homem Mulher
3. Estado Civil: Solteiro/a Casado/a Divorciado/a Outro
4. Indique o ano em que se encontra: _____
5. Indique a que Universidade pertence: _____
6. O curso de Enfermagem foi a sua primeira opção? Sim Não
Se **NÃO**, qual foi a sua primeira opção? _____
7. Se a resposta é **SIM**, porque escolheu Enfermagem?

8. O curso de Enfermagem até agora corresponde às suas expectativas? Sim Não
9. Tem experiência laboral na área da saúde?
Não (Passar à pergunta 15) Sim (Passar às perguntas 10, 11, 12,13 e 14)
10. Tempo de experiência laboral na área da saúde (meses) _____
11. Trabalha **atualmente** na área da saúde? Sim Não
12. Se **sim**, em que tipo de instituição? _____
13. Se **sim**, qual a antiguidade no local de trabalho atual (em meses) _____
14. Se **sim**, em que serviço? _____
15. Indique todos os serviços onde estagiou durante o (s) Ensino (s) Clínico (s):

10.6 Escala de Competências do Enfermeiro (Versão Portuguesa)

ESCALA DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (Versão Portuguesa)

Item Nº	Dimensão/Itens
	<i>Papel de Ajuda</i>
1	Desenvolver programas de acompanhamento e orientação para os novos enfermeiros no meu serviço.
2	Preparar os elementos da equipa, nas suas capacidades, para a vigilância dos doentes.
3	Preparar os elementos da equipa de enfermagem na utilização dos meios de diagnóstico.
4	Elaborar os registos de enfermagem relativos à prestação de cuidados aos doentes.
5	Organizar reuniões de esclarecimento/informação, para a equipa prestadora de cuidados, sempre que necessário.
6	Preparar os elementos da equipa para dominarem com rapidez acontecimentos adversos.
7	Preparar uma equipa para atuar com rapidez nas situações de urgência.
8	Coordenar as atividades de enfermagem com a equipa multidisciplinar.
9	Orientar a equipa prestadora de cuidados para melhorar o seu desempenho nas intervenções de enfermagem.
10	Atualizar os protocolos escritos para a prestação de cuidados.
11	Proporcionar a consulta dos protocolos à equipa de prestação de cuidados.
12	Utilizar os resultados da investigação para a melhorar as intervenções de enfermagem.
13	Avaliar sistematicamente os resultados da prestação dos cuidados de enfermagem
14	Contribuir para um maior desenvolvimento da equipa multidisciplinar.
15	Elaborar propostas para desenvolver mais pesquisa e investigação.
16	Fornecer conhecimentos atualizados à equipa prestadora de cuidados.
17	Orientar os membros da equipa para realizarem as tarefas de acordo com as suas capacidades.
	<i>Ensino e Orientação</i>
18	Contribuir para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem durante o processo de tutoria.
19	Apoiar os estudantes de enfermagem a atingirem os seus objetivos.
20	Orientar os estudantes de enfermagem que realizam ensinamentos clínicos no meu serviço.
21	Preparar/orientar os recém-formados e os novos especialistas na profissão.

	Diagnóstico
22	Planear os cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades individuais.
23	Apoiar as estratégias de <i>coping</i> dos doentes.
24	Alterar o plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais dos doentes.
	Gestão Situações
25	Melhorar as minhas competências profissionais.
26	Analisar o bem-estar dos doentes a partir de várias perspetivas.
27	Ser capaz de identificar as necessidades de apoio emocional dos doentes.
28	Ser capaz de reconhecer antecipadamente uma situações de risco de vida.
29	Priorizar as minhas atividades com a flexibilidade necessária de acordo com as situações.
30	Atuar adequadamente nas situações de risco de vida.
31	Planear os cuidados de enfermagem de acordo com os recursos disponíveis.
32	Planear com flexibilidade as minhas atividades de acordo com a situação clínica.
33	Tomar decisões acerca dos doentes individualmente, tendo em conta as situações clínicas
34	Incorporar na prática clínica os conhecimentos relevantes para proporcionar a excelência dos cuidados de enfermagem
35	Estar consciente dos limites dos meus recursos.
	Intervenções Terapêuticas
36	Elaborar cuidadosamente, o mapa dos ensinamentos a realizar aos doentes
37	Escolher o momento oportuno para realizar ensinamentos aos doentes.
38	Dominar os conteúdos a ensinar aos doentes.
39	Proporcionar ensinamentos individualizados aos doentes.
40	Orientar os ensinamentos a realizar aos doentes
41	Reconhecer as necessidades de apoio aos familiares.
42	Atuar autonomamente no apoio aos familiares.
43	Avaliar o resultado dos ensinamentos realizados aos doentes em conjunto com os mesmos.
44	Avaliar o resultado dos ensinamentos realizados aos doentes em conjunto com os familiares.

45	Avaliar o resultado dos ensinios realizados aos doentes em conjunto com a equipa prestadora de cuidados.
46	Planear os ensinios aos doentes no meu serviço.
	Assegurar a Qualidade
47	Ser capaz de identificar as necessidades de apoio emocional dos familiares.
48	Avaliar criticamente a filosofia do meu serviço.
49	Avaliar sistematicamente a satisfação dos doentes pelos cuidados prestados.
50	Utilizar os resultados da investigação na melhoria dos cuidados de enfermagem aos doentes.
	Organização e Desempenho
51	Atuar de forma responsável atendendo aos limites dos recursos financeiros disponíveis.
52	Familiarizar-me com a política de trabalho da minha organização tendo em conta a divisão de trabalho e a coordenação de funções.
53	Implementar novos conhecimentos para otimizar a prestação de cuidados.
54	Cuidar de mim próprio, para não esgotar os meus recursos físicos e mentais.
55	Coordenar/orientar os cuidados prestados aos doentes.
56	Gerir acontecimentos sempre que necessário.
57	Dar <i>feedback</i> aos colegas numa forma construtiva.
58	Desenvolver os cuidados prestados aos doentes no seio da equipa multidisciplinares.
59	Desenvolver o ambiente de trabalho.

10.7 CUESTIONARIO DEL ENTORNO PES-NWI

N°	Aspectos a Evaluar	Totalmente en	En	De	Totalmente
		desacuerdo	desacuerdo	acuerdo	de acuerdo
		1	2	3	4
1	Los recursos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2	Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3	El coordinador de enfermería de su área es un apoyo cuando los (as) enfermeros requieren resolver cualquier asunto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4	Existen programas de capacitación para el desarrollo o la educación continuada del personal de enfermería	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5	Existen oportunidades para el avance profesional o ascenso/promoción en el ámbito clínico.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6	El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones y en la creación de guías de manejo o protocolos institucionales.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7	El coordinador de enfermería de su área utiliza las fallas como oportunidades de aprendizaje, no como críticas.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8	Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir las dudas y el cuidado del paciente con otros(as) enfermeros(as).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9	Con el Número de profesionales de enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10	Hay un(a) director(a) del departamento de enfermería que es buen líder y administrador(a).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11	El (la) director (a) del departamento de enfermería es ampliamente visible y accesible al personal.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12	Se cuenta con el personal de enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13	Se reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14	Los directivos han definido y divulgado altos estándares de calidad para la práctica de enfermería, con indicadores que se divulgan al personal.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15	El director del departamento de enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que el de los otros directivos de la institución.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16	Se reconoce trabajo en equipo interdisciplinario entre enfermeros (as) y médicos (as).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17	La Institución ofrece oportunidades de avance profesional.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18	Existe una clara filosofía de enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19	Se trabaja con enfermeros (as) clínicamente competentes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20	El director del departamento de enfermería respalda al personal de enfermería en la toma de decisiones; incluso cuando hay diferencias con el personal médico.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21	Las directivas escuchan y responden a las inquietudes de los empleados.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22	Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad en la gestión de enfermería con indicadores de evaluación.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23	El personal de enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24	Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeros (as) y médicos (as).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25	Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los enfermeros (as) que ingresan a la institución.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
26	El cuidado del paciente esta basado en el modelo de enfermería, en lugar del modelo médico.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
27	El personal tiene la oportunidad de participar en comités de enfermería dentro de la Institución.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
28	El coordinador de enfermería de su área consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
29	Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
30	La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo el (la) mismo (a) enfermero (a) cuida del paciente en días seguidos.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
31	Se aplican los diagnósticos de enfermería, como parte del proceso de atención al paciente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

