



Departamento de Cirugía

Desarrollo del Perfil de Competencias del Tutor de las Prácticas Clínicas de Enfermería

Tesis Doctoral

M.^ª Teresa Argüello López

Madrid, 2016

Departamento de Cirugía

Desarrollo del Perfil de Competencias del Tutor de las Prácticas Clínicas de Enfermería

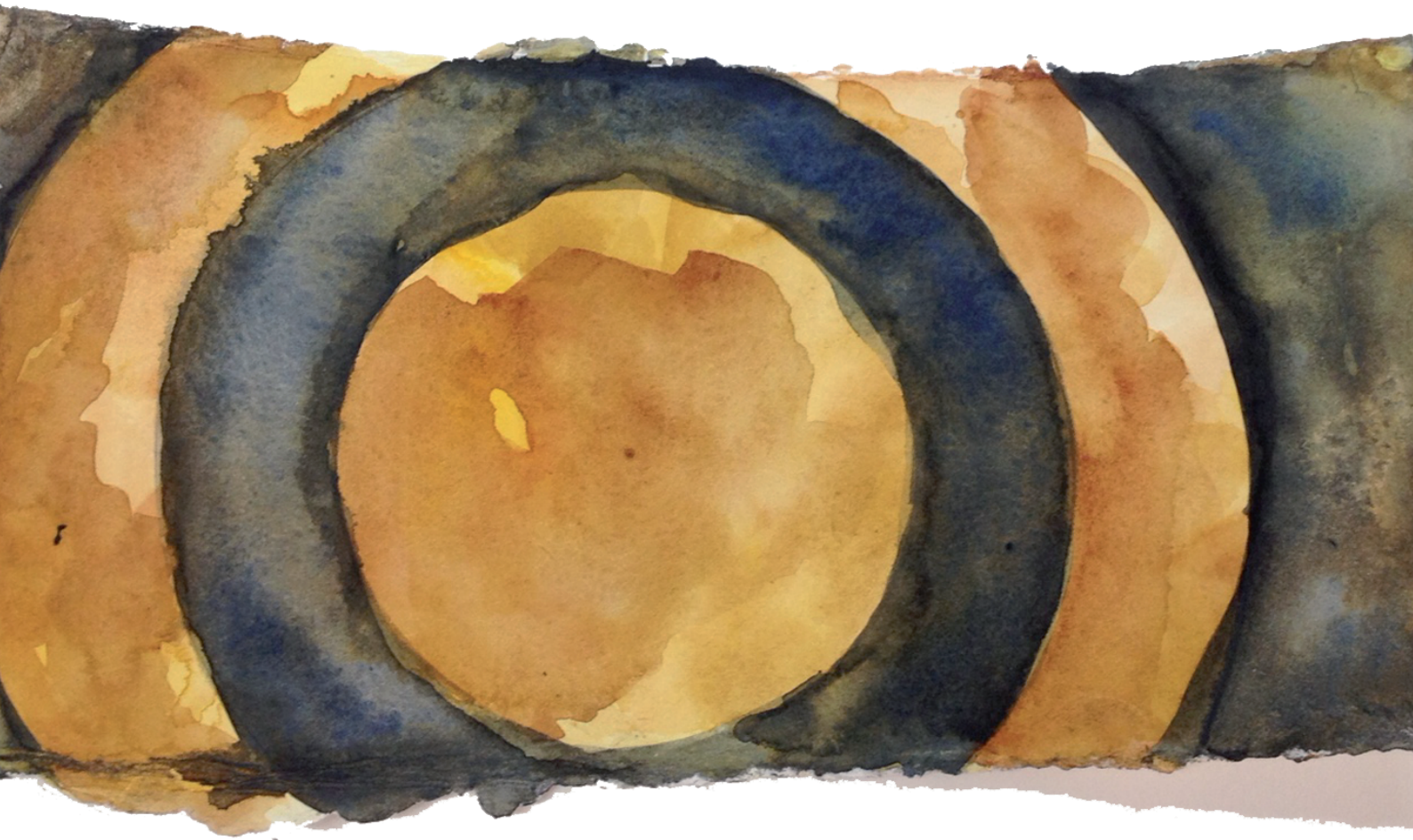
Tesis Doctoral

María Teresa Argüello López

Directoras

Ana María Palmar Santos

María del Carmen Sellán Soto



Para mis hijas, Almudena y Paula
A Javier, un excelente compañero de vida

Agradecimientos:

El proceso de elaboración y conclusión de esta tesis ha sido posible, gracias a la ayuda y acompañamiento entrañable de muchas personas que he tenido el privilegio de encontrarme a lo largo de esta aventura.

Su contenido es fruto de una fórmula compuesta de confianza, atención, comprensión, pasión, diversión y una gran dosis de cariño y esmero, desde la fase de confusión a la maduración pasando por la de euforia.

Quiero hacer explícito mi agradecimiento: a mis directoras de tesis las doctoras Ana Palmar y Carmen Sellan que han sabido guiarme con rigor y grandes dosis de comprensión.

Mi más profundo agradecimiento a las enfermeras y enfermeros, a las alumnas y alumnos y a las profesoras y profesores que han participado en este estudio y sin cuya colaboración esta tesis no habría sido posible.

Gracias Marisa Maquedano, por tu asesoramiento en las búsquedas bibliográficas, por todo lo que me has ayudado de forma permanente, por lo que he disfrutado de tu saber y sobre todo por ser mi amiga.

A ti María Victoria Antón, gracias por abrirme la puerta a esta aventura, por compartir un proyecto lleno de energía, visión, acierto y por disfrutar tantos buenos momentos.

Gracias Constanza, Elena, Esther y a ti Gema por haber sido mis compañeras y maestras, en diferentes etapas del camino.

A Pilar Aparicio, amiga-hermana, porque siempre estas donde te busco y por formar parte de mi familia.

Gracias amigas y amigos, por compartir maravillosos ratos de ocio, que me han llenado de la mejor energía.

Mi más sincero agradecimiento a todas mis compañeras y compañeros por su apoyo y empatía.

“La sencillez es la máxima sofisticación”

Leonardo Da Vinci

ÍNDICE GENERAL

Preámbulo

Resumen

Abstract

1.	Introducción	25
1.1.	Paradigma de competencias	26
1.1.1.	Antecedentes del Modelo de competencias en el ámbito laboral.	27
1.1.2.	Conceptualización del término competencia.....	29
1.1.2.1.	Competencia profesional	30
1.1.2.2.	Competencia educativa.....	32
1.1.3.	Conceptos profusos y difusos relacionados con la competencia profesional.....	34
1.1.4.	Componentes y características de las competencias.....	36
1.1.5.	Modelos y enfoques emergentes de las competencias profesionales	39
1.1.5.1.	Modelos teóricos de las competencias.....	39
1.1.5.2.	Enfoques emergentes de las competencias.....	43
1.1.6.	Tipología y listados de competencias.....	46
1.1.6.1.	Tipología de competencias educativas	46
1.1.6.2.	Tipología de competencias laborales.....	48
1.1.7.	Diccionario de competencias	54
1.1.8.	Perfil de competencias profesionales	57
1.1.8.1.	Definición y utilidad del perfil de competencias.....	57
1.1.8.2.	Metodología en la elaboración del perfil de competencias.....	59
1.1.9.	Técnicas para la evaluación de las competencias profesionales.....	61
1.1.10.	Revisión de la literatura en relación a la aplicación del modelo de gestión por competencias.....	63
1.1.10.1.	Luces y sombras del modelo de competencias	64
1.2.	Competencias en el ámbito educativo.....	66
1.2.1.	Creación del Espacio Europeo de Educación Superior	67
1.2.1.1.	Origen del Espacio Europeo de Educación Superior	67
1.2.1.2.	Evolución del Espacio Europeo de Educación Superior	67
1.2.1.3.	Proyecto Tuning.....	70
1.2.2.	Ejes del cambio de la reforma Universitaria	71
1.2.2.1.	Un modelo de educación basado en competencias	71
1.2.2.2.	Cambios en los roles profesor-alumno. De lo que el profesor enseña a lo que el alumno debe aprender.....	72
1.3.	Contexto y agentes de la práctica clínica: hacia una práctica reflexiva del cuidado... 74	
1.3.1.	Historia de la formación práctico clínica en los estudios de enfermería	74

1.3.2.	El Practicum como innovación docente en la reforma universitaria	78
1.3.2.1.	Objetivos de las prácticas externas	79
1.3.3.	Entorno de aprendizaje clínico	80
1.3.3.1.	Principios del aprendizaje en el entorno de la práctica clínica	80
1.3.3.2.	Agentes y percepción del alumno	81
1.3.4.	De una práctica técnica a una práctica reflexiva: conocimiento académico y práctica profesional	83
1.3.4.1.	Racionalidad técnica.....	84
1.3.4.2.	Racionalidad práctica	85
1.3.4.3.	Racionalidad práctico-reflexiva	86
1.3.4.4.	Proceso de reflexión en la práctica del cuidado.....	87
1.3.5.	Estrategias docentes que guían la práctica reflexiva.....	89
1.3.5.1.	El modelo de encuentro clínico.....	89
1.3.5.2.	La mentoría	91
1.3.6.	Dificultades que pueden obstaculizar el aprendizaje reflexivo	92
1.3.6.1.	Características del Curriculum oculto	93
1.3.7.	A modo de reflexión sobre una práctica centrada en el cuidar y en el cuidado	95
1.4.	Proceso de tutorización en las prácticas clínicas de Enfermería.....	99
1.4.1.	Origen y evolución de la tutoría y de la figura del tutor en la Universidad.	99
1.4.1.1.	Origen y evolución del término “tutor”	100
1.4.2.	La tutoría en los planes de estudio	102
1.4.3.	La tutoría en el entorno clínico	103
1.4.4.	El tutor y la tutora de prácticas clínicas en enfermería.....	105
1.4.4.1.	Perfil profesional del tutor y tutora de prácticas clínicas.....	106
1.4.4.2.	Requisitos para acceder al puesto de tutor de prácticas clínicas.....	106
1.4.4.3.	Funciones y actividades del tutor de prácticas clínicas.....	107
1.4.4.4.	Competencias del mentor o tutor clínico.....	111
1.4.5.	Necesidad de un cambio de paradigma en la tutoría clínica	113
1.4.6.	Estrategias para favorecer una tutoría reflexiva sobre la práctica del cuidado	115
2.	Justificación y objetivos	121
2.1.	Justificación del estudio	121
2.2.	Objetivos del estudio.....	122
3.	Metodología	125
3.1.	Tipo de estudio.....	126
3.2.	Ámbito y población de estudio	126
3.2.1.	Ámbito del estudio	126
3.2.2.	Población de estudio.....	127
3.2.2.1.	Criterios de inclusión.....	127
3.2.2.2.	Criterios de exclusión	128
3.2.2.3.	Selección de los participantes.....	129
3.3.	Variables de estudio	129
3.4.	Procedimiento e instrumentos para la recogida de información.....	130
3.4.1.	Instrumentos y técnicas	130
3.4.1.1.	Panel de expertos.....	130
3.4.1.2.	Cuestionario de preguntas abiertas	132
3.4.2.	Procedimiento para la recogida de información	132
3.4.2.1.	Captación y recogida de datos por grupos.....	133
3.5.	Aspectos éticos	135

4.	Resultados	139
4.1.	Análisis descriptivo por grupos	139
4.1.1.	Resultados del Grupo 1. TPCE	139
4.1.2.	Resultados del Grupo 2. Alumnos	141
4.1.3.	Resultados del Grupo 3. Profesores	143
4.2.	Análisis global de los 3 grupos	146
5.	Discusión	153
6.	Un punto de partida	161
6.1.	Futuras líneas de investigación	162
7.	Conclusiones	167
8.	Referencias	171
9.	Anexos	181
9.1.	Programa de la intervención formativa: aprender a enseñar para enseñar a aprender.	183
9.2.	Guía de la asignatura gestión y legislación sanitaria	184
9.3.	Cuestionario	186
9.4.	Contenidos del módulo “gestión por competencias”	187
9.5.	Ejercicio individual.....	188
9.6.	Ejercicio en grupo.....	188
9.7.	Protocolo de presentación de la investigación.....	189
9.8.	Documento de presentación del estudio para los participantes	189
9.9.	Panel tutores	190
9.10.	Panel alumnos	192
9.11.	Guía de desarrollo de la competencia de Trabajo en equipo	193
9.12.	Artículo publicado	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Definiciones de competencia, según orden cronológico.	33
Tabla 2.	Conceptualización de competencias: términos afines.....	35
Tabla 3.	Distinción entre habilidad y competencia.....	36
Tabla 4.	Modelos principales de competencias.....	39
Tabla 5.	Diferencias entre tipos de competencias en relación a los modelos.....	43
Tabla 6.	Listados de competencias de la Universidad de Deusto	47
Tabla 7.	Clasificación de competencias según Spencer	50
Tabla 8.	Listado de competencias universales según Levy-Leboyer.	51
Tabla 9.	Supra-competencias según Levy-Levoyer	52
Tabla 10.	Competencias estratégicas y específicas comunes habitualmente empleadas.....	53
Tabla 11.	Resumen de los listados de competencias desde la visión de tres corrientes.....	54
Tabla 12.	Estructura del Diccionario de Hay McBer: categorías y competencias	55
Tabla 13.	Competencias del Perfil del Profesional de Recursos Humanos	60
Tabla 14.	Técnicas cuantitativas.....	61
Tabla 15.	Técnicas cualitativas	62
Tabla 16.	Clasificación respecto a las diferencias entre el modelo anterior y el actual modelo del aprendizaje clínico en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).	

	Un ejemplo aplicado.....	78
Tabla 17.	Buenas Prácticas del tutor del practicum y evidencias correspondientes	110
Tabla 18.	Atributos del mentor y del alumno	111
Tabla 19.	Mapa de competencias del tutor clínico del SAS	112
Tabla 20.	Estilos de tutoría de la práctica clínica de enfermería	115
Tabla 21.	Descripción y codificación de las variables de estudio	130
Tabla 22.	Relación entre grupos, objetivos, métodos y resultados	135
Tabla 23.	Descripción de los grupos de estudio	139
Tabla 24.	Listado de actividades del TPC según los resultados obtenidos en los paneles de experto realizados por los tutores	140
Tabla 25.	Listado de competencias del TPC según los resultados obtenidos en los paneles de experto realizados por los tutores	141
Tabla 26.	Listado de actividades del TPC seleccionadas por los alumnos de enfermería	142
Tabla 27.	Listado de competencias del TPC seleccionadas por los alumnos de enfermería	143
Tabla 28.	Listado de actividades del TPC seleccionadas por los profesores del Grado de Enfermería	144
Tabla 29.	Listado de competencias del TPC seleccionadas por los profesores del Grado de enfermería	145
Tabla 30.	Datos globales de las actividades del TPCE, seleccionadas por los tres grupos	146
Tabla 31.	Datos globales de las competencias del TPCE, seleccionadas por los tres grupos	147
Tabla 32.	Listado de actividades del TPCE, seleccionadas mediante un promedio ponderado de casos y grupos	148
Tabla 33.	Listado de competencias del TPCE, seleccionadas mediante un promedio ponderado de casos y grupos	150

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Componentes de la competencia.....	38
Figura 2.	Concepto de competencia de Boyatzis en el iceberg conductual.....	44
Figura 3.	Iceberg conductual según Pereda y Berrocal	44
Figura 4.	Competencia de acción	49
Figura 5.	Relación entre competencias	52
Figura 6.	Competencia de iniciativa	56
Figura 7.	Competencia de autocontrol en el Diccionario de Martha Alles	58
Figura 8.	Ventajas del enfoque de competencias	65
Figura 9.	Eje cronológico del desarrollo del EEES	69
Figura 10.	Diseño tradicional y actual del proceso de enseñanza.	73
Figura 11.	Cinco destrezas de la enseñanza clínica	91
Figura 12.	Ciclo de la mentoría	92
Figura 13.	Diseño general del estudio de investigación	125
Figura 14.	Temporalización de la recogida de datos	132
Figura 15.	Procedimiento seguido en la elaboración del “panel de experto” en el grupo 1 y 2.....	134

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1.	Actividades del TPCE, distribución por grupos de estudio.....	149
Grafico 2.	Competencias del TPCE, distribución por grupos de estudio	150

PREÁMBULO

Esta tesis se enmarca en la disciplina de Enfermería, concretamente en el área de organización de la práctica clínica y desarrollo profesional del tutor de prácticas clínicas.

La propuesta se centra en identificar y definir las actividades y competencias del tutor de prácticas clínicas de los alumnos de Grado de Enfermería.

La investigación desarrollada se ubica en el contexto español, concretamente en la Comunidad de Madrid, coincidiendo históricamente con el proceso de implantación del Título de Grado en Enfermería de acuerdo a las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior.

Los motivos y anhelos que justifican esta tesis, se centran principalmente en un interés profesional y personal por promover un desarrollo de la función docente en los enfermeros, que dé como resultado un cambio en la formación de los futuros profesionales, para convertirlos en líderes críticos y reflexivos, del cuidado enfermero.

Por otro lado, la incorporación en los actuales Planes de Estudio, de una educación basada en competencias, que ha propiciado un nuevo modelo de formación centrado en un aprendizaje continuo a lo largo de la vida profesional.

Ha impulsado también este trabajo la necesidad de conciliar las competencias de los tutores de prácticas clínicas con la necesidad de una educación basada en la reflexión crítica.

Y por último, aunque no menos importante, por la necesidad de identificar, mediante un proceso de reflexión, las actividades y competencias que deben formar parte del tutor de prácticas clínicas, de manera que permita establecer un criterio en los necesarios procesos de selección y desarrollo de estos profesionales.

RESUMEN

RESUMEN

La respuesta de la universidad ante la demanda de la sociedad actual, basada en el conocimiento, debe garantizar una formación integral del alumno. Esta necesidad de adaptación a una sociedad del conocimiento, impulsó la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) como el mecanismo para introducir los cambios necesarios en la Universidad. Estos cambios vienen reflejados en un modelo educativo por competencias, donde ambos sistemas educativo y laboral convergen. De manera que la formación práctica adquiere una mayor dimensión en todas las disciplinas, siendo la figura del tutor o tutora de prácticas, en el centro de trabajo, una nueva figura a incorporar en el proceso de educación superior. La tutoría se presenta en las nuevas propuestas del EEES, como un elemento básico de excelencia educativa en sus diferentes formas: académica, personal y profesional; y en sus distintas manifestaciones: individual, grupal o entre iguales. Desde esta perspectiva se puede definir la tutoría universitaria como una actividad de carácter formativo que incide en el desarrollo global del alumno.

Los nuevos planes de estudio incorporan las prácticas clínicas como una asignatura independiente y por tanto, la necesidad de aprender en un entorno clínico con profesionales expertos. Pero esto, no siempre garantiza el aprendizaje del estudiante, y se ha convertido desde sus inicios un elemento de reflexión. La forma de entender la relación entre el conocimiento y la práctica profesional, ha tenido una evolución que va desde un modelo que pone el acento en el aprendizaje práctico experiencial a un modelo reflexivo sobre la práctica que está centrado en la relación dinámica entre el conocimiento profesional y la acción. Para que el alumno aprenda, es necesario que el tutor o tutora le inculque la necesidad de reflexionar desde la teoría sobre las experiencias que va a vivir en el entorno de la práctica clínica. A través de estas intervenciones el alumno dará significado a sus acciones y elaborará una construcción del entorno y de su papel, dentro del mismo, como futuro profesional con una identidad profesional. La intervención llevada a cabo por el enfermero o enfermera, junto al alumno, en este contexto de acción cuidadora es el núcleo del aprendizaje clínico.

El aprendizaje del cuidado requiere de una mirada que va más allá de una enseñanza lineal de técnicas y procedimientos. El tutor de práctica clínica, debe acompañar al alumno desde la complejidad y riqueza en matices del cuidado, ya que compleja es la respuesta de la persona a las situaciones y experiencias de salud y complejo es el contexto en el que se realiza el cuidado al individuo y familia. Este es el momento de hacer un “todo” de los diferentes y fragmentados conocimientos que recibe el alumno.

La figura del tutor se convierte en una de las piezas clave y por ello es necesario definir sus actividades así como sus propias competencias que guiarán y regularán su quehacer en el ámbito de la formación de futuros profesionales.

OBJETIVO

Determinar las principales actividades y competencias que ha de tener un tutor o tutora de prácticas clínicas en el grado de enfermería en centros asistenciales de la Comunidad de Madrid

METODO

Estudio descriptivo de corte transversal, enmarcado en un enfoque cuantitativo.

Ámbito y población de estudio: El estudio está compuesto por tres grupos de sujetos que proceden

de diversos contextos educativos como son: la red de Sanidad Pública tanto Atención Primaria como Especializada y la Universidad pública y privada de la Comunidad de Madrid.

La población de estudio está compuesta por: enfermeras y enfermeros tutores de prácticas clínicas de enfermería; alumnas y alumnos tanto procedentes del antiguo plan de estudios (Diplomatura de Enfermería) como del actual Grado de Enfermería, y profesoras y profesores del Grado de Enfermería que imparten docencia en Universidades públicas y privadas de la Comunidad de Madrid.

Variables e instrumentos.

–Variables relacionadas con el estudio. Actividades: todas aquellas acciones que debe realizar el tutor de práctica clínica relacionadas con la formación práctico-clínica del alumnado de enfermería. Competencias: cualidades, características, rasgos, atributos, que debe poseer el tutor de prácticas clínicas, correspondiente a la función docente.

–Variables Socio-demográficas: edad y sexo

–Variables laborales: años de experiencia laboral, años de experiencia docente, nivel en el que desempeña su puesto de trabajo, años de experiencia en la docencia universitaria, tipo de universidad (pública o privada), categoría académica.

Las técnicas e instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido: Panel de expertos en el caso de los profesionales de la asistencia y los estudiantes y cuestionarios con preguntas abiertas para el profesorado universitario.

RESULTADOS

Han participado un total de 870 sujetos (510 tutores clínicos, 329 alumnos y 40 profesores). Se han seleccionado 32 actividades de las cuales, las 4 actividades con un mayor consenso son: La evaluación continua con un 98,29%, la acogida del alumno en la unidad alcanzado un 86,91%, la actividad de enseñar con evidencia (65%), seguida de la actividad de fomentar la autonomía del alumno (50,70%). Entre un 30% y un 49%, se encuentran actividades como: motivar al alumno, planificar el aprendizaje y enseñar basándose en los objetivos de aprendizaje del alumno. En cuanto a las competencias seleccionadas, los tres grupos coinciden en que entre las competencias imprescindibles del TPCE, se encuentran: El conocimiento disciplinar actualizado (87,59%), capacidad docente (49,16%), capacidad de comunicación (46,89%), autocontrol (45,05%), entre un 20% y un 45% se encuentran las competencias de flexibilidad, asertividad y capacidad de autocontrol. En dos de los tres grupos ha habido coincidencia en que el TPCE además de las competencias mencionadas también ser: responsable, objetivo, respetuoso, empático, exigente, debe saber tomar decisiones en equipo, solucionar problemas, tener motivación docente e investigadora, presentar una conducta ética, liderar el proceso de formación de la práctica clínica, saber “aprender a aprender” y ser integrador y conciliador dentro del equipo.

CONCLUSIONES

La metodología con Paneles de experto, se presenta como la estrategia idónea para definir y desarrollar perfiles competenciales en este ámbito.

Tomando como referencia los objetivos planteados, los resultados obtenidos y la discusión en la que se ha tenido en cuenta la evidencia sobre el tema planteado, se ha llegado a las siguientes conclusiones: Se ha desarrollado un marco de comprensión propio del término competencia que ha permitido articular todo el trabajo analítico de la investigación. Las actividades y competencias extraídas de la recogida de datos apuntan a un consenso mayoritario entre los tres grupos de población escogidos, poniendo de relevancia aspectos centrales como la acogida, la evaluación continua y las habilidades de comunicación como parte sustancial del proceso de tutorización.

PALABRAS CLAVE: Educación Basada en Competencias, Competencias, Mentores, Docentes de Enfermería, Competencia Clínica

ABSTRACT

The university's response to the current knowledge society must guarantee a comprehensive education for students. This need to adapt to the knowledge society drove the creation of the European Higher Education Area (EHEA) as the mechanism to introduce the necessary changes into universities. These changes are reflected in a competency-based education model, where education and work systems converge. Practical training thus becomes more important in all disciplines, and the figure of workplace vocational tutor also emerges as an academic post in higher education. Tutoring is featured in the new EHEA proposals as a basic element of educational excellence in its various forms: academic, personal and professional, and in its different manifestations: individual, group and between peers. From this perspective, we can define university tutoring as a training activity that affects the student's overall development.

The new curricula feature clinical practices as an independent subject and, therefore, the need to learn in a clinical setting with expert professionals. But this does not always guarantee students' learning and has given food for thought since its inception. The way to understand the relationship between knowledge and professional experience has evolved from a model that emphasizes experiential, practical learning to a thoughtful model that focuses on the dynamic relationship between professional knowledge and action. In order for students to learn, the tutor will need to instil the need to reflect from a theoretical standpoint on the experiences that they will go through in the real-life clinical practice environment. Through these efforts, students will give meaning to their actions and will build their environment role within it as a future professional with a professional identity. The core of clinical training is the intervention carried out by the nurse, together with the students, in this nursing context.

Learning nursing requires more than a linear teaching of techniques and procedures. The clinical practice tutor must guide students through the complexity and richness in nuances of care, since people's responses to health situations and experiences are complex and the context in which care is provided to individuals and families is also complex. This is the moment to paint a "complete picture" of the different and fragmented knowledge the student receives.

The tutor becomes one of the key components and it therefore becomes necessary to define their activities as well as their own competencies that will guide and regulate their work in the field of training future professionals.

OBJECTIVE

To determine the main activities and competencies for a clinical practice tutor in the nursing degree offered for Community of Madrid health care centres

METHOD

Descriptive cross-sectional study, framed in a quantitative approach.

Study scope and population: The study comprises three groups of subjects that come from different educational contexts such as: the Public Health network, for Primary and Specialised Care, and public and private universities in the Community of Madrid.

The study population consists of: nurses involved in nursing clinical practices; students both from the old curriculum (Nursing Diploma) and the current Nursing Degree, and professors from the Nursing

Degree who teach in public and private Universities in the Community of Madrid.

Variables and instruments.

–Variables related to the study. Activities: all the efforts that must be performed by the clinical practice tutor related to the practical-clinical training of nursing students. Competences: qualities, characteristics, traits, attributes, etc. which the clinical practices tutor must possess, in keeping with the teaching function.

–Socio-demographic variables: age and sex

–Work variables: years of work experience, years of teaching experience, job category, years of experience in university education, type of university (public or private), academic category.

The techniques and instruments used for data collection have been as follows: Panel of experts for nursing professionals and students and surveys with open questions for university faculty.

RESULTS

A total of 870 subjects participated (510 clinical tutors, 329 students and 40 professors). 32 activities have been selected, of which the 4 activities with the highest consensus are: Ongoing evaluation with 98.29%, the student's reception in the unit with 86.91%, evidence-based teaching with 65%, followed by the activity of promoting student autonomy with 50.70%. At between 30% and 49% we see activities such as motivating the student, planning the lessons and teaching based on the student's learning objectives. In terms of the competences selected, the three groups agree that the essential competencies for the nursing clinical practice tutor (NCPT) include: up-to-date disciplinary knowledge (87.59%), teaching skills (49.16%), communication skills (46.89%), self-control (45.05%), and flexibility, assertiveness and self-control (between 20% and 45%). Two of the three groups agreed also that the NCPT, in addition to the above mentioned competences, should also be responsible, objective, respectful, empathetic, demanding, team player, problem solver, be motivated as a teacher and researcher, ethical, lead the clinical practice training process, "learn to learn" and be integrative and conciliatory within the team.

CONCLUSIONS

The expert panel methodology is presented as the ideal strategy to define and develop competency profiles in this field.

Taking as a reference the objectives presented, the results obtained and the discussion in which the evidence on the subject has been taken into account, the following conclusions have been reached: A proprietary framework for understanding the term has been developed that has made it possible to structure all the analytical work for the research. The activities and competencies extracted from the data collection point to a majority consensus among the three selected population groups, emphasising central aspects such as reception, ongoing evaluation and communication skills as a substantial part of the tutoring process.

KEYWORDS: Competency-Based Education, Competencies, Mentors, Nursing Teachers, Clinical Competence

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Si por algo se caracteriza este milenio que nos toca vivir no es sólo por la cantidad de cambios que vivimos día a día, sino por la velocidad con que estos se producen y, sobre todo, por la rápida transformación hacia nuevas formas políticas y sociales.

En el ámbito de las profesiones de la salud y de la educación, los factores de cambios son múltiples: económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, tecnológicos, etc. Lo más importante y significativo es que todos estos cambios están relacionados entre sí, de manera que los que se producen en un sector inmediatamente repercuten de alguna forma en el resto de los sectores. En estas profesiones que acabamos de mencionar, también denominadas profesiones de servicio, la disciplina de enfermería, está influenciada por todos ellos, creando nuevos escenarios sociales y de salud que debe afrontar el profesional enfermero, no solo adaptándose a ellos, sino adelantándose a los mismos para dar una respuesta rápida y acorde a los valores, necesidades y expectativas de los ciudadanos y de las organizaciones sanitarias.

Parece evidente que estos aspectos deban contemplarse desde un nuevo enfoque en la formación de los futuros profesionales de enfermería.

El nuevo paradigma docente en el que el estudiante es el centro de atención requiere, para que esto sea una realidad y no sólo una idílica declaración, una redefinición del rol del formador responsable de la formación práctico-clínica del alumnado de enfermería. Establecer como prioritario aquello que el estudiante debe aprender y desarrollar por encima de lo que el formador acostumbra a enseñar, supone el cambio necesario para la entrada en vigor de este nuevo modelo.

Para conseguir este propósito es necesario realizar un proceso de reflexión disciplinar, así como una redefinición de las actividades y competencias, que los tutores de prácticas clínicas de enfermería, en adelante TPCE, deben poseer y desarrollar para hacer que este cambio sea una realidad y no una mera declaración de intenciones, ya que la formación del profesional de enfermería ha tenido desde sus inicios, dentro de los diversos planes de estudio, una importante carga de aprendizaje práctico-clínico, el cual se ha realizado tradicionalmente dentro de la red de la asistencia pública de nuestro país.

Las competencias que los estudiantes de enfermería deben desarrollar a lo largo de sus estudios va a depender en gran parte de la calidad de las prácticas clínicas, y estas a su vez sólo se podrán desarrollar en unas condiciones óptimas de aprendizaje, si el TPCE responsable de las mismas

tiene desarrolladas una serie de competencias imprescindibles para guiar y promover los espacios y las condiciones óptimas de aprendizaje, en las que el estudiante deberá desarrollar un conjunto de competencias necesarias para su futuro ejercicio profesional. ¿Cuáles son esas competencias, necesarias para un TPCE?, ¿cómo se pueden identificar las competencias del TPCE? Estas son las cuestiones a las que se pretende dar respuesta a lo largo de esta tesis.

La influencia que el TPCE tiene sobre el estudiante es trascendental, ya que en este escenario de aprendizaje se contemplan no solo aspectos técnicos o instrumentales sino la transmisión de valores, aspectos disciplinares y éticos que están implícitos en el cuidado enfermero y son transmitidos por osmosis de convivencia.

Por otra parte, nos encontramos en un momento en el que es necesario garantizar el cambio al nuevo paradigma de competencias, propuesto en el Espacio Europeo de Educación Superior. Esto implica hacer un proceso de reflexión y un replanteamiento, no sólo de los procesos de aprendizaje propiciados en el aula, también es necesario que este cambio se plantee en el escenario de la práctica clínica. Esta relación con el ámbito laboral se da en el marco de la tutoría clínica, entendida como un recurso formativo, donde el aprendizaje clínico adquiere su máximo valor educativo, pedagógico y socializador¹.

En este sentido la responsabilidad que recae sobre el TPCE es indiscutible. Esta responsabilidad debe ser entendida, no como un tradicional individualismo de la actividad, sino como una actividad compartida desde las instituciones sanitarias y la universidad.

Es precisamente desde estas instituciones, desde las que se debe garantizar una definición clara de las actividades y responsabilidades que asumen los TPCE, así como el perfil de competencias que estos deben poseer. De esta manera se podrá garantizar la realización de los necesarios procesos de selección y desarrollo de los tutores de prácticas clínicas como promotores del cambio en la realización de una práctica clínica orientada a formar unos profesionales del cuidado, flexibles, reflexivos y comprometidos con la sociedad. En este sentido la responsabilidad que recae sobre el TPCE es indiscutible. Esta responsabilidad debe ser entendida, no como un tradicional individualismo de la actividad, sino como una actividad compartida desde las instituciones sanitarias y la universidad.

Sobre estos ejes –paradigma de competencias, el Espacio Europeo de Educación Superior, la tutoría clínica y el TPCE– se elaborarán la contextualización y el marco conceptual de esta tesis.

1.1. Paradigma de Competencias

En este primer punto, se desarrollará el paradigma de competencias desde una perspectiva teórica y empírica.

Una de las características del término “competencias” es la proliferación de definiciones, así como las diferentes conceptualizaciones y significados que se le han otorgado, tanto en el ámbito laboral como en el educativo. Esto, en ocasiones, dificulta su comprensión y aplicación empírica, haciendo de este término un concepto complejo y polisémico que puede dar lugar a confusión y malentendidos en su aplicación.

Es por ello, que se abordará, este entramado teórico, como punto de partida, en el desarrollo conceptual de este estudio, y en consecuencia se comenzará con una breve referencia a los antecedentes teóricos, ya que conocer los orígenes del término, nos facilitara la comprensión del concepto actual de competencia. Posteriormente se realizará un análisis etimológico del vocablo

“competencia” y su diferenciación de otros conceptos afines para facilitar el análisis de las diferentes definiciones que se han escrito desde sus comienzos a mediados del siglo X por algunos de los autores más relevantes y por las organizaciones más significativas, que son principalmente del área laboral y educativa.

La exposición de las clasificaciones y categorías de competencias que se presentan, responden al hecho de contemplar las diferentes formas de enfocar este concepto así como su aplicación práctica. En este punto se recogen diferentes clasificaciones utilizadas en el ámbito laboral y educativo.

Conceptualizar la competencia profesional pasa, inexcusablemente, por desarrollar un punto en el que se describa y analicen sus componentes.

Se analizarán, en un primer momento, los tres modelos teóricos que más consenso presentan en la literatura y dos de los enfoques emergentes, en este momento, por considerarse los que más impacto han tenido y tienen en la aplicación del modelo de competencias.

Para abordar la elaboración de los diccionarios de competencias, es inexcusable mencionar los listados de competencias ya que han sido el referente en la elaboración de dichos diccionarios, este aspecto se desarrollará en el punto sobre el Diccionario de Competencias, en el que se explicará la estructura y elaboración de los dos más utilizados en la actualidad por los departamentos de recursos humanos de diversas organizaciones.

La aplicación del modelo pasa por la elaboración de “perfiles de competencias”. En este punto se expondrá la metodología, las técnicas utilizadas para su descripción y sus características, así como las ventajas que aporta contar con la descripción de “perfiles de competencias profesionales”.

Aunque no es un elemento central en esta tesis, no podemos dejar de incluir un apartado para hablar de la evaluación de las competencias y de la evidencia empírica de los modelos referenciados.

Esta parte introductoria concluirá con una reflexión, desde el análisis de las ventajas del modelo frente a las dificultades que sigue presentando su conceptualización y puesta en práctica.

1.1.1. Antecedentes del Modelo de competencias en el ámbito laboral

La mayoría de las publicaciones suelen situar los orígenes del Modelo de Competencias a mediados del siglo XX, concretamente en los primeros estudios realizados por David McClelland en la década de los años 60 y cuyos primeros resultados fueron publicado en 1973². El desarrollo de las competencias, aplicadas al ámbito de los recursos humanos, ha seguido una trayectoria en la que podemos incluir, en sus orígenes, diversas contribuciones que han influido hasta llegar a su concepción actual y aplicación en el ámbito laboral y educativo.

Algunas de las contribuciones más importantes en este desarrollo han sido las derivadas de:

- a) El estudio de las diferencias individuales y la psicología educativa. Entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX se desarrollan las primeras técnicas objetivas que permiten medir características y capacidades humanas. Se centran fundamentalmente en la medición de la inteligencia así como en identificar habilidades sensoriales y psicomotoras³. A lo largo de los años 50 cobra una especial relevancia la investigación en el estudio de las diferencias en las manifestaciones del comportamiento. Se estudiaron diferentes aspectos: físico, intelectual, motivación, valores y personalidad en diferentes áreas de aplicación como fue el ámbito de la psicología y de la pedagogía o

de la educación. Por otra parte el rendimiento humano es conceptualizado por McLagan⁴, desde un enfoque diferencial del comportamiento dentro de la psicología, y desde un enfoque educativo del comportamiento. En psicología educativa, el estudio de lo diferencial tiene como interés principal los resultados de rendimiento académico así como la forma de moldear la conducta del sujeto para la obtención de un rendimiento eficiente. Podemos destacar en este área los trabajos de Bloom⁵ cuya finalidad consistía en definir de forma operativa, las categorías taxonómicas con conductas observables, que por otra parte coincide con el enfoque de competencias.

b) La investigación sobre liderazgo. Otra de las contribuciones está en relación con las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el liderazgo. Los estudios realizados, en este sentido, se han enfocado a la identificación de características y al comportamiento del líder en relación a un rendimiento en el área de gestión. La primera iniciativa la podemos encontrar en los estudios realizados por reconocidos expertos en esta área, como los desarrollados por Shippmann³ en su trabajo sobre la práctica del modelo de competencias. En este contexto se han desarrollado los centros de evaluación *Assessment Center* con la intención de satisfacer las necesidades y demandas de las organizaciones en la selección y evaluación de sus líderes y directivos. Junto a estos estudios, también ha tenido una especial relevancia el análisis de los puestos de trabajo.

c) Análisis de los puestos de trabajo. Otra de las líneas de investigación relacionadas con el término de competencia tiene que ver con el desarrollo de los puestos de trabajo. En este enfoque el puesto de trabajo suele estar descrito por una serie de actividades, las cuales deben describir acciones concretas y específicas que se deben realizar en ese puesto de trabajo por la persona que lo ocupa, estaría relacionado con el enfoque de las competencias como tareas realizadas. El desempeño competente, en estos trabajos, es descrito como aquel que se ajusta a un trabajo concreto⁶ y se centra en establecer una descripción de los procedimientos llevados a cabo en cada puesto de trabajo específico. Algunos autores entienden por desempeño competente aquel que se puede observar y posteriormente identificar y describir las diferencias que existen entre los peores y mejores trabajadores. Un ejemplo de ello se puede ver en el trabajo que se llevó a cabo por la consultora Hay- McBer⁷ y que posteriormente será comentado en profundidad.

d) El estudio y concepto de inteligencias múltiples. No se puede dejar de mencionar el estudio relacionado con una nueva concepción que se establece respecto a las posiciones tradicionales del concepto de inteligencia.

Las primeras afirmaciones que McClelland expone en el artículo ya citado² están en relación a que la inteligencia tradicional y las pruebas de aptitud no se relacionan con los resultados importantes que los individuos tienen a lo largo de su vida. Para McClelland las competencias aparecen como destrezas, habilidades, conocimientos, o motivos que están relacionados con el rendimiento en el trabajo o con cualquier otro resultado importante en la vida del sujeto.

Unos años más tarde, Gardner⁸ utiliza un enfoque similar al planteado por McClelland sobre los diferentes tipos de inteligencia en investigaciones neurológicas, en el que estudia poblaciones con talento y otras con el cerebro dañado, para proponer una teoría de "inteligencias múltiples". Considera que la inteligencia es un concepto dinámico integrado por múltiples competencias (flexibilidad, pensamiento analítico, pensamiento conceptual) y posibilidades para desarrollar dichas competencias. Gardner sugiere, igual que McClelland, que los seres humanos poseen una variedad de competencias cognitivas que se pueden observar y analizar de forma eficaz, siempre y cuando "los rendimientos culturales valorados son asesorados en entornos naturalistas". Esto quiere decir, que las competencias se identifican a través de las conductas que los sujetos llevan a cabo en

situaciones concretas y no a través de las medidas que se obtienen de los auto-informes o test de opción múltiple. De esta forma se está considerando no sólo la dimensión técnica, sino también las dimensiones humanas y sociopolíticas; dimensiones fundamentales para la adaptación de los trabajadores a las transformaciones del mercado laboral y de la sociedad en general.

Con todos estos trabajos y evolución es en la década de 1970 cuando se acuña el término de competencia, el cual sigue desarrollándose a lo largo de la década de los ochenta, sobre todo en Europa, donde se pone de moda el concepto de “competencia” en una maraña de intereses de las consultoras y agencias relacionadas con el mercado laboral. El libro publicado por la profesora Levy Leboyer en 1992⁹ centra el concepto de competencia en los enfoques psicológicos, teniendo en cuenta los planteamientos que en ese momento están en boga en la Unión Europea. Relaciona las competencias de los individuos con la misión del puesto de trabajo en una organización concreta. En una obra posterior realiza propuestas de evaluación y desarrollo de las competencias¹⁰ y es a partir de los años noventa, cuando la formación y gestión de los recursos humanos pasa de la ingeniería de la formación a la ingeniería de las competencias. Este concepto, en vía de desarrollo, muestra la importancia, que tanto las organizaciones como los propios individuos, conceden al tema de la competencia profesional.

“Las competencias se valoran como un elemento clave en la obtención de resultados y como ventaja competitiva de las organizaciones. Ante acontecimientos imprevistos, los empleados deberían desarrollar y poner en práctica respuestas idóneas tomando decisiones pertinentes. Estos son algunos de los motivos que llevan a confiar y contar con la profesionalidad de los integrantes de la organización”¹¹.

En este punto, conocer los antecedentes que han ido marcando el concepto y dimensión del término de “competencia”, nos permitirá comprender mejor la evolución y aplicación de dicho concepto, en los diferentes contextos en los que serán abordados en este estudio.

1.1.2. Conceptualización del término “competencia”

El análisis etimológico del término “competencia” se remonta al siglo XV, donde aparecen dos verbos en castellano: *competere* y *competir*. Aunque ambos verbos son distintos, tienen su origen en el mismo verbo latino *competere* que quiere decir “Ir una cosa al encuentro de otra, encontrarse, coincidir”¹². Mientras por *competere* entendemos: pertenecer, corresponder, dando lugar al sustantivo competencia y al adjetivo competente (apto, adecuado). Vemos que *competir*, significa rivalizar, dando lugar al adjetivo competitivo. De manera que, etimológicamente, se dan tres significados: competencia, como pertenencia o incumbencia, como aptitud o adecuación y como rivalidad o competición. Por otra parte, complica aún más la situación el hecho de que el sustantivo competencia es común a los dos verbos¹³. Esto hace que, en ocasiones, de lugar a diferencias que consisten en pequeños matices semánticos, difíciles de diferenciar, y que complican la pureza del uso en los entornos profesionales y/o educativos, como podremos ver en el punto que desarrollaremos posteriormente sobre su conceptualización y modelización.

El origen de la confusión existente sobre este concepto tiene como resultado que en muchas ocasiones a un mismo concepto se le pongan diferentes etiquetas o bien, que a diferentes conceptos se le asigne una misma etiqueta.

Esta situación de variedad sobre el término “competencia” no ocurre solo en nuestro país, está presente en la literatura internacional lo que, como veremos, también, más adelante, da lugar a distintas corrientes.

1.1.2.1. Competencia profesional

El concepto de competencia ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, tanto en el ámbito laboral como en el educativo. En el ámbito laboral, dentro del área de la psicología del trabajo y gestión de los recursos humanos. Como ya se ha comentado, la primera definición de “competencia” se le atribuye a David McClelland², que define las competencias como: aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente. En esta investigación el autor plantea la ineficacia de los métodos tradicionales de evaluación en la gestión de los recursos humanos articulados principalmente a partir de expedientes académicos y cocientes intelectuales, centrando su búsqueda en aquellos repertorios de conductas que ponen en juego los trabajadores excelentes en un puesto de trabajo y en una cultura organizacional concreta, que los diferencia de los trabajadores con resultados mediocres en las mismas condiciones.

Siguiendo la dirección de los estudios de McClelland, Richard Boyatzis¹² hace hincapié en que la competencia es una característica del individuo que utiliza en un momento determinado, se trataría de una “característica subyacente de la persona, la cual puede ser un motivo, un rasgo, una habilidad, un aspecto de su imagen personal o de su rol social, o un cuerpo de conocimiento, el cual él o ella usa”. Relaciona la competencia con un desempeño bueno o excelente en un determinado trabajo. Boyatzis hace referencia a características estables en el tiempo, entendemos que, si esto fuera así serían un buen predictor de rendimientos futuros. Por ejemplo, la evaluación de las competencias de los estudiantes al terminar el grado, sería un predictor de su rendimiento como futuros enfermeros.

Ampliando el concepto de competencia aportado por Boyatzis, los trabajos de Spencer y Spencer¹³ plantean la competencia como una característica subyacente en un individuo, causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación. Si analizamos las partes de esta definición, observamos lo siguiente:

- a) Característica subyacente, entiende la competencia como una parte profunda de la personalidad que puede predecir el comportamiento en una amplia variedad de situaciones laborales.
- b) Causalmente relacionada, se refiere a que la competencia origina o anticipa el comportamiento y el desempeño.
- c) Estándar de efectividad, significa que la competencia nos aporta información sobre quien hace algo bien, comparado con un criterio general o estándar.

La aportación de Spencer estaría relacionada con la necesidad de incorporar criterios generales, que permitan la comparación entre las competencias actuales del sujeto y las deseadas según el puesto de trabajo.

Para una de las autoras más relevantes en este campo de estudio, Levy-Leboyer¹⁰, las competencias son repertorios de comportamientos que unas personas dominan mejor que otras, siendo capaces, incluso, de transformarlas y hacerlas más eficaces en una determinada situación. Las competencias se refieren a situaciones y tareas del trabajo y a cómo el individuo es capaz de regular sus capacidades con el entorno.

Le Bortef¹¹ plantea un concepto novedoso al considerar al propio individuo como el constructor de sus propias competencias, el sujeto moviliza los recursos que va incorporando (conocimientos, cualidades personales, experiencias) y recursos que se encuentran disponibles en sus redes profe-

sionales, documentales, bases de datos. Este autor define las competencias como un saber actuar validado, saber movilizar, combinar, transferir recursos (conocimientos, capacidades...) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad concreta. En base a esto se consideraría competente a aquel profesional de la enfermería, capaz de gestionar situaciones profesionales que van siendo cada vez más complejas, por ejemplo el paso de una Unidad de Cuidados básicos a una Unidad de Cuidados Críticos.

Dentro del contexto nacional, destacamos la conceptualización que sobre las competencias han realizado autores como Pereda y Berrocal. Estos autores, incluyen la eficacia y eficiencia en el concepto de competencia –conjunto de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta–. Por primera vez aparece en la literatura la alusión a la eficacia y eficiencia como conceptos que van unidos al de competencia¹⁴.

En esta misma línea García Saiz¹⁵ entiende las competencias como un conjunto de comportamientos observables que están relacionados causalmente con un desempeño satisfactorio, bueno o excelente en un trabajo y organización o en una situación social determinada. En esta definición se incorpora la situación social, que en definiciones anteriores no se habían contemplado.

La contribución de Tejada¹⁶ es la incorporación del concepto de desarrollo. Este concepto es clave en uno de los procesos más importantes que se llevan a cabo en la gestión de los departamentos de Recursos Humanos. Para Tejada, el concepto de competencia es indisociable de la noción de desarrollo. Como resultado de dicho proceso de adquisición, igualmente, se incrementa el campo de las capacidades entrando en un bucle continuo que va desde las capacidades a las competencias y de éstas a las capacidades, iniciando de nuevo el ciclo potenciador en ambas direcciones, sin interrupción.

Para la profesora Elvira Repetto¹⁷ el término de competencia hace referencia a la *“integración de los tres niveles de funcionamiento humano habitualmente representados por el acrónimo CHA (conocimientos, habilidades y actitudes)”*. Como ya se ha presentado en la definición de otros autores, lo que desarrolla de forma más intensa esta autora tiene que ver con el desarrollo de las denominadas competencias psicosociales. Estas competencias son de especial importancia para los profesionales de enfermería, como ejemplo podemos mencionar el autocontrol y la empatía.

Dentro del ámbito de las ciencias de la salud y de forma específica en la disciplina enfermera, la competencia es definida por Gómez del Pulgar¹⁸, como la:

“Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”.

Esta conceptualización es, posiblemente, una de las más fáciles de identificar con el contexto de los cuidados enfermeros, al incorporar de forma explícita “los valores” como algo inherente a la profesión enfermera.

La competencia, no sólo ha sido conceptualizada en el ámbito laboral, por diferentes autores, como acabamos de describir, este concepto también está presente en el ámbito institucional dentro del área de la educación y de la salud. Su definición proporciona un marco de referencia a la hora de abordar el estudio y la comprensión de los programas formativos y educativos, además de señalar diversos matices en su aplicación práctica.

Centrándonos en la disciplina enfermera, en su ámbito asistencial y educativo, se analizarán las definiciones que se dan desde diversos organismos y cómo viene recogida en diferentes normativas relacionadas con el ejercicio profesional.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras¹⁹, se define la competencia como “Un nivel de realizaciones que demuestran la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio, y señala que todo es mayor que la suma de las partes”. En esta definición se pone de manifiesto la importancia de no desagregar los componentes de las conductas efectivas. También en la legislación española, la competencia está íntimamente relacionada con la toma de decisiones profesionales²⁰.

Hasta este momento todo lo que hemos tratado ha estado relacionado con el ámbito laboral. Es a partir del proceso de Bolonia, normativa, de la reforma universitaria, cuando este concepto se instaura en el ámbito de la educación superior, como veremos a continuación.

1.1.2.2. Competencia educativa

En el ámbito educativo, el concepto de competencia deriva del ámbito profesional y se incorpora con la creación del Espacio Europeo de Educación Superior, materializado con el desarrollo a nivel europeo del Proyecto Tuning.

En el año 2000, un grupo de universidades, en el marco de las reformas universitarias planteadas en Bolonia, elaboró un proyecto piloto denominado Proyecto *Tuning Educational Structures in Europe*^{*}. Este proyecto se propone determinar las competencias genéricas y las específicas de cada disciplina del primer y segundo ciclo²¹. Las competencias se describen como puntos de referencia para la elaboración y evaluación de los planes de estudio. Permiten flexibilidad y autonomía en la elaboración de los planes de estudios y, al mismo tiempo, introducen un lenguaje común para describir los objetivos de los planes. Define la competencia en los siguientes términos:

“Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”²².

Como podemos ver en esta definición se tienen en cuenta diversos componentes de la competencia como: la capacidad no sólo de conocer, sino de comprender el conocimiento específico de un área disciplinar; saber aplicar este conocimiento a situaciones concretas y asumir la responsabilidad, implícita en los valores, de percibir a los otros y vivir en un contexto socio-cultural.

Otro de los organismos que nace y está vinculado a la nueva concepción de la educación superior es la Agencia Nacional para la Evaluación y Calidad de la Enseñanza Superior (ANECA)[≠], que alude al término competencia como:

* El Proyecto Tuning incide en dos funciones principales de la universidad:

- Proporcionar los medios para garantizar un aprendizaje de alto nivel y calidad. Desde la perspectiva de trabajo del alumno, este es el objetivo que se pretende.
- Diseñar proyectos formativos que sitúen a los estudiantes en condiciones de generar aplicaciones prácticas para mejorar la vida social así como el área profesional de cada titulación, a la que hace referencia la enseñanza basada en competencias.

≠ Mediante el Real Decreto 1947/1995, de 1 de diciembre, se establece el Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las Universidades, el marco de la Convergencia Europea de los Estudios de Educación Superior. Para ello se crea la Agencia Nacional para la Evaluación de la Calidad y Acreditación universitaria. Entre sus actividades están: la certificación y evaluación del profesorado, la evaluación y acreditación de las instituciones universitarias y la aprobación de los títulos oficiales.

“un conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa”²³.

En esta definición podemos ver la vinculación entre las competencias establecidas en el ámbito laboral y el desarrollo de las mismas en el mundo académico, como base de los programas formativos.

Nos interesa destacar en este punto y a modo de resumen, aquello qué tienen en común las diferentes definiciones (Tabla 1), y a su vez reconocer los matices que puedan diferenciarlas

Tabla 1. Definiciones de competencia, según orden cronológico.

AUTOR	DEFINICIÓN DE COMPETENCIA
McClelland 1973	Aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente.
Richard Boyatzis 1982	Característica subyacente de la persona, la cual puede ser un motivo, un rasgo, una habilidad, un aspecto de su imagen personal o de su rol social, o un cuerpo de conocimiento, el cual él o ella usa.
Spencer y Spencer 1993	Característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación.
Levy-Leboyer 1997	Repertorios de comportamientos que unas personas dominan mejor que otras, incluso son capaces de transformarlas y hacerlas más eficaces en una situación determinada.
Le Bortef 2001	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
Pereda y Berrocal 2002	Conjunto de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta
García Saiz 2003	Un conjunto de comportamientos observables relacionados causalmente con un desempeño satisfactorio, bueno o excelente en un trabajo y organización dados o en una situación social determinada.
Tejada 2005	El concepto de competencia es indisoluble de la noción de desarrollo. Como resultante de dicho proceso de adquisición igualmente se incrementa el campo de las capacidades entrando en un bucle continuo que va desde las capacidades a las competencias y de éstas a las capacidades, iniciando de nuevo el ciclo potenciador en ambas direcciones, en un continuum inagotable.
Repetto 2007	Integración de los tres niveles de funcionamiento humano, habitualmente representados por el acrónimo CHA (conocimientos, habilidades y actitudes).
Mercedes Gómez del Pulgar 2011	Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles.
Consejo Internacional de Enfermeras	Un nivel de realizaciones que demuestran la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio, y señala que todo es mayor que la suma de las partes
Artículo 42. Ley de Cohesión y Calidad del SNS	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.
Proyecto Tuning Educational Structures in Europe	Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo.
ANECA	Conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa.

Estos aspectos comunes se pueden agrupar en los siguientes elementos:

- 1) Las competencias son comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, esto las hace eficaces en determinadas situaciones.
- 2) Son características o atributos personales: conocimientos, aptitudes, habilidades, concepto de uno mismo. Estas características funcionan como un todo inseparable que no es comparable a la suma de atributos individuales.
- 3) Están relacionadas causalmente con formas de hacer que producen resultados de éxitos, manifestándose a través de comportamientos observables, logrando que estos resultados se produzcan en diferentes contextos.
- 4) Las competencias son el puente de unión entre las características de las personas y las características necesarias para el desempeño de un puesto de trabajo específico.
- 5) Se dan en distintos escenarios prácticos, para actuar ante situaciones o problemas diferentes²⁴.

Si bien estos son elementos comunes, entre las diferentes definiciones que podemos encontrar sobre “competencia”, también existe relación con otros conceptos como: capacidad, destreza, cualificación, etc., que en ocasiones y de forma errónea suelen utilizarse como sinónimos de dicho término.

1.1.3. Conceptos profusos y difusos relacionados con la competencia profesional

Acabamos de desarrollar los elementos que subyacen a las diferentes definiciones de la competencia, encontrando relación con otros conceptos que, en ocasiones, suelen utilizarse como sinónimos, cuando no lo son. Dichos conceptos se mencionarán a lo largo de este trabajo, por lo que su clarificación resulta de gran importancia.

Para analizar estas diferencias, entre conceptos similares, se seguirá la propuesta de García San Pedro (Tabla 2)²⁵.

Como se puede apreciar en la información recogida en esta tabla, la competencia comparte elementos y matices con otros conceptos afines, que en ocasiones son utilizados de manera indiscriminada, sin que esto permita una identificación total con dichos conceptos como explica la autora:

“El concepto de competencias, construido sobre bases biopsicosociales y enriquecido por todas las dimensiones personales, le otorga un matiz plurisemántico, sin embargo su carácter complejo, dinámico, de desempeño efectivo y contextualizado señalan su diferenciación específica.”

De las confusiones más habituales que se mencionan, está la que suele darse entre competencia y habilidad. Uno de los planteamientos más clarificadores es el que se centra en el estudio y aplicación de la competencia y no tanto en los elementos que la componen (Tabla 3)²⁶.

Tabla 2. Conceptualización de competencias: términos afines.

TÉRMINO	CONCEPTUALIZACIÓN	RELACIÓN CON EL CONCEPTO DE COMPETENCIA
CUALIFICACIÓN PROFESIONAL	Término que se emplea para referirse a la capacidad general de desempeñar todo un conjunto de tareas y actividades relacionadas con un oficio y apoyadas en una certificación acreditativa.	Las competencias a diferencia de las cualificaciones, enfatizan su desempeño en procesos personales y profesionales específicos, donde lo central es la adaptación al cambio y la flexibilidad en el desempeño de actividades. Las cualificaciones profesionales serían, por tanto, un elemento previo para la definición de competencias
CAPACIDAD	Son condiciones cognitivas, afectivas y psicomotrices fundamentales para aprender y denotan la dedicación a una tarea. Son el desarrollo de las aptitudes. La capacidad sobre una dimensión, mientras que la competencia es acto, es decir actualización de los saberes en respuesta a una situación. Como modelo educativo, el desarrollo de la capacidad enfatiza la posibilidad de responder a un contexto de incertidumbre, desconocido. Esta es la diferencia básica con las competencias.	Las competencias, en este sentido, tienen como uno de sus componentes las capacidades con el fin de llevar a cabo una actividad
DESTREZA	Las destrezas son mediadoras entre las capacidades y las habilidades, su adquisición supone el dominio, tanto de la percepción frente a los estímulos como de la reacción eficaz para ejecutar la tarea. La eficacia y la flexibilidad son dos cualidades que la definen.	Las competencias tienen las destrezas como base para la actuación, y difieren de éstas en que integran el conocimiento, los procedimientos y las actitudes en la búsqueda de objetivos a corto y largo plazo.
HABILIDAD	Consiste en cualidades que permiten realizar tareas y actividades con eficacia y eficiencia.	Las competencias buscan también la eficiencia y eficacia, y además integran la comprensión de la situación, conciencia crítica, espíritu de reto, responsabilidad por las acciones y desempeño basado en indicadores de calidad.
ACTITUD	La actitud es una disposición afectiva para la acción y constituye el motor que impulsa al comportamiento en los seres humanos. Inducen la toma de decisiones y el despliegue de un determinado tipo de comportamiento acorde con las circunstancias del momento.	A este respecto, las competencias se componen de cuatro saberes: saber conocer, saber hacer, saber estar y saber ser. El saber ser, a la vez, está integrado por valores, estrategias psico-afectivas y actitudes. Por lo tanto, las competencias son un proceso de actuación amplio y las actitudes uno de sus componentes.
APTITUD	Es la disposición para el buen desempeño, y no necesariamente remite al logro o realización afectiva en una situación determinada, es decir, tiene una dimensión potencial.	Las aptitudes favorecen la adquisición de competencias.
RASGOS DE PERSONALIDAD	Permite caracterizar a los individuos y explicar la variación de sus comportamientos en la ejecución de tareas específicas	Las competencias afectan a la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad y también conocimientos adquiridos para cumplir bien una tarea compleja en un contexto determinado y dentro del espíritu de una estrategia y cultura identificadas (Levy-Levoyer, 1997)
EXPERIENCIA PERSONAL	A diferencia de los saberes conceptuales y procedimentales, el saber experiencial es privado y pertenece al sujeto en el encuentro con la práctica misma.	Enriquece el desempeño, refuerza la dimensión de arte y de creación personal. Este rasgo para el ámbito educativo es crucial, pues permite contemplar la vertiente individual del educando

Tabla 3. Distinción entre habilidad y competencia.

CRITERIOS DE DIFERENCIACIÓN	HABILIDAD	COMPETENCIA
1. <i>Naturaleza de la manifestación</i>	Sistema o secuencia de conductas abiertas	Actividades medidas cognitivamente
2. <i>Naturaleza de las tareas</i>	Rutinarias o programadas	No rutinarias o no programadas
3. <i>Características ambientales</i>	Tratan con ambiente estable	Tratan de un ambiente complejo y voluble
4. <i>Generalización a otras tareas o situaciones</i>	Limitada a tareas o situaciones parecidas	Extendidas a un amplio rango de tareas y situaciones
5. <i>Locus/motivo principal</i>	Dirigida por tareas	Dependientes de la persona
6. <i>Potencial genérico</i>	Fijo	Ilimitado

Una vez que se ha revisado el concepto de competencia por diferentes autores y organismos, y analizadas las diferencias con otros términos afines; se aprecia que en las mayoría de las definiciones, aunque no siempre queda expresado de forma explícita, el concepto de competencia es indisoluble de la noción de desarrollo¹⁶.

Como se puede observar en las diferentes conceptualizaciones que se presentan, la competencia o competencias lejos de tener un significado unívoco es una concepción polisémica y como afirma Guerrero²⁷, se acomodan a la audiencia y al medio en el que se ponen en práctica en un determinado momento.

A modo de conclusión y recogiendo diferentes aspectos y matices de las definiciones expuestas, se presenta una definición propia de “*competencia*” que pretende orientar de forma específica el tema de estudio, aunando las características que han sido presentadas por los autores que consideramos más significativos. Se entiende la competencia, como **la manifestación de un comportamiento que evidencia un dominio específico en un determinado contexto y situación, pudiendo ser evaluado y desarrollado en relación a un criterio previamente definido para ese comportamiento.**

La definición propuesta aporta la necesidad tener un comportamiento previamente definido que debe servir como criterio de evaluación del comportamiento que evidencia el sujeto en un determinado contexto y en un dominio específico.

1.1.4. Componentes y características de la competencia

Una vez revisado el concepto de competencia y analizadas las diferencias con otros conceptos afines, es necesario examinar sus componentes, ya que sin una conjunción de los mismos no se producirá la competencia, entendida esta como un comportamiento o conducta deseada.

Según García Sáiz²⁸ los componentes de la competencia son:

- a) Saber: Conjunto de conocimientos relacionados con los comportamientos incluidos en la competencia. Pueden ser de carácter técnico (orientados a la realización de tareas) y de carácter social (orientados a las relaciones).

Si tomamos como ejemplo la figura del tutor de prácticas clínicas en su actividad de planificación del aprendizaje, lo primero que debe poseer esta persona son conocimientos sobre

las bases teóricas y metodológicas de la planificación y del aprendizaje, de manera que le permitiera realizar la planificación del proceso de aprendizaje específico, en una Unidad de Enfermería o Centro de Salud, y durante ese periodo de prácticas clínicas. Necesita este saber, sin el cual no podrá actuar. Aunque no por el hecho de poseer este conocimiento implique, necesariamente, que este sea aplicado de forma adecuada. Para que esto suceda, además del conocimiento, es necesario que la persona SEPA HACER.

b) Saber hacer: Conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos que se poseen. Se puede tratar de habilidades técnicas, sociales, cognitivas, etc.

Este saber hacer, en este caso del TPCE, se da en el seno de las organizaciones sanitarias (hospitales, centros de salud) que se caracterizan por tener una cultura que es compartida por sus miembros de manera que se va a reflejar en un SABER ESTAR.

c) Saber estar: Conjunto de actitudes acordes con las principales características del entorno organizacional y/o social (cultura, normas, etc.). En un sentido amplio, valores, creencias y actitudes en tanto elementos favorecedores de determinados comportamientos en un contexto dado.

Todos estos componentes, aun siendo necesarios, no son suficientes para que se produzca el comportamiento deseado, es fundamental la motivación de la persona. En el caso del TPCE, es necesario que la persona quiera realizar esta actividad con una orientación de excelencia.

d) Querer hacer: Conjunto de aspectos motivacionales responsables de que la persona quiera o no realizar los comportamientos propios de la competencia. Se trata de factores de carácter intrínseco y/o extrínseco que determina que la persona se esfuerce o no por mostrar la competencia. Y por último, aunque se hayan cumplido todos los requisitos mencionados, la competencia no se podrá evidenciar de no ser que se den unas condiciones factibles tanto por parte de la persona como por parte del entorno que nos permita PODER HACER

e) Poder hacer: conjunto de factores relacionados con la capacidad personal (aptitudes y rasgos), así como con el grado de “favorabilidad” del medio (condiciones, medios y recursos disponibles). Este último componente, no forma parte como tal del concepto de competencia, sin embargo sin él, el comportamiento deseado no podría llevarse a cabo.

Aunque los componentes de la competencia han sido presentados por separado, con el fin de facilitar su comprensión, no se puede considerar esta separación cuando se aplica a un caso concreto. Cada uno de los comportamientos que están definidos en una competencia, es el resultado de todos y cada uno de estos componentes. Por lo tanto, la competencia es la unión integrada de todos los componentes en el desempeño profesional, como se puede ver en la (Figura 1)²⁹.

Como apunta Pereda y Berrocal es posible que no podamos conocer la naturaleza precisa de las interacciones que se producen entre los distintos factores, pero sí podemos utilizar las evaluaciones de los mismos para conocer el potencial de cada persona para llevar a cabo los comportamientos exigidos. Esto nos permite conocer los puntos fuertes y áreas de mejora de la persona, a través de la comparación entre las conductas que evidencia y las que están descritas en el perfil de competencias para ese puesto de trabajo determinado.

El conjunto de estos elementos es el que hace posible visibilizar la conducta a través del “hacer”, esto permite establecer los diferentes niveles de desempeño de cada individuo en el ámbito profesional, educacional y/o personal, tanto en la realización de una actividad técnica como en una actividad social.



Figura 1 (modificada). Componentes de la competencia.

Estos componentes a su vez tienen unas características que se deben destacar:

- a) Actúan de forma conjunta sobre la conducta.
- b) No son independientes entre sí, ya que las variables predictoras tienen diferentes niveles de correlación entre ellas y con el criterio. El criterio puede ser el rendimiento que se espera en el trabajo o en una asignatura concreta.
- c) La influencia en el rendimiento va a derivar de las interacciones que se producen entre estas variables, de manera que se pueden hacer predicciones exactas. Un ejemplo sería: El rendimiento en una persona es mayor o menor dependiendo de si tiene un mayor grado de conocimiento, bajo nivel de habilidades o viceversa.

En cuanto a las características de las competencias en algunos autores^{30,31}, afirman que estas harían referencia a cualquier variable individual, que se pueda medir de un modo fiable. De este modo se puede demostrar, que es la diferencia significativa entre las formas de actuar de los trabajadores que consiguen un desempeño excelente.

Dentro de estas características se plantean:

- a) Motivo: una necesidad subyacente o una forma de pensar que impulsa, orienta y selecciona la conducta de una persona; por ejemplo, la necesidad de logros.
- b) Rasgo de carácter: una predisposición especial a conducirse o reaccionar de un modo determinado; por ejemplo, confianza en uno mismo, autocontrol, resistencia al estrés.
- c) Concepto de uno mismo (actitudes o valores): medido por medio de un test de respuestas, en el que se le pide a la persona que diga lo que piensa, lo que valora, lo que hace o lo que está interesado en hacer.
- d) Contenido de conocimientos: de hechos o procedimientos, tanto técnicos (como reparar un ordenador averiado) como interpersonales (conocer técnicas de asertividad). La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo muestra que estos contenidos de conocimiento, rara vez sirven para diferenciar a los trabajadores de actuación superior de aquellos otros que tienen una actuación media.
- e) Capacidades cognitivas y de conducta: ya sean ocultas, sería el caso de aplicar el razonamiento deductivo o inductivo, u observables como demostrar la capacidad de un proceso de escucha activa.

1.1.5. Modelos y enfoques emergentes de las competencias profesionales

1.1.5.1. Modelos teóricos de competencias

Las múltiples definiciones del concepto de competencia, que se han desarrollado en el apartado anterior, se identifican con diferentes tendencias o formas de enfocar este concepto por diversos autores. Tras una revisión de la literatura realizada por Reppeto¹⁷, en relación a las aproximaciones teóricas sobre el estudio de las competencias, los expertos llegan a la conclusión de que son tres las perspectivas o modelos principales, siendo los más aceptados en el plano internacional y que serían: el conductista, funcionalista y el constructivista.

En la (Tabla 4)³² se presenta un resumen de los modelos principales de competencia. Estos modelos también son conocidos por otras denominaciones como: el modelo americano para referirse al conductista, el modelo anglosajón cuando hablamos del modelo funcionalista y el modelo francés en relación al constructivista.

Tabla 4. (modificada) Modelos principales de competencia.

CONDUCTISTA	FUNCIONALISTA	CONSTRUCTIVISTA
Este enfoque se caracteriza en que los resultados se evidencian en aquello que hacen los mejores, por conductas o comportamientos observables, registrables y medibles. Las competencias son cualidades que poseen los mejores al alcanzar la excelencia o éxito en la actividad o conjunto de actividades.	Centra su análisis en las diferentes relaciones que se dan en las organizaciones entre resultados, capacidades, conocimientos, actitudes, habilidades y aptitudes de los diferentes miembros de la organización, comparándolos unas con otras.	Valora las relaciones mutuas y las interacciones entre los grupos y su entorno así como entre situaciones de trabajo y de superación. La competencia se construye a partir de la función, dando la misma importancia al sujeto a sus objetivos y sus posibilidades.

Modelo conductista

El primer enfoque corresponde al Modelo de análisis conductista, analítico o molecular. Surge en Estados Unidos en los años 70 también denominado “Modelo Americano”. Es importante señalar que este enfoque no se refiere estrictamente a la corriente psicológica del conductismo, sino más bien al estudio de la persona que realiza bien su trabajo.

El análisis desde un enfoque conductista parte de la persona que desempeña su trabajo de acuerdo a los resultados previstos. El énfasis está en el desempeño excelente y las competencias son las características subyacentes que causan la acción de una persona, como apunta Boyatzis¹². Este modelo está defendido por una serie de autores que consideran que el análisis de las competencias debe centrarse en el ámbito conductual, es decir, en todos aquellos comportamientos observables en los que se dan tres componentes: saber, saber hacer y saber estar.

Las competencias por tanto, no serían elementos aislados, sino la integración de diversos elementos claramente contextualizadas, ya que para su observación es necesario que una persona esté en el contexto de acción de un trabajo específico³³. Aquellas competencias que están presentes en los mejores trabajadores se convierten en referentes para ese puesto de trabajo. Es necesario tener definidos los criterios de desempeño, que se traducen en la descripción de comportamientos

específicos. Para identificar dichas conductas se suelen utilizar, entre otras técnicas, la técnica de Entrevista de Incidentes Críticos*. Esta técnica se centra en conocer con detalle todas las conductas, tanto positivas como negativas, que el sujeto lleva a cabo en situaciones críticas de su trabajo. La identificación de las competencias que tienen los trabajadores con mayor rendimiento y éxito en su trabajo, determinan el “perfil de competencias” que sería el conjunto de competencias para un puesto de trabajo específico a elaborar para todos los trabajadores. A través de esta técnica se identifican tanto las conductas positivas como aquellas que no lo son y que están relacionadas con este desempeño superior. El enfoque conductista pone el énfasis en que la conducta sustenta la competencia.

Entre las desventajas de este modelo podemos destacar:

- a) Ambigüedad en la definición del concepto de competencia. Al ser tan amplia la definición de competencia, puede referirse a cualquier cosa, sin centrarse en lo que es realmente importante como: motivaciones, habilidades, conocimientos.
- b) La distinción entre competencias mínimas y competencias efectivas no está clara. En ocasiones, es una cuestión de pequeños matices.
- c) Los modelos no son útiles para organizaciones que trabajan con cambios rápidos, al ser los modelos relacionados con el éxito en el pasado¹⁸.

Modelo funcional

El segundo enfoque, es el Modelo de Análisis Funcional también denominado de cualidades o atributos. Los orígenes del enfoque del análisis funcional se encuentran en Gran Bretaña, en la escuela de pensamiento funcionalista que procede de la sociología, aplicada como filosofía básica del sistema de competencia laboral.

Las competencias son concebidas como una combinación de atributos o rasgos (trabajo en equipo, liderazgo, autocontrol) que están relacionadas con un desempeño exitoso.

Este modelo se centra en la descripción del puesto de trabajo y en su relación con la estrategia global de la organización. Requiere establecer relaciones causales entre los resultados de diferentes organizaciones y los conocimientos, habilidades y aptitudes de sus trabajadores. Desde el punto de vista metodológico esta es una de las fortalezas de este modelo. Para establecer estas relaciones es necesario definir una serie de indicadores, observables, que son aquellos que causan los rendimientos superiores (variables predictoras).

Este enfoque concibe la competencia en relación a lo que una persona debe hacer y no a lo que hace, que es la referencia en el modelo conductista. Se describe una conducta que la persona debe ser capaz de realizar. El análisis se centra en comparar las relaciones existentes entre los resultados exitosos de una organización y la relación de estos resultados con las habilidades y/o conocimientos que tienen sus miembros, para posteriormente comparar unas organizaciones con otras. La competencia se refleja en el “saber” que evidencia el conocimiento del individuo, el “saber hacer” denota las habilidades y destrezas y el “saber ser” sus actitudes. Se orienta a las competencias genéricas y universales, desde el planteamiento de que el aumento del rendimiento es necesario

*La entrevista de incidentes críticos, consiste en pedir al entrevistado que relate con todo lujo de detalles (qué sucedió, qué pensó, qué sintió, quiénes intervenían en la situación), una situación que haya vivido en relación a una competencia que queramos valorar. Por ejemplo, si queremos evaluar la competencia de trabajo en equipo le pediremos al entrevistado que nos cuente una situación en la que haya trabajado en equipo). La diferencia con otro tipo de entrevistas es que en esta se recogen conductas que el sujeto ha llevado a cabo, y no sólo la opinión que pueda tener, por ejemplo si nosotros le preguntamos “¿sabe usted trabajar en equipo?”.

para la supervivencia de cualquier organización. Se buscan los conocimientos y habilidades más importantes para resolver un problema o encontrar un resultado.

“Según una antigua y sabia regla, las verdades sólo aparecen en contexto, mientras que los errores aparecen en forma aislada. Cuando el análisis funcional logra demostrar conexiones, pese a la gran heterogeneidad y diversidad de las apariencias, puede funcionar como indicador de la verdad”³⁴.

En el sistema de competencias inglesas, el análisis funcional comienza con la identificación de objetivos principales de la organización a continuación se debe responder a la pregunta ¿qué debe suceder para conseguir dicho objetivo? En la respuesta se encuentra la relación entre el problema y su posible solución. Este proceso se repite sucesivamente, mediante esta aproximación sistemática se consigue que los objetivos de las actividades estén siempre presentes³⁵.

La mayor crítica a esta metodología es que solamente identifica qué es lo que se ha logrado pero no identifica cómo se ha realizado. Algunos autores³⁶ lo expresan de la siguiente manera:

“El análisis funcional parte de lo existente como contingente, como probabilidad, y lo relaciona con puntos de vista del problema, que en este caso es un determinado resultado esperado de la empresa», «las verdades sólo aparecen en contexto... y son las conexiones entre contextos diversos los que comprueban la función”.

Esta propuesta para el análisis de la competencia como relación integrada que estudie la combinación de atributos como el conocimiento, la destreza o habilidad, así como las actitudes que son necesarias para el desempeño de situaciones específicas, la definen así:

“Integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo. Nos permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente (...) y el hecho de que es posible ser competente de diferentes maneras”.

Desde esta perspectiva se destaca que el desempeño es observable directamente, pudiéndose establecer los estándares de la competencia en diferentes niveles según las necesidades.

En este enfoque las competencias reflejan una serie de valores que están relacionados y recogen los valores, la misión y el plan estratégico de la organización¹⁸.

Modelo constructivista

Y por último el tercer enfoque en el Modelo de análisis constructivista, holístico o integrado. Surge en Francia en la década de los 70 del siglo XX, aunque su aplicación se ha extendido a Australia e Inglaterra. Es el modelo menos difundido y podría verse integrado en alguno de los modelos anteriormente descritos. En él se señala el carácter emergente de las competencias, teniendo como base el proceso de elaboración de las mismas por el propio investigador.

Se entiende la competencia como un proceso integrador entre las actividades desempeñadas (comportamientos) las características de la persona y el contexto.

Los trabajos de investigación de autores franceses^{10,11} en este campo, proponen un concepto de competencia que es indisociable del concepto de desarrollo de la persona, normalmente produci-

do por procesos de formación así como de la propia experiencia, esta visión encaja en el modelo constructivista. Las competencias no se definen de antemano, estas se construyen a partir de los procesos de solución de problemas y de las disfunciones que se detectan en la organización.

Desde este análisis se considera que las personas desarrollan sus conocimientos y habilidades en un puesto de trabajo determinado y en una organización concreta, aunque la persona no tuviera las competencias requeridas con anterioridad.

Una de las diferencias que podemos resaltar, en su comparación con el modelo conductista es que mientras este modelo para construir el perfil de competencias, toma como referencia a los trabajadores con un mayor y mejor rendimiento, el enfoque constructivista utiliza en su metodología el análisis de las personas con el menor nivel educativo por las siguientes razones:

- a) Si se manifiesta de forma abierta y explícita confianza en las personas, ofreciéndoles la posibilidad de aprender por ella misma, esta puede aprender mucho y de forma rápida
- b) Es necesaria la participación de los implicados, en el aprendizaje, en la selección de los contenidos. Hacerles partícipes en la construcción de su aprendizaje. Los procesos de capacitación incluyen la vinculación de actividades intelectuales y motoras, teniendo en cuenta un desarrollo personal junto al desarrollo profesional o laboral. Se concede una especial importancia al desarrollo de la capacidad de adaptación permanente a los cambios producidos en el entorno personal y profesional.
- c) La estrategia de formación en la que se alternan los periodos de formación práctica y teórica. Se parte del principio, cuando una persona aprende se desarrollan nuevas competencias.
- d) Hay una clara influencia del entorno sobre la capacitación, esta, a su vez, influye sobre el entorno llegando a ser determinante tanto en la vida individual como en la colectiva.

La definición de competencia debe plantearse en el entorno de lo colectivo, desde el enfoque constructivista.

- e) Cuando se eligen las actividades deben estar presentes todos los actores (tutores, ejecutivos de la empresa, coordinador y trabajadores). Cada persona asociada a la acción tiene su propia concepción del oficio, de la capacitación y de sus contenidos.
- f) Cuanto más se consulta a los trabajadores, poco cualificados, sobre sus tareas y sus necesidades de capacitación, más se le involucra en su propia capacitación. Su motivación aumentará al ser el guía de su propia capacitación. Cuando ya están dados los primeros pasos, se produce el fenómeno de la interacción: a mayor integración del trabajador, será mejor reconocido en su lugar, y se desarrollará con mayor rapidez.

Para finalizar se puede decir, que el análisis constructivista de la competencia se caracteriza por la implicación en la participación de todas las personas involucradas en una organización, cualquiera que sea el nivel de conocimientos y educación que tengan, a diferencia de los modelos anteriores, que se centran en los profesionales más exitosos³⁷.

Parece evidente que todas estas razones se pueden extrapolar al ámbito de la educación universitaria en el desarrollo de competencias profesionales en los estudiantes. El estudiante sería el equivalente al trabajador al que nos hemos referido en este modelo¹⁸. Donde dicho estudiante adquiriría las competencias expresadas en términos de resultados de aprendizaje, a través un aprendizaje constructivista que requiere de la participación activa de este, mediante estrategias formativas que contemplen la relación entre los aspectos teóricos que se han visto en el aula y la aplicación a la práctica en un entorno real.

En la (Tabla 5)³⁸ podemos ver las características y sus diferencias de los tres modelos en relación al análisis de las competencias profesionales.

Tabla 5 (modificada). Diferencias entre tipos de competencia en relación a los modelos.

FUNCIONAL	CONDUCTISTA	CONSTRUCTIVISTA
Normas de rendimiento desarrolladas y convertidas por la industria.	Grupos de competencia desarrollados por investigación basada en excelentes ejecutores	Competencias desarrolladas por procesos de aprendizaje ante disfunciones y que incluye a la población menos competente
Normas basadas en resultados (referencia a criterio)	Normas orientadas a resultados (validadas por criterio)	Normas construidas a partir de resultados de aprendizaje
Normas de competencia ocupacional (rendimiento real en el trabajo)	Proceso educacional (desarrollo de la competencia)	Procesos de aprendizaje por alternancia en planta
Marca fija de rendimientos competentes, convenida sectorialmente	Especificaciones por rendimiento superior definido por investigación educativa	Especificaciones definidas por los alcances logrados en planta por los trabajadores.
Producto: competencias duras	Producto: competencias blandas	Producto: competencias contextuales

En la actualidad, junto con estos tres modelos, se han desarrollado dos enfoques que están teniendo una gran influencia en los procesos de desarrollo de las competencias. Estos enfoques serán explicados en este punto por su relación con los modelos teóricos.

1.1.5.2. Enfoques emergentes de las competencias

Como se acaba de describir y compara los tres modelos principales de análisis de las competencias profesionales. En este punto haremos referencia al enfoque de rasgos, no por tratarse de otro modelo, que no lo es, si no por la importancia y la aplicación que este enfoque tiene en los procesos de evaluación de las competencias, así como el enfoque cognitivista, por la aplicación actual en acciones orientadas al desarrollo de competencias.

a) Enfoque de rasgos de personalidad

Las capacidades y disposiciones de la persona forman parte de las aptitudes, consideradas para un buen desempeño. Sin embargo éstas no garantizan el logro en una situación determinada, ya que tienen una dimensión potencial.

Para algunos autores, entre los que se encuentra Boyatzis, la competencia es característica subyacente de un comportamiento y por lo tanto se encuentran en la parte no visible del iceberg (Figura2)¹²



Figura 2. Concepto de competencias de Boyatzis en el iceberg conductual.

Lo que caracteriza al individuo son sus rasgos de personalidad que además nos permiten explicar la variación de sus conductas en la realización de tareas concretas. Las competencias integran las aptitudes, los rasgos de personalidad así como los conocimientos necesarios para desempeñar una tarea compleja en un determinado contexto y con una cultura definida¹⁰.

Por otro lado tanto para Lévy-Leboyer¹⁰ como para Pereda las competencias son comportamientos observables que estarían en la parte visible del iceberg (Fig. 3)³⁹. Los comportamientos son observables y evidentes en situaciones concretas de la actividad laboral así como en las diferentes pruebas que se pueden llevar a cabo, tanto, en procesos de evaluación y en las pruebas de simulación, en estas situaciones las personas manifiestan sus aptitudes, los conocimientos adquiridos así como sus rasgos de personalidad.

Las competencias podrían interpretarse como el nexo de unión entre las características personales y las cualidades que se requieren para un determinado puesto de trabajo. Se habla de “comportamientos observables” y no de “características subyacentes” y se destacan aquellos comportamientos que están relacionados con un determinado éxito en la tarea.



Figura 3 (modificada). Iceberg conductual según Pereda y Berrocal.

En este enfoque se considera que en la conducta influyen diferentes elementos, como los motivos o los intereses que tiene cada persona³³. Los elementos a destacar son en primer lugar, la motivación de cada individuo que es la responsable de dirigir el comportamiento hacia unos objetivos o a alejarlo de otro; el segundo, los rasgos de personalidad, entendida como una predisposición a mantener unos comportamientos estables en situaciones determinadas; el tercero, los valores y las actitudes que determina lo que es importante para la persona, lo hace y lo quiere hacer. Los

conocimientos hacen referencia al conjunto de saberes técnicos, humanos y sociales que posee cada persona y por último las habilidades y aptitudes que tiene cada individuo, como capacidades propias, para desarrollar y llevar a cabo determinadas tareas.

b) Enfoque cognitivista

Recientemente ha surgido un nuevo enfoque que cada vez toma más fuerza, este enfoque se enmarca en la psicología humanista³³, en él se introducen los planteamientos de la Programación Neuro Lingüística (PNL), iniciados por Grinder y Bandler⁴⁰. Parten de un concepto base de “modelado de excelencia”. Este concepto hace referencia a los programas mentales que tienen aquellas personas que se consideran excelentes en un ámbito profesional⁴¹. Dichos autores parten de la hipótesis de que si son capaces de descubrir aquello que tienen en común estas personas se podrían formar a otros profesionales según lo que hubiesen descubierto y de esta manera generar nuevos comportamientos en relación a los objetivos previstos.

Su estudio se centró en la observación del comportamiento de tres terapeutas, que tenían resultados excelentes en su trabajo, Virginia Satir⁴², dedicada a la terapia familiar, Frintz Perls⁴³, precursor de la terapia gestáltica y Milton Erickson⁴⁴, creador de la hipnosis ericksoniana. Los resultados de dichas observaciones evidencian que la forma de comunicarse de estos tres terapeutas, tanto consigo mismo como con sus pacientes, era distinta de otros terapeutas. Esta forma de comunicarse estaba relacionada con esquemas de pensamiento y con sistemas propios de creencias.

Tener en cuenta estos aspectos relacionados con el aprendizaje, nos invita a contemplar una doble perspectiva en los procesos de formación y desarrollo de las competencias profesionales ya que estos deben orientarse desde la convergencia entre los intereses individuales y sociales para satisfacer tanto las necesidades y expectativas de la organización como las de los propios individuos en relación a sus objetivos.

Para llevar a cabo estos procesos de formación y desarrollo se tiene en cuenta, desde un punto de vista teórico, que las personas que tienen las competencias necesarias para un puesto de trabajo concreto, tienen un mejor desempeño de dicho puesto que las que no tienen dichas competencias. Entendiendo que cualquier característica física, psíquica o emocional, que lleve a un desempeño superior en un puesto determinado, es considerada un elemento clave de alguna competencia implicada en el desempeño.

Nuestro planteamiento teórico se enmarcará en este modelo constructivista de las competencias, coincidiendo con Repetto¹⁷ en su afirmación de la competencia como una:

“Construcción que es el resultado de una combinación y movilización doble de recursos incorporados o personales (conocimientos, saber hacer, cualidades personales, experiencia,...) y recursos del entorno (redes documentales, bancos de datos, herramientas, etc.)”.

En este sentido también coincidimos con Tejada⁴⁵ en adoptar un enfoque integrador, entendiendo la competencia como un enfoque de “practicante reflexivo”, al permitir a los profesionales y estudiantes realizar una reflexión crítica desde sus prácticas tanto individual como colectiva. Las cuestiones por las que le parece más adecuado este enfoque se pueden resumir en:

1. La competencia como bucle que ha de relacionar las capacidades cognitivas, psicomotrices y afectivas de la persona con lo externo o comunidad donde ha de desarrollar su actividades.

2. El centro de la transmisión, adquisición y realización de las competencias está tanto dentro de las prácticas formales como informales de la vida cotidiana o profesional.
3. La competencia sólo puede ser expresada a través de prácticas sociales contextualmente definidas y está relacionada con las reglas tácitas y expectativas derivadas del contexto⁴⁶.

Cada puesto de trabajo tiene asignadas unas funciones y actividades diferentes, de manera que las competencias que contribuyen a su óptimo desempeño, serán diferentes para cada puesto de trabajo. Son muchas las combinaciones de competencias que se pueden elaborar, dependiendo de los diferentes puestos de trabajo que se dan en las organizaciones e incluso de un mismo puesto de trabajo en organizaciones diferentes. Para ello se dispone de catálogos de competencias.

1.1.6. Tipología y listados de competencias

Existen numerosos catálogos, elaborados por diferentes autores y clasificados por diversos criterios, en los que podemos encontrar categorías de competencias similares, bajo diferentes denominaciones. Este hecho evidencia la cantidad de literatura existente sobre este tema y el poco consenso existente, posiblemente debido a la falta de investigaciones específicas en este campo.

Por otra parte el concepto de competencia, en la actualidad, no se circunscribe exclusivamente al ámbito laboral, como ya se ha apuntado, en el ámbito educativo este término es habitual. La diferencia estriba en la referencia al desempeño de un puesto de trabajo o a situaciones académicas. En cuanto a las diferencias de las mismas, es fácil deducir que muchas de las competencias profesionales no se pueden aplicar en el entorno académico. Por este motivo, en los planes de estudios, se elaboran catálogos que recogen competencias generales y específicas tanto personales como profesionales, diseñadas para que los estudiantes las desarrollen orientadas a un futuro profesional.

1.1.6.1. Tipología de competencias educativas

Tomando como ejemplo, por ser uno de los más completos, un proyecto de competencias⁴⁷ realizado por la Universidad de Deusto, nos permite ver cómo, éstas, se clasifican en tres grandes bloques:

- a) Competencias instrumentales: Son aquellas que tienen un carácter de herramienta, una función instrumental. Supone una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas que posibilitan la competencia profesional. Incluyen destrezas en manipular ideas y el entorno en el que se desenvuelven las personas, habilidades artesanales, destreza física, comprensión cognitiva, habilidad lingüística y logros académicos.
- b) Competencias interpersonales: suponen habilidades personales e interpersonales. Se refieren a la capacidad, habilidad o destreza en expresar los propios sentimientos y emociones del modo más adecuado y aceptando los sentimientos de los demás, posibilitando la colaboración en objetivos comunes. Se relacionan con la habilidad para actuar con generosidad y comprensión hacia los demás, para lo cual es requisito previo conocerse a uno mismo. Estas destrezas implican capacidades de objetivación, identificación e información de sentimientos y emociones propias y ajenas que favorecen procesos de cooperación e interacción social.
- c) Competencias sistémicas: suponen destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema. Requieren una combinación, sensibilidad y habilidad que permiten ver como se relacionan las partes de un todo. Estas competencias incluyen habilidades para planificar cambios que introduzcan mejoras en los sistemas entendidos globalmente y para diseñar nuevos sistemas. Requieren haber adquirido, previamente las competencias instrumentales e interpersonales que constituyen la base de las competencias sistémicas.

En la (Tabla 6)⁴⁷ listados de competencias de la Universidad de Deusto donde se desarrollan tanto categorías como sub-categorías de cada una de ella.

Tabla 6. Listados de competencias de la Universidad de Deusto.

	CATEGORIA	COMPETENCIA
INSTRUMENTALES	COGNITIVAS	pensamiento: analítico, sistémico, reflexivo, lógico, analógico, crítico, creativo, práctico, deliberativo y colegiado.
	METODOLOGICAS	organización del tiempos resolución de problemas toma de decisiones planificación orientación al aprendizaje
	TECNOLOGICAS	bases/datos pc, como herramienta de trabajo
	LINGÜÍSTICAS	comunicación verbal comunicación escrita manejo idioma extranjero
INTERPERSONALES	INDIVIDUALES	automotivación resistencia y adaptación al entorno comportamiento ético
	SOCIALES	diversidad e interculturalidad comunicación interpersonal trabajo en equipo tratamiento de conflictos negociación
SISTÉMICAS	DE CAPACIDAD EMPRENDEDORA	creatividad espíritu emprendedor capacidad innovadora
	DE ORGANIZACIÓN	gestión por objetivos gestión de proyectos desarrollo de la calidad
	DE LIDERAZGO	influencia y empowerment
	DE LOGRO	orientación al logro

Otra tipología, utilizada en el Proyecto Tunnig²² coincide con la que se utiliza de forma habitual en muchos departamentos de Recursos Humanos de diferentes organizaciones. Las competencias, en este caso, se agrupan en dos grandes categorías:

- a) Competencias genéricas o transversales: están relacionadas con el saber ser y con el saber estar. Estas competencias, recogidas en la reforma universitaria, son comunes a todas las titulaciones. En el ámbito laboral, serían las competencias que deben formar parte de todos los perfiles de los miembros de la organización y recogen los valores propios de cada organización. Estas competencias pueden ser consideradas como universales.

- b) Competencias específicas: están relacionadas con el saber y saber hacer. Los contenidos de estas competencias se refieren al contenido que los estudiantes deben adquirir y son específicos de la titulación o disciplina. En el contexto laboral, estas competencias serían las que forman parte de un perfil para desempeñar un puesto de trabajo específico (por ejemplo las competencias del tutor de prácticas clínicas).

1.1.6.2. Tipología competencias laborales

Como ya se ha mencionado, Hay Group, la primera empresa de consultoría que trabaja con un Modelo de Competencias, establece que las competencias genéricas, corresponderían a las que hemos mencionado en el punto anterior como genéricas o transversales en el ámbito educativo, son aquellas que se aplican a todos los puestos de la organización, se basan en aspectos generales de la conducta. Las agrupan, en función de las siguientes categorías³⁰:

1. Competencias de Logro y Acción: se incluyen la actitud positiva y la iniciativa del trabajador hacia el trabajo así como la constante búsqueda de la efectividad en los procesos y procedimientos.
2. Competencias de Ayuda y Servicio: hace referencia a las capacidades para entender las necesidades del otro y a las relaciones interpersonales.
3. Competencias de Influencia: se asocia con la capacidad de persuadir e influenciar a los demás.
4. Competencias Directivas: se caracterizan por tener conocimiento sobre cómo hacer eficiente los recursos humanos, fomentar el talento en los colaboradores y capacidad de liderazgo para conseguir adherencia a las ideas principales.
5. Competencias Cognitivas: permiten diferenciar a los individuos a través de la eficacia de pensamiento, capacidad analítica para la resolución de problemas mediante la descomposición de sus partes y desarrollo del conocimiento técnico mediante la experiencia.
6. Competencias de Eficacia Personal: recoge características propias de los individuos que han evidenciado éxito en su puesto de trabajo, cualidades personales que faciliten el trabajo de excelencia y la consecución de objetivos.

En la misma línea que Hay Group, las competencias genéricas que propone García Sáiz⁴⁸, estarían sujetas a una sub-clasificación dentro de lo que denominan *competencias generales básicas en el ámbito de la Formación Continuada*.

Estas competencias se desarrollan a través de los programas formativos en las organizaciones. Este tipo de competencias se consideran básicas y suficientemente importantes por sí solas, facilitando además la adquisición de otras competencias dependiendo de los perfiles que se necesiten. De esta manera se refiere a:

- a) Competencia cognitiva: orientada a fomentar en las personas la capacidad de autodirigirse en todo lo relativo a su aprendizaje. Se trata de desarrollar estrategias de autoaprendizaje (aprender a aprender) y habilidades metacognitivas (aprender a pensar). En definitiva, se mejora la capacidad de aprendizaje de los sujetos en cuanto que se les enseña cómo manejar adecuadamente la información en pos de un aprendizaje significativo (y desarrollo de conocimientos). Una parte importante de dicha información es de carácter interpersonal (percepción, cognición, atribución e identidad sociales) y es esencial para un adecuado diagnóstico situacional (identificación de las claves situacionales y determinación de cómo responder ante ellas).

- b) Competencia emocional: orientada a promover el aprendizaje de estrategias que permitan la adecuación de la respuesta emocional y el control de la actividad psicofisiológica en las múltiples situaciones a las que nos enfrentamos.
- c) Competencia social: orientada a desarrollar los recursos interpersonales necesarios para afrontar todo tipo de situaciones sociales. Implican aquellos comportamientos que son asequibles a los demás, las habilidades sociales que se ponen en juego en las situaciones de interacción. Intrínsecamente relacionada con la competencia cognitiva y la emocional.

La contribución de García Sáiz está relacionada con la importancia de tener presente esta clasificación a la hora de establecer programas de desarrollo de competencias, para aportar los conocimientos más actuales y adaptarlos a las necesidades de cada persona o colectivos concretos. Hooghiemtra, Director de Recursos Humanos en Hay Group Europa, siguiendo la definición de Boyatzis¹², habla de **competencias diferenciadoras** como aquellas que diferencian a un trabajador con un desempeño exitoso de los trabajadores con un desempeño medio, siendo las **competencias “umbral” o “esenciales”** las imprescindibles para alcanzar una actuación media o mínimamente adecuada³⁰.

Como comenta Tejada, (Figura 4)⁴⁵ la clasificación de las competencias profesionales se articula en torno a la competencia de acción:

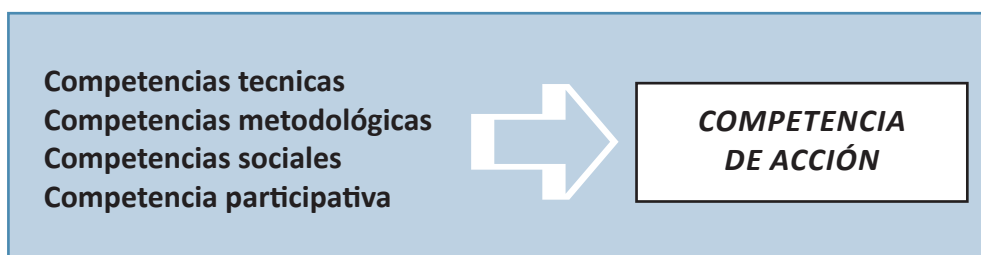


Figura 4. Competencia de acción

Esto viene a decir que, de todas las competencias señaladas de forma integrada resultan en una competencia de acción, que es absolutamente indivisible. Según este autor, tiene competencia técnica, el que domina como experto las tareas específicas de su puesto de trabajo, así como los conocimientos y destrezas que necesita para ello. El que posee competencia metodológica es el que sabe reaccionar aplicando el procedimiento idóneo a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se puedan presentar. La competencia social la podemos apreciar en aquel que colabora con otras personas y la competencia participativa el que participa en la organización de su puesto de trabajo aceptando sus responsabilidades. Siguiendo esta línea de pensamiento, Blanco⁴⁶ considera que la competencia técnica se correspondería con las denominadas competencias específicas, la competencia social y la participativa estarían en relación con las competencias genéricas y entre ambas se encontraría la competencia metodológica.

Spencer¹³ complejiza el mapa de competencias en relación a la propuesta de Tejada⁴⁵, para este autor las competencias se clasifican en diferentes grupos de competencias y a cada grupo quedan asignada unas competencias específicas. En la (Tabla 7)¹³ se presentan los grupos de competencias y las que son asignadas a cada uno de ellos.

Tabla 7. Clasificación de competencias según Spencer.

GRUPO DE COMPETENCIA	COMPETENCIAS
<i>Competencias de logro y Acción</i>	Orientación al logro o a los resultados.
	Preocupación por el orden, la calidad y la precisión.
	Iniciativa
	Búsqueda de información
<i>Competencias de ayuda y servicio</i>	Entendimiento interpersonal
	Orientación al cliente
<i>Competencias de influencia</i>	Influencia e impacto.
	Construcción de relaciones.
	Conciencia organizacional
<i>Competencias gerenciales</i>	Desarrollo de personas
	Dirección de personas.
	Trabajo en equipo y cooperación.
	Liderazgo.
<i>Competencias cognoscitivas</i>	Pensamiento analítico.
	Razonamiento conceptual.
	Experiencia técnica/profesional/de dirección
<i>Competencias de eficacia personal</i>	Autocontrol.
	Confianza en sí mismo.
	Comportamiento ante los fracasos
	Flexibilidad
<i>Para ejecutivos</i>	Pensamiento estratégico.
	Liderazgo de cambio.
	Relaciones públicas (habilidad para establecer relaciones e influenciar sobre redes complejas de personas)
<i>Para gerentes</i>	Flexibilidad
	Implementación del cambio
	Innovación
	Relaciones interpersonales
	<i>Empowerment</i>
	Dirección de equipos
	Adaptabilidad

A su vez todas estas competencias propuestas por Spencer se podrían agrupar en: *competencias de punto inicial* y *competencias diferenciales*

- a) Competencias de punto inicial. Características esenciales (generalmente conocimientos o habilidades básicas) necesarias en un puesto de trabajo para desempeñar adecuadamente

dicho puesto. Son, por ejemplo, para un enfermero, el conocimiento de la metodología enfermera.

- b) Competencias diferenciales. Estos factores distinguen a las personas de un nivel superior del resto. Por ejemplo, la competencia identificación con la organización, que implica priorizar las necesidades de la organización de las propias necesidades de la persona, en un momento determinado (por ejemplo en el caso de un enfermero/a, acudir a una guardia que no estaba programada a petición de su supervisor).

Esta gradación, puede considerarse un punto de referencia para la elaboración de los Diccionarios de competencia o comportamiento, que será desarrollado en el siguiente punto.

Los perfiles de competencias, no sólo deben recoger las competencias relacionadas con un determinado puesto de trabajo, estas deben presentarse acompañadas de un nivel determinado. Por ejemplo, la competencia de autocontrol, es una competencia que debe formar parte de cualquier perfil de la enfermera, independientemente de que puesto de trabajo tenga asignado. Sin embargo no requerirá el mismo nivel de autocontrol una enfermera en la Unidad de Urgencias de un hospital de tercer nivel, que una enfermera que desempeña supuesto de trabajo en la Unidad de Puerperio.

Levy-Leboyer presenta un listado de competencias universales para lo que ella denomina cuadros superiores, sería lo que nosotros entendemos como alta dirección (Tabla 8)¹⁰

Tabla 8. Listado de competencias universales, según Levy-Leboyer.

Presentación oral.	Sentido común.
Comunicación oral.	Creatividad.
Comunicación escrita.	Toma de riesgos.
Análisis de problemas de la organización.	Decisión.
Comprensión de los problemas de la organización.	Conocimientos técnicos y profesionales.
Análisis de los problemas de fuera de la organización.	Energía.
Comprensión de los problemas de fuera de la organización.	Apertura a otros intereses.
Planificación y organización.	Iniciativa.
Delegación.	Tolerancia al estrés.
Control.	Adaptabilidad.
Desarrollo de sus subordinados.	Independencia.
Sensibilidad.	Tenacidad.
Autoridad sobre individuos.	Negociación.
Autoridad sobre grupos.	Vocación para el análisis

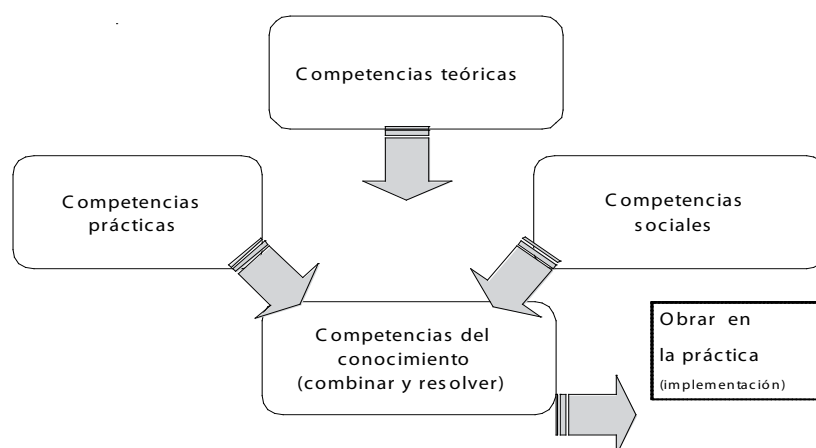
La importancia de esta clasificación radica en la relación, que establece la autora, entre el listado de competencias y un puesto de trabajo específico (es este caso el de un directivo). Es interesante en la medida que esta idea es la base de los “perfiles de competencias”, concepto que será desarrollado posteriormente. Otra aportación interesante, de esta misma autora, es la clasificación de las competencias en lo que denomina supra-competencias (Tabla 9)¹⁰. Las supra-competencias, recogen diferentes competencias en cada categoría, esto permite contemplar todas las categorías, en cualquier puesto de trabajo.

Tabla 9. Supra-competencias, según Levy-Levoyer.

SUPRA-COMPETENCIAS			
INTELECTUALES	INTERPERSONALES	ADAPTABILIDAD	ORIENTACIÓN A RESULTADOS
Perspectiva estratégica	Dirigir colaboradores	Adaptación al medio	Energía e iniciativa
Análisis y sentido común	Persuasión		Deseos de éxito.
Planificación y organización	Decisión		Sensatez para los negocios
	Sensibilidad interpersonal		
	Comunicación oral.		

La autora francesa Nadine Jolis aporta un nuevo criterio para establecer una nueva clasificación, considerando que las competencias correlacionan entre sí y en función de su correlación se dividen en las siguientes categorías (Fig. 5)⁴⁹:

- Competencias teóricas. Por ejemplo: conectar saberes adquiridos durante la formación con la información.
- Competencias prácticas. Por ejemplo: traducir la información y los conocimientos en acciones operativas o enriquecer los procedimientos con calidad.
- Competencias sociales. Por ejemplo: lograr que trabaje un equipo o capacidad para relacionarse.
- Competencias del conocimiento (*combinar y resolver*). Por ejemplo: conjugar información con saber, coordinar acciones, buscar nuevas soluciones, poder (y saber) aportar innovaciones y creatividad.

**Figura 5: Relación entre las competencias.**

La aportación de Domingo Delgado⁵⁰, que realiza una clasificación de las competencias en cuatro grandes bloques: organizacionales, corporativas, de roles y de posición, es posiblemente la que ha permitido a los Departamentos de Recursos Humanos una mejor aplicación del modelo, al contemplar la estrategia y la cultura de la organización, para llegar a la contextualización de los puestos de trabajo específicos.

- Competencias organizacionales: Este conjunto de competencias son las que marcan la diferencia entre las organizaciones y recogen la cultura corporativa de las mismas.
- Competencias corporativas: Son aquellas que deben estar presentes en todos los perfiles de la organización, es decir las que deben poseer todos los miembros de la organización.
- Competencias de Roles: Son el conjunto de competencias que comparten aquellas personas que desempeñan un conjunto de responsabilidades (líderes formales, coordinadores o personas del *staff*).
- Competencias de posición: Son aquellas que están contextualizadas en procesos de trabajo específicos (líderes de proyectos de investigación).

Por su parte, Pereda y Berrocal⁵¹ presentan un listado de las competencias más comunes que podemos encontrar en diferentes perfiles en el ámbito nacional. Consideran esta propuesta como una de las más operativas en la actualidad. Los perfiles se elaboraron haciendo una selección de aquellas que se consideren las más idóneas en función del puesto de trabajo (Tabla 10)⁵¹.

Tabla 10 (modificada). Competencias estratégicas y específicas comunes, habitualmente empleadas.

COMPETENCIA	DEFINICIÓN
<i>Aprendizaje</i>	Rapidez para aprender y aplicar nuevas informaciones, sistemas y métodos de trabajo. Atención al detalle: Realizar el trabajo prestando atención a todas las áreas afectadas, revisando todos los procesos y tareas. Prestar atención a todos los aspectos del trabajo
<i>Colaboración</i>	Trabajar de forma eficaz y eficiente con distintas personas que ocupan distintos niveles y realizan diferentes funciones para alcanzar los objetivos fijados, identificar los problemas y resolverlos
<i>Comunicación</i>	Informar clara y concisamente y obtener información de personas de distintos niveles, formación o intereses. Expresar claramente la información tanto de forma oral como escrita
<i>Decisión</i>	Tomar decisiones rápidamente y emitir juicios aunque puedan ser difíciles o poco populares.
<i>Desarrollo del personal</i>	Crear un ambiente de trabajo positivo hacia la formación y desarrollo continuo propio y personal
<i>Energía</i>	Actuar con decisión en su campo de trabajo, creando y manteniendo un nivel adecuado de actividad
<i>Excelencia</i>	Realizar las tareas, buscando en sus actividades, los mayores niveles de calidad y la forma de mejorar sus actuaciones anteriores
<i>Flexibilidad, adaptabilidad o flexibilidad al cambio</i>	Modificar el comportamiento adecuándolo a situaciones de cambio o ambigüedad, manteniendo la efectividad en distintos entornos, con diferentes tareas, responsabilidades y personas
<i>Iniciativa, autonomía o responsabilidad</i>	Responsabilizarse del trabajo, comprometiéndose con su área de responsabilidad, sin necesitar una supervisión directa, continua y tomando, de manera personal, las decisiones que le corresponden
<i>Influencia</i>	Persuadir a otros y conseguir que modifiquen voluntariamente su comportamiento
<i>Liderazgo</i>	Guiar al grupo en la realización de una tarea, estructurándola, dirigiéndola y delegando responsabilidades para la consecución de la misma. Establecer y mantener el espíritu de grupo necesario para conseguir los objetivos fijados
<i>Mejora continua</i>	Establecer metas y criterios individuales y de equipo, asesorando, formando y evaluando para conseguir mejorar continuamente la eficacia y la eficiencia
<i>Negociación</i>	Identificar las posiciones propias y ajenas en una negociación, alcanzando acuerdos satisfactorios para ambas partes
<i>Orientación al cliente. Técnicas de ventas u orientación al cliente externo</i>	Ofrecer un servicio de alta calidad a los clientes, identificando sus necesidades y dando satisfacción a las mismas. También se denomina en ocasiones, técnica de venta u orientación al cliente interno/externo.
<i>Persistencia</i>	Persistir en la realización de las tareas, superando los obstáculos, hasta llegar a la finalización de las mismas.
<i>Planificación/organización O gestión de proyectos</i>	Definir prioridades; establecer los planes de acción necesarios para alcanzar los objetivos fijados, ajustándose a los presupuestos; distribuir los recursos; definir las metas intermedias y las contingencias que puedan presentarse; establecer las oportunas medidas de control y seguimiento
<i>Recogida de información</i>	Obtener las informaciones necesarias de forma detallada, a partir de una amplia variedad de fuentes y utilizando distintos procedimientos
<i>Resistencia a la tensión</i>	Mantener la estabilidad emocional y el nivel de eficacia y eficiencia en situaciones de presión, oposición, desacuerdos y dificultades o fracasos, liberando la tensión de una manera aceptable para los demás
<i>Solución de problemas</i>	Estudiar los problemas, identificando sus aspectos más relevantes y sus causas para elegir las soluciones de mayor calidad en el plazo temporal fijado
<i>Trabajo en equipo</i>	Trabajar abierta, amable y cooperativamente con otras personas, facilitando el trabajo en equipo

A modo de recapitulación, como podemos ver, son numerosas las clasificaciones que podemos encontrar en la literatura, aunque no existe consenso a la hora de clasificar las competencias.

Si bien es cierto que podríamos encontrar denominadores comunes en algunas de ellas, es difícil hacer una clasificación homogénea ya, que ni los criterios de clasificación, ni la forma de denominar la competencia se presentan de forma unívoca.

En consecuencia, podemos concluir que:

1. Siguiendo el esquema de Mertens³² (Tabla 5) sobre los modelos principales de competencias y la adaptación que hace Guerrero²⁷ sobre los listados de competencias (Tabla 11) se presenta un resumen de los diferentes listados de competencias según los enfoques: funcional, conductista y constructivista y los autores más representativos.
2. Las diferentes clasificaciones responden a una necesidad de operativizar, en la medida de lo posible, el concepto de competencia para su aplicación a los ámbitos docente y laboral.
3. Las múltiples clasificaciones que encontramos en la literatura, ponen de manifiesto la falta de acuerdo y las diferentes formas y maneras en las que se puede utilizar el concepto de “competencia”, en algunas ocasiones es simplemente un matiz en la definición la que lleva a una clasificación diferente.

Y por último, los listados de competencias han servido de referencia para la creación de una herramienta que puede resultar muy útil en la aplicación del modelo de trabajo por competencias. Esta herramienta no es otra que los diccionarios de competencias.

Tabla 11. Resumen de los listado de competencias desde la visión de tres corrientes

Enfoque de competencia	Funcionalista Corriente Americana	Conductista Corriente Británica	Constructivista Corriente Francesa
<i>Autores representativos</i>	McClelland, Boyatzis, Spencer y Spencer, Hammel y Prahalad, Goleman, Alles	Horton, Tolley, Hoffman, Vrtanene, Kamoche, Holmes, Woodruffe	Le Borfet, Levy-Leboyer, Pérez
<i>Listado de competencias</i>	Listas de competencias de tipo genérico o universal. Su lista comprende 20 competencias que son comunes en cualquier ámbito en el que los individuos se desempeñen.	Hay un criterio, las competencias se expresan con base a estándares de actuación. Su visión está centrada en que las competencias deben ser evaluadas por un organismo certificador reconocido. En este caso suele ser el gobierno el principal órgano que lo lleva a cabo.	La elaboración de la lista de las competencias se lleva a cabo atendiendo a una visión holística; es decir, ajustada a sus necesidades y de acuerdo al entorno en el que se encuentran

1.1.7. Diccionario de competencias

Un diccionario de competencias es un documento en el que vienen definidas las competencias que han sido validadas a través de estudios de investigación. Cada competencia está definida de manera general y dividida en diferentes niveles o grados, que recogen las descripciones concretas de comportamientos o conductas representativas de cada nivel. Esto lo podremos ver más claro en, los ejemplos que acompañan, la explicación de la estructura de los diccionarios que aquí presentamos.

Nos centraremos en la descripción de los dos diccionarios más utilizados y de mayor relevancia que se utilizan actualmente, el primero nos interesa por su carácter genérico y grado de validación en cuanto a la metodología utilizada en su elaboración. El segundo por ser el de más reciente en su publicación y servir, en la actualidad, de referencia en la utilización práctica de las competencias.

El primer diccionario que salió al mercado fue realizado por Hay/McBer⁵² en 1996, se trata de uno de los más elaborados y rigurosos, al estar desarrollado sobre investigaciones de más de 20 años y validado a través del examen de desempeños medio y excelentes de numerosas empresas de todo el mundo. Se estudiaron los perfiles de 300 puestos de trabajo y se definieron 760 conductas que suponen el 80% de los comportamientos reflejados en los perfiles de los puestos, mediante entrevistas de incidentes críticos. Esta investigación ha permitido concluir, que cada competencia principal sirve para caracterizar la fiabilidad el desempeño superior en una amplia muestra de organizaciones.

En cuanto a la estructura, el diccionario se divide en 23 competencias que se clasifican a su vez en 4 categorías (Tabla 12)⁵².

Tabla 12 (modificada). Estructura del diccionario de Hay/McBer: categorías y competencias

CATEGORÍA	COMPETENCIAS
1ª CATEGORÍA: COMPETENCIAS PRINCIPALES GENÉRICAS	Flexibilidad
	Búsqueda de información
	Autoconfianza
	Orientación al logro
	Integridad
	Identificación con la organización
	Orientación al cliente
	Pensamiento analítico
	Comprensión interpersonal
	Pensamiento conceptual
	Comprensión de la organización
	Impacto e influencia
	Desarrollo de interrelaciones
	Desarrollo de personas
	Dirección de personas
Liderazgo	
2ª Y 3ª CATEGORÍA: COMPETENCIAS GENÉRICAS SUPLEMENTARIAS Y ESPECÍFICAS DEL CLIENTE	Trabajo en equipo y cooperación
	Preocupación por el orden y la calidad
4ª CATEGORÍA: COMPETENCIAS EMERGENTES	Autocontrol
	Preocupación por el desarrollo
	Responsabilizar a las personas
	Liderazgo y comunicación

La primera categoría (competencias principales genéricas) suele ser utilizada por todos los codificadores certificados de Hay/McBer, para definir un modelo de competencias. La segunda y tercera categoría (competencias genéricas suplementarias y específicas del cliente), aun siendo competencias válidas y fiables aparecen con menos frecuencia y suelen estar contempladas en niveles

bajos de la jerarquía. Por último la cuarta categoría (competencias emergentes) son competencias desarrolladas para clientes específicos y no tienen la aplicabilidad de las genéricas.

Diseño del diccionario: en cada competencia se formula una pregunta clave, así como una definición general de la competencia. La pregunta clave está relacionada con la discriminación, en cuanto a si la persona posee o no la competencia. Si la respuesta, a la pregunta formulada, en NO, se considera que la persona evaluada, no tiene indicios de la competencia.

Cada competencia tiene diferentes niveles, estos pueden ir del 1 hasta el 10, siendo lo más frecuentes las escalas de 1 a 5.

Cada uno de estos niveles o indicadores, viene definido en términos de comportamiento o conducta observable, siendo 1 el nivel de menor desarrollo de la competencia y 10 el de máximo desarrollo.

En la (Figura 6)⁵² podemos ver un ejemplo, de cómo se presentan las competencias.

Se ha tomado como referencia, una de las competencias que componen el diccionario, la competencia de INICIATIVA, en este caso la competencia viene medida en 5 niveles.

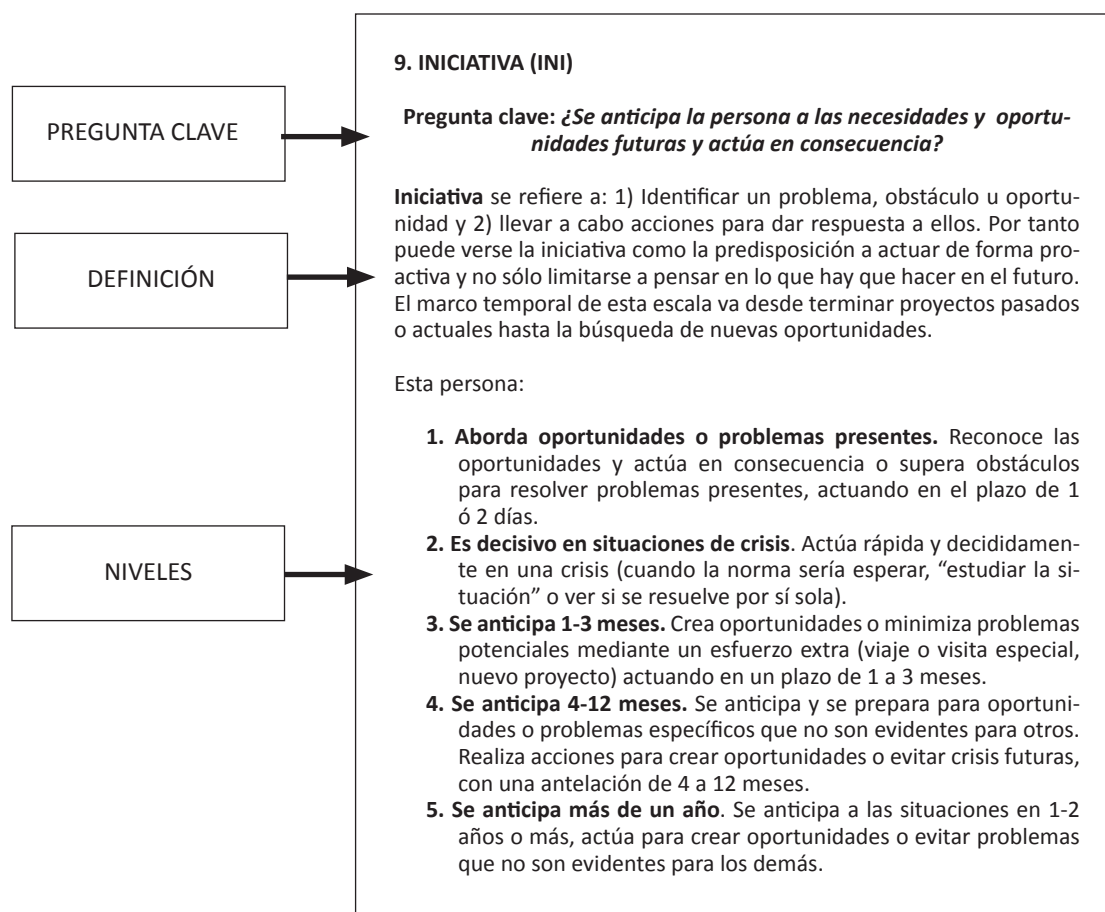


Figura 6 (modificada). Competencia de iniciativa.

El segundo Diccionario de Competencias y de más reciente publicación, es el Diccionario elaborado por Martha Alles⁵³.

En este diccionario, cada competencia se estructura en cuatro niveles de ejecución, especificando el nivel de ejecución que se requiere en determinados puestos: superior, bueno, mínimo e insuficiente. En el siguiente cuadro se presenta un ejemplo según el diccionario de comportamiento de Alles con la competencia de *AUTOCONTROL*, y las conductas asociadas a cada uno de los grados.

Los comportamientos de los niveles más altos vienen identificados por las letras A y B, corresponderían a los comportamientos deseables en las posiciones jerárquicas de mayor nivel o en aquellos profesionales considerados expertos. Mientras que los grados C y D, recogen los comportamientos que indican el nivel mínimo de competencia, estos suelen estar relacionados con posiciones de menor nivel en la organización o con profesionales noveles.

En la (Figura 7)⁵³ podemos ver un ejemplo de cómo se presentan las diferentes competencias en este diccionario.

Contar con una herramienta como el *Diccionario de competencias*, resulta de gran utilidad en dos de los procesos que se llevan a cabo por los departamentos de Recursos Humanos de las diferentes organizaciones, estos son la evaluación y las acciones de desarrollo orientadas a la persona. Su utilización favorece que todos los miembros de la organización utilicen el mismo lenguaje a la hora de referirse a una competencia, por ejemplo si nos estamos refiriendo al autocontrol, se evitará la subjetividad que puede producirse, a la hora de evaluar, interpretando los comportamientos de la persona evaluada de forma diferente según el evaluador. También resulta de gran utilidad a la hora de establecer y poner en marcha un plan de desarrollo a la persona. Al estar definidos los comportamientos en cada nivel, será fácil identificar en el nivel que se encuentra dicha persona y que debe hacer para llegar al nivel deseado.

Para trabajar con un Modelo de competencias, en el ámbito laboral, no es suficiente con disponer de un listado o de un Diccionario de competencia, ya que no dejan de ser sólo herramientas, muy útiles pero aunque solo una herramienta. La aplicación de un modelo de competencias requiere además tener definidos los diferentes puestos de trabajo de la organización y los perfiles de competencias para cada uno de los puestos.

Las competencias “diferenciadoras” y las “esenciales”, que ya se han presentado, conformarían lo que se denominan “perfiles de competencias”. El perfil de competencias se convierte en el patrón o la norma para llevar a cabo procesos de selección del personal, evaluación y desarrollo. Todos estos aspectos serán desarrollados en profundidad en el siguiente punto.

1.1.8. Perfil de competencias profesionales

Una vez revisado los diferentes enfoques sobre el modelo de competencias, así como las múltiples clasificaciones que ofrecen diferentes autores desde diversas perspectivas, así como la estructura de los diccionarios de competencias. Estamos en disposición de responder a las preguntas: ¿qué es?, ¿qué utilidad tiene? Y ¿cómo se diseña un “perfil de competencias”?

1.1.8.1. Definición y utilidad del perfil de competencias

El perfil de competencias es definido, como el conjunto de competencias necesarias para desempeñar unas funciones específicas en un determinado puesto de trabajo, así como los niveles o grados adecuados de cada competencia, en términos de conductas observables⁵⁴.

Comportamientos habituales respecto de las propias emociones y reacciones, aun ante la provocación, oposición u hostilidad	GRADO
<ul style="list-style-type: none"> • Se expresa con precisión y calma en todas circunstancias, aun en situaciones difíciles o de confrontación. • Es moderado y sensato en todos sus actos, tanto en su vida laboral como personal. • Se maneja con seguridad y solvencia. Domina con cautela y decisión, toda situación, por más crítica que sea y a pesar de encontrarse bajo altos niveles de presión. • Siempre prioriza la imagen y reputación de la organización, independientemente de sus propios intereses y emociones. • Tiene una alta resistencia al estrés, que conserva aunque las circunstancias adversas se mantengan largos períodos de tiempo. • Explica problemas complejos, fracasos propios o ajenos, y/o acontecimientos negativos, sin perder la calma, el realismo y el optimismo. • No sobredimensiona logros propios o de su equipo y puede evaluar objetivamente su desempeño y el de su grupo. • Mantiene alto y constante su nivel de performance, más allá de situaciones o entornos desfavorables, tanto personales como laborales. • Su ánimo es estable, aun en situaciones cambiantes, alternativas o adversas. • Sus reacciones son siempre equilibradas y controladas, aun ante situaciones imprevistas. • Tienen una gran capacidad de reflexión que permiten dilucidar fácilmente cual puede ser la mejor alternativa de acción. No pierde esta capacidad aunque la presión y los tiempos lo apremien. 	100% A
<ul style="list-style-type: none"> • Soporta largas jornadas de trabajo, manteniendo constante su estado de ánimo, su nivel de rendimiento y la calidad de su trabajo. • Funciona eficazmente y se maneja con serenidad, aun en contextos conflictivos o no habituales. • Opera con facilidad y sin perder la calma aun en situaciones adversas. • Es moderado y prudente en todos sus actos laborales, tanto en relación con sus tareas como con la gente. • Motiva y estimula a su gente a actuar con moderación, sensatez y prudencia. • Prioriza la imagen y reputación de la organización, independientemente de sus propios intereses. • Siempre está atento y evita reaccionar impulsiva o negativamente, a fin de no afectar a su equipo ni su propio trabajo. • Resiste adecuadamente situaciones de estrés y presión. • Se esfuerza por no generar oposición u hostilidad cuando el o su equipo trabajan en situaciones de estrés. • El estrés no disminuye su nivel de rendimiento, aunque afecta a su estado de ánimo. • Actúa ante los problemas que se le plantean con moderación y prudencia. • Se organiza y esfuerza por cambiar su modo de accionar frente al comentario o sugerencia de un par o un superior. • Suele reflexionar acerca de su propia performance a fin de poder establecer mejoras al respecto. • Controla adecuadamente las propias emociones en el ámbito laboral, aun cuando atraviesa problemas personales 	75% B
<ul style="list-style-type: none"> • El estrés no disminuye su nivel de rendimiento, aunque afecta a su estado de ánimo. • Actúa ante los problemas que se le plantean con moderación y prudencia. • Se organiza y se esfuerza por cambiar su modo de actuar frente al comentario o sugerencia de un par o superior. • Suele reflexionar acerca de su propia performance a fin de poder establecer mejoras al respecto. • Controla adecuadamente las propias emociones en el ámbito laboral, aun cuando atraviere problemas personales. 	50% C
<ul style="list-style-type: none"> • Ante los problemas cotidianos se esfuerza por reaccionar positivamente, evitando roces y oposiciones. • Consulta cuando tiene dudas, a fin de actuar de acuerdo con el grado de moderación que se requiere en una situación imprevista. • En situaciones conocidas o habituales, actúa con sensatez y prudencia. • Eventualmente, las situaciones de estrés impactan negativamente sobre su nivel de rendimiento. Se esfuerza por contrarrestarlo pidiendo ayuda a sus superiores y apoyándose en sus compañeros. • Su ánimo en el ámbito laboral se percibe afectado ante problemas personales, pero se esfuerza por mantener su rendimiento y suele hacer un planteo franco (aunque prudente) de su situación, a fin de evitar crear hostilidad u otras consecuencias negativas. 	25% D
<ul style="list-style-type: none"> • Su tolerancia al estrés es prácticamente nula. Las situaciones conflictivas o de alto nivel de presión lo paralizan, impactando enormemente sobre su ánimo y su nivel de rendimiento. • Reacciona impulsivamente o intempestivamente ante situaciones imprevistas, sin darse tiempo para reaccionar sobre cuál puede ser su mejor alternativa de acción. • Suele sobredimensionar logros propios y grupales. Tiene dificultades para ser realista y objetivo. Siempre prioriza sus intereses y emociones. • Sus actos son imprudentes, o faltos de moderación, lo que genera riesgo para la operación del negocio y para su gente. • En situaciones difíciles o de confrontación, pierde con facilidad el control de la situación y de sí mismo. • Analiza y resuelve situaciones con falta de sensatez y reflexión. • Traslada linealmente sus problemas personales al ámbito laboral. • Su falta de control sobre sus emociones genera oposición u hostilidad. • Antepone siempre sus propios intereses y emociones, independientemente que estos pueda afectar negativamente a la imagen o reputación de la organización. 	NO DESARROLLADA

Figura 7. Competencia de autocontrol en el Diccionario de Martha Alles

Los perfiles de competencias deben cumplir unos requisitos como son⁵⁵:

- 1) Ser conciso, fiable y válido para predecir el éxito en el puesto de trabajo.
- 2) Guardar estrecha vinculación con la estructura, estrategia y cultura de la empresa.
- 3) Describir comportamientos observables.

Independientemente del enfoque teórico se considera que la utilidad de los perfiles de competencias profesionales, viene determinada porque permiten⁵⁶:

- a) Establecer las características necesarias para desempeñar un puesto determinado.
- b) Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora de cada profesional.
- c) Seleccionar al profesional que mejor se adapte al perfil establecido.
- d) Diseñar acciones de formación y desarrollo.

1.1.8.2. Metodología en la elaboración del perfil de competencias

La creación de un perfil de competencias, comienza con la descripción del puesto de trabajo*, siendo el puesto de trabajo específico, el que va a condicionar las competencias que deban formar parte del perfil. Atendiendo a una evolución del concepto clásico de puesto de trabajo que plantean Pereda y Berrocal⁵¹: el propio puesto de trabajo está definido en función de los logros que alcanzan los trabajadores que tienen las competencias que permiten obtener los mejores resultados. El puesto de trabajo se define según los comportamientos que debe realizar el responsable de desempeñar ese puesto de trabajo para obtener un desempeño con seguridad, eficacia y eficiencia.

En este sentido la elaboración de los perfiles de competencias, en el seno de una organización, requiere una sistemática de trabajo que comienza con:

1. La definición de visión, por parte de la empresa u organización. Es decir aquello que la organización quiere alcanzar en un futuro, lo que quiere proyectar. También deberá explicitar su misión así como sus objetivos, el plan estratégico y la filosofía de la organización en la que se encuentran los valores de la organización.
2. El siguiente paso es la definición de las competencias genéricas y estratégicas de la organización, este tipo de competencias ya ha sido expuesto anteriormente, deberán estar presentes en todos los perfiles definidos en la empresa, aunque el nivel de competencia pueda ser diferente en cada uno de ellos⁵⁷ (lo que se traduce en diferentes comportamientos). Por ejemplo, si la "orientación al cliente, al paciente o al alumno" es uno de los valores de la organización, para todos los puestos de trabajo habrá definida una competencia que este en relación con este valor, como puede ser por ejemplo, la competencia de "orientación al paciente, alumno, etc.". Sin embargo los niveles indicaran comportamientos o conductas, diferentes, según los distintos puestos (puestos directivos o puestos operativos) puede estar en un nivel 5 para un puesto directivo, en un nivel 3 para los puestos operativos.
3. Utilizar las siguientes fuentes de información para la definición de las competencias estratégicas:
 - a) Plan estratégico de la organización, en las que vienen definidas sus líneas estratégicas.
 - b) Los valores de la organización, de manera que podamos conocer los comportamientos que deben ser respetados.
 - c) La misión de la organización, es decir el rol que representa en la sociedad y en la economía.

*PUESTO DE TRABAJO: Existen varias formas de describir los puestos de trabajo, una de ellas es la que lo define, como el conjunto de funciones, de las que se derivan unas actividades y de estas un conjunto de tareas. La descripción del puesto debe contemplar el lugar que ocupa, este, dentro de la jerarquía, quien son sus colaboradores y quien es su jefe inmediato, así como los requisitos exigibles en cuanto a titulación académica, experiencia previa, dominio de un idioma, etc.

4. Elaborar un listado de competencias con las definiciones operativas, a a partir de esta información. De esta manera habremos seleccionado:

- a) Las competencias genéricas o estratégicas de la organización, son las competencias que la empresa necesita para alcanzar los objetivos estratégicos teniendo en cuenta los valores de la organización⁵⁸.

Definidas las competencias estratégicas, se sigue avanzando en el proceso hacia:

- b) Las competencias específicas de los puestos de trabajo: Estas se puede seleccionar mediante diferentes técnicas como: “Panel de expertos”, elaboración de una encuesta en la que se recojan las opiniones tanto de los expertos en el puesto de trabajo como la opinión de los clientes y de los colaboradores de otras áreas con actividades compartidas o Entrevistas de Incidentes Críticos realizadas a los trabajadores con un mayor y mejor rendimiento en el puesto de trabajo⁵⁹. Todas estas técnicas serán explicadas en el siguiente apartado.

En la (Tabla 13)⁶⁰ se puede ver un ejemplo de las competencias seleccionadas mediante un proceso de investigación, en el que se han seguido los pasos expuestos, llevado a cabo por Pereda y Berrocal en relación al perfil del profesional de Recursos Humanos,

Tabla 13. Competencias del perfil del profesional de Recursos Humanos

COMPETENCIAS
Trabajo en equipo
Orientación al cliente
Planificación/organización
Comunicación
Flexibilidad
Colaboración

En la selección de competencias específicas suelen contemplarse también las competencias técnicas. Por ejemplo en el caso de una enfermera que desempeña su puesto de trabajo en una Unidad de Urgencias, una competencia técnica podría ser la “valoración del paciente con traumatismo craneoencefálico”

Algunas de las variables que van a influir en la demanda de las competencias específicas de un puesto de trabajo, son⁶¹:

- a) Funciones del puesto de trabajo.
 b) Participación en la toma de decisiones. Dependiendo de esta participación, se deben incluir competencias como: negociación, liderazgo, resolución de problemas.
 c) Grado de iniciativa personal.
 d) Número de personas que están a su cargo, esto supondrá seleccionar competencias como: trabajo en equipo, dirección de personas, liderazgo.

Algunas de las técnicas utilizadas en la identificación de las competencias que conforman cada perfil son⁶¹:

- a) Sesiones de trabajo con personas expertas.
 b) Entrevistas abiertas
 c) Cuestionarios de evidencias del ejercicio profesional.
 d) Cuestionarios de análisis del puesto de trabajo.
 e) Entrevistas de incidentes críticos
 f) Observación directa
 g) Paneles de experto (como técnica de consenso)

El perfil de competencias se convierte así en el criterio que permitirá realizar una evaluación de los profesionales, orientada a tomar decisiones sobre procesos de selección y/o desarrollo. Esta evaluación puede realizarse mediante distintas técnicas.

1.1.9. Técnicas para la evaluación de las competencias profesionales

Como se ha expuesto, la finalidad de establecer y definir perfiles de competencias, es que sirva de criterio en los procesos de evaluación, siendo esta un requisito imprescindible en cualquiera de los procesos que orientan el modelo de competencias, para llevar a cabo procesos de selección y de desarrollo. Cualquiera de los procesos mencionados debe partir de una evaluación, que justifique las decisiones que se van a llevar a cabo.

Entendemos la evaluación como un proceso sistemático, que tiene como finalidad la recopilación de datos y comparación con un criterio, previamente establecido, en base a tomar una decisión final.

Una de las definiciones más sencillas y completas sobre evaluación, la define como un conjunto de procedimientos consistentes en delimitar, proporcionar y obtener la información útil para juzgar decisiones posibles⁶².

Desde este planteamiento, la metodología, herramientas y técnicas utilizadas en este proceso van a ser de gran trascendencia, ya que de ellas y su utilización va a depender la calidad de las decisiones que se tomen.

Las metodologías y técnicas que comentaremos a continuación, son utilizadas tanto en procesos de investigación, como en procesos selección y para tomar decisiones sobre las actividades recomendadas en el desarrollo de los profesionales o alumnos.

Siguiendo a Guerrero las técnicas cuantitativas que se pueden utilizar en el proceso de evaluación, se pueden clasificar en base a la metodología empleada (Tabla 14)²⁷

Tabla 14. Técnicas cuantitativas.

Metodología	Procedimiento	Ventajas que implica	Desventajas
<i>Experimentación</i> (Duverger, 1996)	Actividades específicas con grupos artificiales	Efectivos en pruebas de grupos	Relacionado con los costos y poca practicidad de las empresas
<i>Encuestas</i> (Mirabile, 1997)	Cumplimentación de un formato por los implicados	Ampliamente aplicado a los puestos de trabajo. Los datos fácilmente pueden ser comparados	Dificultad en determinados niveles culturales. Posible extensión en el tiempo de corrección.
<i>Factorial</i> (Duverger, 1996)	Establece correlaciones entre variables	Efectivo en el estudio de aptitudes que trata la psicología social.	Poco preciso en el estudio de las actitudes

Como apunta Guerrero, algunas de estas técnicas se pueden utilizar para la evaluación e identificación de competencias individuales. Existen organizaciones que mediante la información recolectada definen qué se debe hacer y saber para desempeñar un determinado puesto de trabajo.

En el caso del análisis factorial este, es utilizado ampliamente en el ámbito de la psicología del trabajo y en educación, para el estudio de las aptitudes.

En cuanto a las técnicas cualitativas empleadas para evaluar las competencias de los trabajadores Guerrero propone otra clasificación (Tabla 15)²⁷ que la podemos relacionar con la pregunta ¿para qué evaluar? en función del objetivo que se persiga, los procedimientos a utilizar serán unos u

Tabla 15. Técnicas cualitativas.

Métodos	Mayor utilidad	Procedimiento	Aplicación en recursos humanos	Mayores ventajas	Mayores desventajas
Observación, discusión de grupos, diarios, etc.	Análisis de las conductas en el puesto de trabajo.	Registro de las observaciones.	Seguridad y salud como parte de otros métodos.	Se puede obtener razonablemente la secuencia de los trabajos manuales.	No es muy efectivo para identificar características subyacentes (Boam y Sparrow, 1992; Anguera, 1985)
Centro de evaluación (Assessment centers) Pruebas situacionales	Evaluación de los implicados en el puesto de trabajo.	Análiza el conjunto de tareas del puesto y las competencias.	Selección, evaluación de empleados.	Varios sujetos y competencias se evalúan a la vez	Presenta elevado costo. Se preparan diversas pruebas. Resistencia cultural (De Ansorena, 1999; Espinoza, 1994; Joiner, 2002; Acosta 1997)
Entrevistas, competencias y profundidad.	Análisis de los aspirantes a ocupar un puesto.	Registro de los datos.	Identificación de competencias y selección.	Proporciona información profunda.	El tiempo de procesamiento se puede alargar. Incrementando el costo (Salgado y Moscoso, 2001; Olaz, 1998).
Datos biográficos y escucha biográfica	Análisis de curriculum	Examina situaciones pasadas	Reclutamiento y selección.	Es la carta de presentación. En la escucha biográfica se contrastan situaciones del pasado.	Con respecto a los datos biográficos puede ser discriminatorio (Melián, 1995; Leborfet, 2001)
Reparto de Grid.	Define listas de conceptos personales	Se crea una lista comparando triangularmente cada elemento.	Requerimiento de necesidades en las áreas de trabajo.	Flexible y fácil de usar. Además de su bajo costo.	Existe riesgo de no tener credibilidad entre los empleados (Kelly, 1995; Levy-Levoyer, 1997; Parry, 1996)
Fenomenológico.	Áreas educativas	Observación descriptiva sin análisis.	Prácticamente no existen en las organizaciones.	Puede ser un método innovador en áreas educativas.	Difícil de implantar. Es poco difundido (Sandberg, 1995).
Delphi	Detección de necesidades de formación.	Los expertos intercambian en las rondas sucesivas estimaciones.	Entrenamiento y captación.	Es una alternativa de pronóstico para toma de decisiones	Puede ser muy subjetivo, además complicado para reunir los expertos (Richards y Curran, 2002; Pereda y Berrocal, 2005; Mitchell, 1991).
360 grados y autoevaluación.	Evaluación del desempeño.	Registro de opiniones de empleados u otros.	Evaluación y desarrollo de carrera.	Detección de necesidades para elaborar planes.	Varía de acuerdo con el contexto laboral. Requiere funcionar con más técnicas (Levy-Leboyer, 2000; Maurer et al, 2002; Atkins y Wood, 2002; Bohene, 2002; Totten y Orlikoff, 2002).
Incidentes críticos.	Funcionamiento en el puesto.	Registro y evaluación de los incidentes.	Evaluación del desempeño.	Captura comportamientos no rutinas.	La colección de datos es larga; su traducción es difícil. Se eleva el costo considerablemente (Spencer y Spencer, 1993; Boam y Sparrow, 1992)
Entrevista de incidentes críticos (BEI).	Análisis del potencial de los implicados.	Registro de hechos del pasado.	Selección desarrollo de carrera	Libre de prejuicios de género y cultura	El costo puede incrementarse. Se requiere experiencia de los entrevistadores (Boyatzis, 1982; Spencer y Spencer, 1993).

otros, siendo un requisito imprescindible disponer de un perfil de competencias como criterio para la realización del proceso de evaluación, independientemente de la técnica utilizada. Algunas de estas técnicas también pueden ser utilizadas en estudios orientados a identificar las competencias más relevantes en un perfil profesional o para un determinado puesto de trabajo.

1.1.10. Revisión de la literatura en relación a la aplicación del modelo de competencias

Es poca la evidencia empírica que se puede encontrar en la literatura científica relacionada con la aplicación del modelo de gestión por competencias. Aunque si existe un marco jurídico, en el que los tres sectores básicos de la sociedad: administración pública, empresa y universidad deben colaborar en la elaboración de un catálogo nacional de cualificaciones y competencias en el territorio español. Esto tiene por objetivo facilitar el desarrollo y la movilidad de los trabajadores, una vez que los aprendizajes formales (títulos reconocidos por el Ministerio de Educación) e informales (formación continuada) estén acreditados^{63,64}.

Sucede que esta falta de evidencia sobre las bondades que se le atribuyen al Modelo de Gestión por Competencias, puede encubrir los diferentes modos de implantación y la deficiente o no utilización efectiva de algunas técnicas.

Entre los trabajos más relevantes en el plano internacional destaca un estudio realizado en Nueva Zelanda y publicado en el 2005, una evaluación de la evolución y el uso de los modelos de competencias⁶⁵.

El artículo parte de la diferencia entre un modelo de recursos humanos centrado en el análisis del puesto de trabajo, con una visión centrada en el individuo y los atributos que este debe poseer para desempeñar un determinado puesto de trabajo y el modelo de competencias, centrado en identificar el rendimiento que se aplica a distintos puestos de trabajo y situaciones. Las dos variables relacionadas con el rendimiento en el trabajo que aparecen en el estudio tienen que ver con: los comportamientos requeridos para un puesto de trabajo específico, y los comportamientos “pro-sociales organizacionales”, que no se describen para un puesto en particular. Estos últimos, se podrían equiparar a lo que nosotros denominamos competencias socioemocionales. Estos tipos de competencias suponen una mejora en una serie de aspectos relacionados con la comunicación, la satisfacción tanto del cliente como del propio trabajo, de manera que aumentan la efectividad dentro de la organización. El rendimiento incluye comportamientos y rasgos como: esfuerzo, persistencia, cooperación, lealtad, aprobación de los objetivos de la organización, autodesarrollo, iniciativa.

La mayoría de los *Modelos de competencias* enfatizan aspectos del contexto más que del rendimiento de tarea. Pero existen algunos problemas en cuanto a la validez del modelo de competencias. Los autores han identificado los siguientes problemas en relación a la metodología utilizada, que pueden resumirse en:

- 1) Validez de constructo del contenido y del criterio. La validez de constructo debería permitirnos responder a la pregunta ¿Qué es una competencia?, ¿puede ser observada y medida? El objetivo de la validez de constructo es verificar que la medida de un rasgo o característica individual, mide lo que dice que debe medir. Para establecer la validez de constructo, es necesario buscar un criterio adecuado al constructo. Y esto tiene que ver con la categorización de las definiciones operativas de las competencias, en términos de conductas o comportamientos que sean aceptadas y compartidas por los miembros de la organización. Otra pregunta que se hacen los autores, está relacionada con la validez de criterio ¿se pueden medir las competencias con precisión?, el problema aquí radica en la escasez de indicadores de rendimiento, esto

hace que sea improbable una evaluación precisa. Lógicamente esto tendría implicaciones en la percepción de justicia en los miembros de la organización.

- 2) Validación del Modelo de competencias. Este problema está relacionada en la forma en la que las organizaciones han adoptado el modelo de competencias, en la mayoría de las ocasiones este no ha sido validado previamente. La validación es de gran importancia puesto que las competencias describen los comportamientos que son normativos y la organización desea promover para alcanzar la eficacia y la eficiencia.
- 3) Validez predictiva. ¿Predicen las competencias desarrolladas un rendimiento superior del individuo y en la organización?, según los autores, la falta de evidencia de las ventajas de este modelo, es el problema más importante. Una de las mayores críticas a este modelo es la confusión implícita entre competencias y rendimiento laboral.

En el marco nacional, cabe destacar un reciente estudio sobre la gestión por competencias en las empresas españolas²⁷, llevado a cabo en el sector financiero y textil y centrando su unidad de análisis en la organización, pone de manifiesto los siguientes aspectos:

- a) Sobre el grado de implantación de la gestión por competencias en las empresas españolas. Los resultados del estudio concluyen que existe una mayor implantación del modelo en las empresas financieras que en las textiles (12% textiles, 43% financieras)
- b) En relación a las técnicas utilizadas para identificar las competencias: existe gran diversidad de técnicas, tanto para identificar como para evaluar las competencias de sus trabajadores. Las más utilizadas han sido: discusión en grupos, observación directa, entrevistas en profundidad y autoevaluación.
- c) La mayor aplicación del modelo se da en: políticas de desempeño-rendimiento y selección, siendo la política de compensación la menos utilizada.
- d) En relación a los agentes que intervienen en la implantación de los sistemas de gestión por competencias.
- e) Sobre la implantación del modelo de gestión por competencias y el rendimiento de las empresas. Los datos obtenidos ponen de manifiesto que los sectores empresariales con unos buenos resultados, tienden a tener gestión por competencias. No existe evidencia para aseverar que las variables de gestión por competencias y el rendimiento empresarial son independientes
- f) La implantación de la gestión por competencias requiere de una gran estructura organizativa para gestionar el modelo, ya que son muchas y variadas las técnicas utilizadas.

Pese a todo, son muchas las ventajas que desde un enfoque empírico se le atribuyen al Modelo de gestión por competencias.

En el siguiente apartado se exponen, a modo de reflexión, las luces y las sombras que pueden estar presentes en la aplicación del modelo de competencias.

1.1.10.1. Luces y sombras del modelo de competencias

En el Modelo de competencias encontramos grandes ventajas pero también serios inconvenientes que es necesario plantear y profundizar en la necesidad de solución.

Entre las luces, podemos destacar el hecho de facilitar la toma de decisiones en el área de recursos humanos, lo que ha hecho que el “modelo de competencia profesionales” se extienda tanto en el ámbito de las organizaciones públicas como privadas. Y si bien es cierto que la investigación sigue

siendo la asignatura pendiente de este enfoque, podemos concretar las siguientes, como principales aciertos del Modelo²⁹:

- 1) Facilita un lenguaje común entre todos los miembros de la organización al hablar en términos de comportamientos (mediante observación directa o indirectamente) y estar definidos previamente. De manera que no da lugar a la interpretación subjetiva, cuando nos referimos por ejemplo a iniciativa, término que puede interpretarse de diferentes maneras.
- 2) Ayuda a focalizar el esfuerzo de los miembros de la organización hacia los resultados. Ya que las competencias evidencian los comportamientos que realiza una persona para alcanzar un resultado excelente en un puesto de trabajo concreto y en una organización determinada. Esto facilita el diseño de procesos de evaluación del desempeño y de esta manera ayuda a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora, para así poder establecer y programar las acciones de desarrollo pertinentes.
- 3) Es utilizado como predictor del comportamiento futuro de la persona, en la organización, ya que su comportamiento pasado, en unas condiciones concretas, determina los comportamientos que se pueden esperar de esa persona en el futuro, en situaciones similares (esto es así, sobre todo desde el enfoque conductista o americano). El hecho de que esperemos que la persona pueda repetir el comportamiento no quiere decir que una persona que no lo haya llevado a cabo, no lo pueda manifestar en un futuro, ya que desde un enfoque constructivista, se parte del supuesto de que la persona es capaz de cambiar y desarrollarse. Cada situación es analizada de manera individual y se opta por las decisiones que mejor se ajusten a cada individuo y situación. También se tiene en cuenta que muchas competencias son generalizables, de manera que si la persona en algún momento la ha llevado a cabo aunque no sea en la misma situación, es probable que la pueda volver a poner en juego.
- 4) El enfoque de competencias profesionales, permite comparar el perfil de exigencias del puesto de trabajo y el perfil de competencias que posee la persona. Si bien es cierto que la premisa es verdadera, también hay que tener en cuenta que en algunas ocasiones los perfiles no se han definido con las técnicas y las metodologías más adecuadas para tal fin, o si se ha hecho no han sido revisadas en un periodo de tiempo recomendable. En este sentido sigue siendo de gran importancia la investigación en esta área de conocimiento.
- 5) Permite ordenar los planes de formación y desarrollo en la organización, al estar centrados en necesidades concretas y permitir una evaluación que indique el grado de transferencia al puesto de trabajo de lo que se ha aprendido. Podemos ver las luces o puntos fuertes del modelo de gestión por competencias (Fig. 8)²⁹.

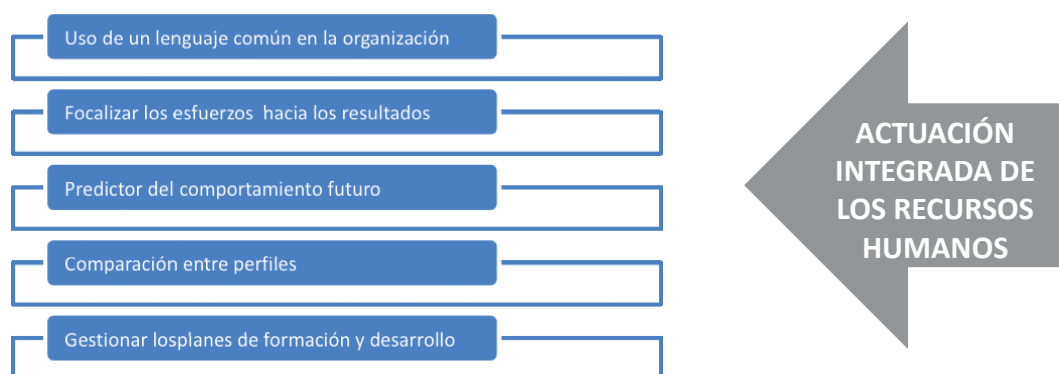


Figura 8 (modificada). Ventajas del enfoque de competencias

Con todo lo expuesto se puede concluir que este enfoque centra algunos de los procesos más determinantes del departamento de Recursos Humanos, como son la selección, evaluación y desarrollo de los miembros de una organización.

Sin embargo, como en casi todo, este modelo tiene su reverso en el que encontramos una serie de **sombras**: partiendo de la base de que no puede haber sombra sin que haya luz. La sombra de este modelo esta expresada en la opinión de autores críticos, en relación a la aplicación y acotación del concepto de competencia. Algunos consideran que este concepto sigue estando mal definido, poco claro y epistemológicamente dudoso⁶⁶.

Esta acotación y confusión a la que da lugar el término de competencia, no se expresa solamente en el ámbito laboral; en el ámbito educativo por ejemplo, bajo el epígrafe de “competencias”, nos encontramos conceptos que corresponden indistintamente a “conocimientos” o “habilidades”... esto se evidencia, por ejemplo, en la Orden ECI/332/2008 del 13 de febrero⁶⁷, en la que establecen los requisitos oficiales para el estudio universitarios oficiales de medicina, donde hay confusión en el uso del término.

Es necesario que en el ámbito de las ciencias de la educación se utilice una terminología rigurosa, con las palabras apropiadas y con patrones científicos similares a otras áreas⁶⁸.

1.2. Competencias en el Ámbito Educativo

Tradicionalmente la Universidad se ha caracterizado por dotar a las personas de un conocimiento teórico, siendo en el ámbito laboral en el que estas adquieren las capacidades y habilidades necesarias para desempeñar las funciones asignadas a un determinado puesto de trabajo.

Para que la Universidad responda a la demanda de la sociedad actual, es necesaria una formación integral del alumnado. Esta necesidad de adaptación a una sociedad del conocimiento impulso la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (en adelante EEES) como el mecanismo para introducir los cambios necesarios en la Universidad. Estos cambios se reflejaron en un modelo educativo por competencias, donde ambos sistemas educativo y laboral convergen.

La innovación en los sistemas de formación viene dada por la conjunción de los conocimientos, las destrezas y los contextos en los que se desarrollan los procesos de enseñanza-aprendizaje y consecuentemente el conocimiento. Es así como el enfoque de competencia profesional se ha consolidado para impulsar la formación en una dirección que armonice las necesidades de las personas, las empresas y la sociedad en su conjunto⁶⁹. Esta idea refleja un nuevo paradigma para el siglo XXI, en la relación entre los sistemas educativos y laborales.

Como veremos en el desarrollo de este punto, aunque el modelo Educativo en la universidad ha estado sujeto al conocimiento disciplinar, el nuevo modelo de Educación Superior está orientado a una formación en competencias en la que se incluyen valores sociales y para la convivencia, con el propósito de formar excelentes profesionales y ciudadanos.

En el último siglo hemos asistido a un cambio de una universidad elitista a una universidad de masas, de una universidad academicista a una universidad que debe desarrollar cinco grandes funciones: profesionalización, investigación e innovación, transferencia del conocimiento y extensión cultural⁶⁹.

Es importante desarrollar un recorrido histórico, de lo que hoy conocemos como EEES, con el fin de acercarnos a los orígenes en la Comunidad Económica Europea y así poder analizar los ejes del cambio en la reforma universitaria.

1.2.1. Creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

1.2.1.1. Origen del Espacio Europeo de Educación Superior

Los inicios de lo que hoy conocemos del EEES, los podemos situar en 1957, año en el que los gobiernos de Alemania, Francia, Italia, Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo, constituyeron la Comunidad Económica Europea (CEE). Treinta años más tarde, en 1986, se adhieren España y Portugal. Aunque inicialmente los intereses eran puramente económicos, posteriormente se transforma en una unión política, a través del Tratado de la Unión Europea (Tratado de Maastricht)⁷⁰, firmado el 7 de febrero de 1992 y que entra en vigor el 1 de noviembre de 1993.

En este tratado ya se puede apreciar que no sólo los aspectos económicos, marco único, o el orden político (Ciudadanía Europea) son el centro de su interés, la educación se convierte en un aspecto que es contemplado en el Derecho Primario de la Unión Europea. Se deja constancia por parte de los Estados miembros, de una política concertada en materia de educación general, siendo los artículos 126, 127 y 128 los que recogen las competencias asumidas por la Unión Europea en materia de Educación. Este, se podría considerar, el principio del discurso sobre educación en la Unión Europea. Plasmado en el artículo 126, capítulo 3 del título III, en el que se expresa de la siguiente manera:

1. La Comunidad contribuirá al desarrollo de una educación de calidad fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando y completando la acción de éstos en el pleno respeto de sus responsabilidades en cuanto a los contenidos de la enseñanza y a la organización del sistema educativo, así como de su diversidad cultural y lingüística.
2. La acción de la Comunidad se encaminará a:
 - a) desarrollar la dimensión europea en la enseñanza, especialmente a través del aprendizaje y de la difusión de las lenguas de los Estados miembros;
 - b) favorecer la movilidad de estudiantes y profesores, fomentando en particular el reconocimiento académico de los títulos y de los períodos de estudios;
 - c) promover la cooperación entre los centros docentes;
 - d) incrementar el intercambio de información y de experiencias sobre las cuestiones comunes a los sistemas de formación de los Estados miembros;
 - e) favorecer el incremento de los intercambios de jóvenes y de animadores socioeducativos;
 - f) fomentar el desarrollo de la educación a distancia.
3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y con las organizaciones internacionales competentes en materia de educación y, en particular, con el Consejo de Europa⁷¹.

1.2.1.2. Evolución del Espacio Europeo de Educación superior (EEES)

Aunque, como ya se ha mencionado, situamos en 1992 el origen de la “ocupación” de la Unión europea en materia de educación, existe una “pre-ocupación” inicial que se refleja en una serie de programas entre los que se destacan, por orden cronológico, el programa EURYDICE (1980) orientado a favorecer la educación en sus diferentes aspectos, programa EUROTENECT (1983) para

favorecer las nuevas tecnologías así como la formación profesional, el programa ERASMUS (1987) perteneciente al programa SOCRATES y el programa LINGUA orientado a favorecer el aprendizaje de las lenguas extranjeras.

Posteriormente, en 1997 la convención de Lisboa para el reconocimiento de las titulaciones universitarias, celebrada por el Consejo de Europa y la UNESCO, tiene la pretensión de armonizar el marco jurídico a nivel europeo.

Todos estos programas, tratados y convenciones impulsan lo que hoy es el EEES⁷² comienza el 18 de septiembre de 1998 con la firma de la Carta Magna de las Universidades Europeas, por todos los rectores que asisten al IX centenario de la Universidad de Bolonia. Desde la *Declaración de la Sorbona*⁷³ en 1998 consolidada en la *Declaración de Bolonia* de 1999⁷⁴, en la que 29 ministros suscriben la que se considera la carta fundacional del EEES, la *Declaración de Bolonia*, que da nombre al proceso de convergencia que culminó en el año 2010, y que ha tenido su continuidad en diferentes comunicados posteriores como fueron los encuentros celebrados en: Praga, Berlín, Bruselas o Londres).

Las bases sobre las que se asienta la creación del EEES se traducen en la Declaración de Bolonia en junio de 1999, cuyos objetivos, de forma resumida, se centran en:

- a) Adopción de un sistema extensible y comparable de titulaciones a nivel europeo.
- b) Establecimiento de un sistema de créditos, asegurador de un nivel de calidad académica.

Para alcanzar los objetivos mencionados, los ministros europeos de educación definieron, en este momento, seis líneas de trabajo a las que añadieron en Praga otras tres en mayo de 2001:

1. Adopción de un sistema de titulaciones fácilmente reconocibles y comparables
2. Adopción de un sistema basado esencialmente en dos ciclos principales
3. Establecimiento de un sistema de créditos
4. Promoción de la movilidad
5. Promoción de la cooperación europea en el control de calidad
6. Promoción de las dimensiones europeas en la enseñanza superior
7. Aprendizaje permanente
8. Instituciones y estudiantes de enseñanza superior
9. Promover la atracción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior.

Todo ello centrado en nuevo concepto de aprendizaje que pivota sobre el concepto de competencia. Concepto que pretende ser el lenguaje común del proceso de aprendizaje en el nivel de educación superior.

El comunicado de Praga⁷⁵ firmado por treinta dos países, cuyas conclusiones fueron recogidas en la Convención celebrada en Salamanca⁷⁶ por la CRUE (Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas) en marzo de 2001. En dicha Convención las universidades europeas declararon que:

“Las Instituciones de Enseñanza Superior son conscientes de que los estudiantes necesitan y reclaman titulaciones que les sirvan realmente para seguir estudios o ejercer una carrera en cualquier parte de Europa”.

Las Instituciones Universitarias reconocen la responsabilidad y el papel que deben desempeñar y reiteran su propósito de organizarse para lograrlo respetando el principio de la autonomía univer-

sitaria. Es el momento en que se apoya una dinámica de creación de un marco para regular la compatibilidad de las cualificaciones basado esencialmente en la distinción entre dos ciclos de estudios: pregrado y de postgrado”.

El fin principal es configurar un modelo de educación superior que sea competitivo y a su vez atractivo tanto para el profesorado como para el alumnado. Esto compromete a los países firmantes a fijar políticas comunes que incidan en adaptaciones curriculares y tecnológicas⁷⁷ como: el diseño de titulaciones equiparables, la movilidad del profesorado y del alumnado, la adopción de un modelo de aprendizaje continuado a lo largo de la vida, o el aprendizaje sustentado en las tecnologías de la información y la comunicación que son los fundamentos del EEES.

En 2003, se reúnen en Berlín⁷⁸ los ministros de 33 países con competencias en educación, su finalidad es analizar los objetivos alcanzados y establecer nuevas metas para lograr la construcción del EEES. El proceso legislativo que materializa los cambios en esta etapa de proceso de cambio de la educación superior, se apoyan en tres pilares:

- 1) Los ECTS (European Credit Transfer System), sistemas de créditos que incorporan el trabajo que el alumno realiza de manera individual o colectiva para completar el proceso de aprendizaje⁷⁹.
- 2) Dos niveles de titulaciones: grado y postgrado⁸⁰. Se contempla que el postgrado incorpora el máster con dos posibles itinerarios, uno profesional y otro científico, que da acceso a la realización de la Tesis Doctoral.
- 3) Un sistema de Acreditación con evaluaciones, tanto internas como externas. La legislación Española recoge esta adecuación en el RD 1125/2003/⁷⁹. Se establece la cantidad de trabajo que el estudiante debe realizar, en el sistema europeo de créditos (ECTS), para conseguir los objetivos propuestos en el Plan de Estudios. Está contemplado, en este número de créditos, no sólo la enseñanza teórica, también la práctica así como todo el trabajo que el estudiante debe realizar en equipo y de forma individual.

En 2005 se celebra una reunión en Bergen⁸¹. Este mismo año según el Real Decreto 55/2005⁸², se establecen las estructuras de las enseñanzas universitarias, regulándose los estudios universitarios oficiales de grado. En el artículo 11 en el punto 4 establece *“las directrices generales propias especificaran los efectos académicos y, de acuerdo con la normativa vigente, las competencias profesionales inherentes a la obtención del título, sin perjuicio de lo que en su caso, establezca la normativa específica para el acceso al ejercicio de profesiones reguladas”*.

En Londres⁸³ 2007 se celebra una nueva reunión y en este mismo año se celebra otra reunión en Lovaina⁸⁴ en la que participan los 46 países que ya conforman el EEES, se analizan los progresos conseguidos y se establecen nuevas estrategias para el avance hacia una Europa unida por el conocimiento, la educación y la cultura.

En la (Figura 9) se puede ver el eje cronológico del desarrollo del EEES

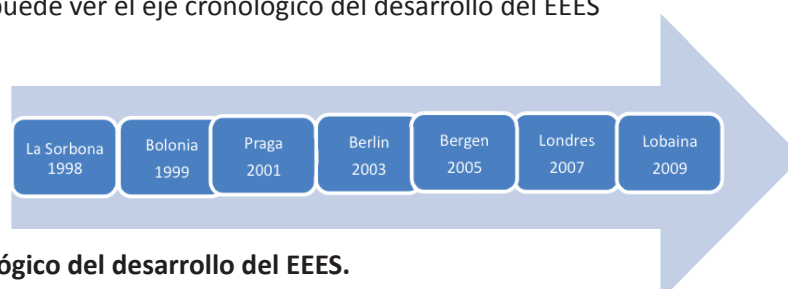


Figura 9. Eje cronológico del desarrollo del EEES.

La síntesis de estas reuniones, recogidas por Feixas⁸⁵, García et al.⁸⁶ y Sánchez Delgado et al.⁸⁷ expone que:

- 1) Declaración de la Sorbona (mayo de 1998): Se sientan los criterios de la reforma universitaria, movilización de profesores y estudiantes, establecimiento de dos ciclos: grado y post-grado. Adopción de los ECTS, para que puedan ser comparables los estudios entre los diferentes países del EEES.
- 2) Declaración de Bolonia 1999: Se establecen objetivos estratégicos, entre ellos la implementación de un Suplemento Europeo del Título, que favorezca la empleabilidad de los ciudadanos europeos.
- 3) I Convención de Instituciones de Educación Superior (Salamanca, marzo de 2001): Se funda la Asociación Europea de Universidades, aprobando los principios de: autonomía con responsabilidad, la educación como servicio público, la enseñanza superior sustentada en la investigación y la articulación de la Universidad. Se establecen las siguientes prioridades: calidad, confianza en la Institución, pertinencia al mercado laboral, movilidad de los implicados, contabilidad de las cualificaciones y atractivo para estudiantes de otros países.
- 4) Conferencia de ministros (Praga, mayo de 2001): Reafirmación del compromiso de conseguir un EEES para el año 2010.
- 5) Conferencia de ministros de Berlín, 2003: Se continúan las líneas de trabajo iniciadas en 1998. Se acuerda que los sistemas de Garantía de Calidad Nacionales, incorporen las descripciones de las responsabilidades de las instituciones involucradas, la evaluación de las instituciones y programas incluyendo la participación de estudiantes y la publicación de resultados así como la participación y cooperación mediante el trabajo en red. Se elaboran procedimientos y guías para la Garantía de la Calidad a nivel Europeo.
- 6) Conferencia de Bergen (Noruega, mayo de 2005). Se adoptan los siguientes acuerdos: establecimiento de un marco general de trabajo para la cualificación en European Higher Education Area (EHEA) en el que se suma un nuevo ciclo, a los dos existentes, el tercer ciclo de doctorado. Se asume la investigación y la dimensión social de EHEA, la movilidad de estudiantes, profesores e investigadores, como gran desafío.
- 7) Comunicado de Londres (Londres, mayo de 2007). Se admite la necesidad de una permanente adaptación de la Educación Superior, a un mundo en permanente cambio, con el lema "*Hacia el espacio de educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado*". El objetivo es mantener la competitividad y responder a los retos de la globalización eficazmente.
- 8) Comunicado de Lovaina. *The European Higher Education area in the new decade*. (Lovaina, 28 y 29 de abril de 2009). Se destaca la importancia del aprendizaje permanente, acordándose que en el 2010 un 20% de graduados deberían haber tenido un periodo de educación en otros países de la unión Europea.

No se puede dejar de comentar en este punto el *Proyecto Tuning*, como el proyecto que materializó muchas de las propuestas y acuerdos que se llevaron a cabo en las diferentes reuniones.

1.2.1.3. Proyecto Tuning

En el año 2000, para el desarrollo de un modelo común de titulaciones, la Comisión Europea promovió el *Proyecto Tuning* ¹²² en el que se desarrolla el concepto de armonización, consideran que no es deseable ni posible homogeneizar los procesos formativos, estos deben quedar en manos de cada universidad.

El modelo de reconocimiento se centrará en las competencias adquiridas según cada perfil profesional, de esta manera se garantiza la comparación entre estos.

Este *Proyecto Tuning*, queda coordinado por la universidad de Deusto y compuesto por miembros de diferentes universidades europeas. Se pretende determinar las competencias genéricas a todas las disciplinas y las específicas de cada una, en el primer y segundo ciclo.

Las competencias se convierten en los resultados de aprendizaje, es decir en la definición de lo que un alumno es capaz de evidenciar una vez finalizado su proceso de aprendizaje. Se convierten así en marco de referencia para el diseño y evaluación de los Planes de Estudio, incorporan un lenguaje común de los objetivos de los diferentes Planes de estudio. El Modelo de reconocimiento se centrará en estas competencias adquiridas según cada perfil profesional, de esta manera se garantiza la comparación entre estos.

Este Proyecto ha tenido diversas fases.

- 1) La primera fase años 2000 al 2002, coordinada por la universidad de Deusto (España) y Groningen (Países Bajos), como ya se ha comentado y cuyo equipo estaba compuesto por unas 100 instituciones representativas de la Unión Europea y del Espacio Europeo de Educación Superior.

En esta primera fase, se trabaja sobre cuatro líneas:

- a) Además de establecer las competencias genéricas y específicas, como ya se ha comentado
- b) Se establece un sistema de medida de créditos, denominado ECTS (Créditos Europeos de Educación Superior)
- c) Se define la función de la docencia, el aprendizaje y el rendimiento asegurando
- d) la evaluación de la calidad.

La primera fase se ocupa más de las tres primeras líneas. Siendo la

- 2) Segunda fase entre 2003 y 2004

Se encargara de desarrollar la cuarta línea de la fase anterior, la evaluación de la calidad.

Además se desarrollan algunas de las actividades más relevantes, en relación con nuestro estudio, que se llevan a cabo en esta fase son:

- a) Validar los resultados obtenidos en las dos primeras líneas (competencias genéricas y específicas) con la universidad, los empleadores, asociaciones profesionales, estudiantes, agencias de acreditación de la calidad.
- b) Nuevas actividades:
- c) Establecer un vínculo entre las competencias y los créditos ECTS, como referencia para la elaboración de los Planes de Estudio.
- d) Desarrollar los diferentes enfoques sobre docencia, aprendizaje, rendimiento y evaluación.

Es en esta fase donde se determinan las competencias genéricas y específicas de la disciplina de enfermería²¹. Estos nuevos enfoques sobre la docencia y el aprendizaje se materializan en la reforma universitaria, cuyos ejes y sus consecuencias, se desarrollan en el siguiente punto:

1.2.2. Ejes del cambio en la reforma Universitaria

Todas estas reuniones, acuerdos y líneas estratégicas, se convierten en los ejes fundamentales del cambio a través de la reforma universitaria. De todos ellos se destacan aquellos que más relación tienen con el objeto de estudio de esta tesis.

1.2.2.1. Un modelo de educación basado en competencias

El nuevo paradigma vertebrará la formación universitaria a partir de un modelo de educación basado en competencias. La incorporación del concepto de competencia es la guía del proceso enseñanza-aprendizaje. El alumno tendrá que adquirir a lo largo de su programa de estudios una serie de

competencias genéricas y otras específicas, entendiendo que son numerosas las ventajas basadas en este enfoque, concretamente en el caso de los y las estudiantes de enfermería, Falco dice textualmente

“potencia la responsabilidad del alumno haciéndolo participe de manera activa en su proceso de aprendizaje; permite la aplicación de metodologías didácticas distintas en función de la materia y la dinámica del grupo; obliga a diseñar de manera práctica y coherente las materias, permitiendo la distinción entre lo esencial y lo no esencial, racionalizando los recursos y proporcionando mayor cohesión en el currículum formativo...”²².

Las competencias del estudiante, por tanto, se convierten en el eje central del proceso de enseñanza-aprendizaje. Especifican aquello que el alumnado debe aprender y por lo que deber ser evaluado. Definir las competencias es una tarea fundamental que afecta, tanto a los agentes implicados en el proceso formativo de los futuros profesionales, como a las organizaciones laborales.

Para el desarrollo de las competencias definidas son necesarias una serie de metodologías docentes, como por ejemplo la incorporación de un periodo de prácticas en entornos laborales. Dichas prácticas, están encaminadas a reducir la distancia que se produce entre la teoría y la práctica. En el caso de la formación en enfermería, siempre se han tomado en cuenta las competencias profesionales a la hora de definir los contenidos e incluir una importante proporción de prácticas en el ámbito clínico⁸⁸.

Esta preparación práctica relacionada con una formación basada en competencias, no se contemplaría sin tener en cuenta los nuevos objetivos formativos⁸⁹:

- a) La preparación para el mercado laboral.
- b) La preparación para una ciudadanía activa.
- c) El desarrollo personal
- d) La adquisición y mantenimiento de una base de conocimientos amplia y avanzada.

El proceso de enseñanza aprendizaje queda traducido en competencias de una forma específica, según cada disciplina, en lo que se denominó Libro Blanco. Concretamente en la disciplina enfermera *El Libro Blanco de Enfermería*⁹⁰ recoge las competencias finales necesarias, en el perfil profesional del enfermero graduado. Este perfil está formado por seis bloques de competencias. El primer bloque recoge un conjunto de competencias relacionadas con los valores profesionales y la función de enfermería, el segundo con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínica, la tercera con todas las competencias orientadas a proporcionar unos cuidados óptimos al paciente, familia y comunidad. Las competencias cognitivas, de relación, interpersonales y de comunicación se recogen en el cuarto y quinto bloque respectivamente, en el último bloque recoge las competencias de liderazgo, gestión y trabajo en equipo.

1.2.2.2. Cambios en los roles profesor-alumno. De lo que el profesorado enseña a lo que el alumno debe aprender.

El rol del estudiante pasa de ser un mero receptor de información en el aula para convertirse en el protagonista de su proceso de aprendizaje. El profesorado debe cambiar el papel de mero trasmisor de información, para transformarse en un guía, un asesor que acompaña y ayuda al estudiante en su propio proceso y a su propio ritmo de aprendizaje.

Este planteamiento ha cambiado (o así debería ser) la forma en que se planifica la formación por parte de los y las docentes, siendo las necesidades sociales y profesionales, las que orientarán la

selección de competencias que se traducirán en objetivos de aprendizaje, determinando los criterios de evaluación⁹¹.

En la (Figura 10)⁹¹ podemos ver la diferencia del proceso de enseñanza-aprendizaje entre el diseño tradicional y el diseño actual, en algunas de las asignaturas que configuran el currículum de enfermería.

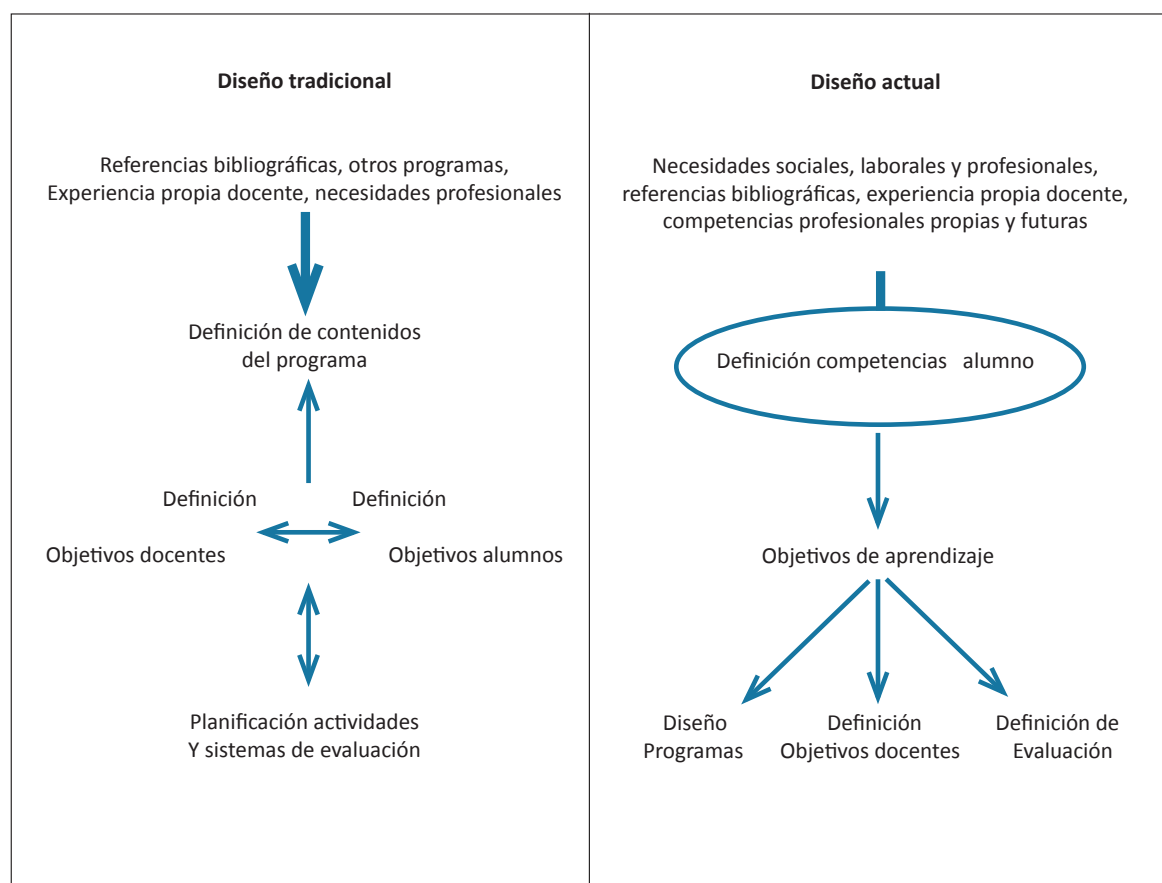


Figura 10. Diseño tradicional y actual del proceso de enseñanza.

El diseño y elaboración por tanto de los Planes de Estudio, tiene como eje el aprendizaje del alumno. Este cambio de perspectiva, pretende que el alumno y la alumna construyan de forma activa y autónoma su conocimiento con la ayuda de la información proporcionada, entre otros, por el docente y por las estrategias didácticas que se utilizarán para facilitar dicha construcción. El y la estudiante debe realizar un esfuerzo encaminado a “aprender a aprender” de manera diferente a lo que tradicionalmente ha venido haciendo. Este “aprender a aprender” lleva implícito que no sólo es relevante lo que se aprende si no como esto se aprende.

- a) Aprendizaje permanente: Este aspecto es uno de los más importantes, en relación a una mayor competitividad Europea. Aumenta la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida. Para Delors⁹² la llave de acceso al siglo XXI, es el aprendizaje a lo largo de la vida, este debe responder a la necesidad de un mundo en permanente cambio y va más allá de la tradicional distinción entre la educación básica y formación continua. Dicho aprendizaje se sustenta sobre cuatro pilares y que están vinculados directamente con el concepto de competencia ya desarrollado en el apartado anterior:

- 1) Aprender a conocer
- 2) Aprender a hacer
- 3) Aprender a vivir juntos y
- 4) Aprender a ser.

La Comisión Europea establece que el aprendizaje permanente es toda actividad de aprendizaje útil, que se realiza de manera continua, con la intención de mejorar las capacidades, las cualificaciones y los conocimientos.

- b) Vinculación de la educación universitaria con el mundo laboral. Para ello el EEES aplica un sistema de créditos basado en el aprendizaje en competencias. Se incorpora en todas las disciplinas una parte de formación práctica que se realizara en el ámbito laboral. En el caso de la disciplina de enfermería, como ya se ha comentado. Este aspecto no es una novedad ya que desde los inicios de sus estudios está contemplada una parte práctica que se ha venido desarrollando en el contexto de la práctica clínica. Esta idea se desarrollará con más profundidad en los siguientes apartados.

1.3. Contexto y agentes de la práctica clínica: hacia una práctica reflexiva del cuidado.

En este punto y en el siguiente, se analizará el contexto en el que se realiza la práctica clínica, así como algunas de las características de sus actores: TPCE, enfermeras y enfermeros asistenciales, alumnas y alumnos. Se comenzará con una breve reseña historia de la evolución de los estudios de enfermería y del tratamiento y consideración que ha tenido la práctica clínica en los diferentes Planes de Estudio, hasta llegar a la conceptualización actual sobre la práctica externa, la diferencia con otros conceptos afines así como los objetivos que se persiguen dentro de un entorno presidido por unos principios orientados a la práctica reflexiva.

Ocuparán en el siguiente desarrollo las características del entorno físico y la influencia de los diferentes actores del proceso de enseñanza-aprendizaje, centrándonos en dos de las estrategias (el “modelo clínico” y el “modelo de mentoría”) orientadas a la práctica de un aprendizaje reflexivo.

En el penúltimo apartado, serán revisadas algunas de las dificultades que pueden obstaculizar el aprendizaje del alumno, derivadas de situaciones concretas y creencias previas de los TPCE, que pueden ser explicadas mediante el currículum oculto.

Finalizará este punto con la manifestación de la importancia de una práctica reflexiva centrada en el cuidado y en la transmisión de la identidad del profesional de enfermería.

1.3.1. Historia de la formación práctico-clínica en los estudios de enfermería

El origen de las Escuelas de Enfermería, en nuestro país, se sitúa en el año 1896, en el que el Dr. Rubio y Galí fundara la primera Escuela de enfermería en España, con el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. En 1915 se legaliza en España la profesión enfermera, a través de la Real Orden del 7 de mayo⁹³, en este momento se establece el Plan de Estudios para la profesión enfermera. Como apunta Sellán⁹⁴,

“en la revisión de los contenidos del programa se vislumbra el carácter práctico y el tipo de socialización a que se aspira”.

Esta enseñanza práctica esta tutelada por las Hermanas de la Caridad. En 1920 se publica un reglamento con la intención de regular los aspectos prácticos de la formación de las alumnas de esta

Escuela. Poco a poco se van añadiendo más Escuelas de Enfermería, en 1929 se funda la Escuela de Enfermeras de la Casa de la Salud de Valdecilla, en Santander, que se transforma en Escuela Universitaria de Enfermería a finales de los años 70.

La primera Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja, es fundada en Madrid en 1915, año en que se inaugura el primer curso oficial. El 28 de febrero de 1917 son aprobadas las instrucciones generales para la organización y construcción del Cuerpo de Damas Enfermeras y el programa de enseñanzas, entre los requisitos exigidos destacamos *“3ª aprobación de la práctica en hospitales que designe la Asamblea Central, así como el tiempo de esas prácticas”*⁹⁴. Como se puede ver, la formación práctica, es un aspecto de gran importancia en la formación de las futuras enfermeras.

La Orden del 4 de agosto de 1953⁹⁵, establece el Plan de Estudios de las Escuelas Enfermeras para todo el país, en él se estipula que la duración de los estudios conducentes al título de enfermera es de tres cursos de duración con un total de 3.278 horas de enseñanza de las cuales 2.160 horas, son de formación práctica.

En el año 1955, mediante una Orden del 4 de julio⁹⁶, la profesión enfermera pasa a denominarse ATS. El Plan de Estudios contempla un total de 4.107 horas de enseñanza de las cuales 2.880 horas, son de formación práctica. Se establecen 4 horas diarias, como mínimo, en el primer curso y 6 horas diarias en el segundo y tercer curso, estas se realizarán en las áreas médicas, quirúrgicas y laboratorios (en segundo curso).

Es en 1977 cuando se produce el proceso de integración de las Escuelas de Enfermería en la Universidad, mediante el Real Decreto 2128/77⁹⁷, pasando de denominarse Ayudantes Técnicos Sanitario (ATS) a Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE). Se establecen las bases para el Plan de Estudios de Enfermería, entre sus directrices, destaca la prestación de cuidados de enfermería al individuo sano y enfermo, a la familia y a la comunidad tanto en el ámbito hospitalario como en el extra hospitalario. Se tienen en cuenta aspectos tales como la rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Se incluye la participación de la enfermera en el equipo de salud, así como la investigación en el área de enfermería. El nuevo plan de estudios está orientado a formar a profesionales con funciones propias, con capacidad de actuar tanto en el ámbito hospitalario como extra hospitalario. Con un objetivo claro e independiente que no es otro que el cuidado integral de la persona⁹⁸.

Es a partir de 1977 cuando, en nuestro país se da un giro importante a los estudios de enfermería centrándose, estos, en el cuidado y en una metodología enfermera:

*“Por primera vez en España las enfermeras estudian de manera diferenciada los aspectos relacionados con la disciplina y profesión, así como los cuidados enfermeros y la forma de llevarlos a cabo a través de un método”*⁹⁴.

En este nuevo *Plan de estudios* se establecen 4.600 horas, distribuidas en tres cursos, de estas el 50% son horas de formación práctica, es decir 2.300 horas.

La etapa de ATS, que llega hasta 1977, es posiblemente la etapa que más influencia ha ejercido en nuestra cultura profesional*, cultura que sigue transmitiéndose, a través de sus miembros en dos momentos importantes: uno, en el momento de la realización de las prácticas clínicas de los alum-

* Entendiendo por cultura profesional, el conjunto de creencia, valores, normas y conocimientos que son compartidos por un grupo profesional, en este caso por enfermeros.

nos y alumnas de enfermería y otro, en la socialización de los enfermeros y enfermeras noveles que se incorporan a las Unidades de Enfermería. Una de las causas la podemos encontrar en lo que apunta Sellán:

“El enorme peso que el ejercicio de la profesión en la actualidad tienen los que se formaron como ATS en este periodo, ...todavía un número importante ejerce en todos los ámbitos profesionales”⁹⁴.

Desde entonces hasta el momento actual, las prácticas siguen realizándose en Unidades de Enfermería donde la mayoría de las enfermeras y enfermeros han recibido una formación como ATS, pese a que muchos profesionales ya han realizado los estudios de nivelación con el Título de Diplomado Universitario en Enfermería, sigue predominando una forma de entender la práctica enfermera, posiblemente muy alejada de lo que los alumnos y alumnas aprenden en el aula. Este hecho, tiene relación con lo que algunos autores definen como “crisis de identidad profesional”⁹⁹ en una búsqueda de una construcción discursiva que sea coherente entre, cómo se autodefine la profesión enfermera y como es definida externamente. También parece haber una contradicción entre lo que evidencia en su práctica laboral¹⁰⁰ y lo que debería hacer en función de su misión ocupacional*.

Es a partir del Real Decreto 561/1997¹⁰¹, del 26 de octubre, cuando se recoge una serie de cambios, en la que vino a ser la ley de Reforma Universitaria. Uno de estos cambios es la incorporación del crédito como unidad de medida de la enseñanza recibida. Sin embargo pese a las modificaciones de los Planes de Estudio en los que han teniendo más protagonismo las áreas de conocimiento vinculadas con el cuidado de forma teórica, en el tema de las prácticas clínicas se sigue manifestando esta falta de paridad en relación al avance teórico. Como dice Sellan.

“El saber hacer era lo relevante, en detrimento, quizás, del saber el qué y el para qué de la actividad”⁹⁴.

En 1999 con el proceso de Bolonia y con el desarrollo de las bases para la construcción de ese EEES, como ya ha sido desarrollado. Este hito supuso una oportunidad de progresión en la formación de los enfermeros, pudiendo acceder por primera vez en la historia a estudios de doctorado²².

Entre las innovaciones que introduce el plan de Bolonia y el nuevo EEES, que se introducen en los estudios de grado y posgrado, destaca la realización de un prácticum en todas las disciplinas universitarias. En el caso de enfermería, esto no supone una novedad ya que la formación práctico-clínica de los alumnos de enfermería, ha formado parte de los Planes de Estudio desde 1955. Lo que si supone un cambio importante, es el diseño de los nuevos Planes de Estudio centrados en competencias profesionales, en cuyo logro la práctica clínica ocupa un papel relevante. Este hecho ha llevado, en muchos casos, a la revisión de la tarea compartida en materia de formación de los profesionales de la salud, entre el sistema sanitario y las universidades¹⁰².

* Entendiendo por misión ocupacional, aquellas funciones y actividades que son propias e ineludibles de una profesión. En el caso de la enfermería estas vienen reflejadas en el *Libro blanco de enfermería* como: “valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y la comunidad” pág. 106. Según la ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (2003) en el Título I, artículo 7, apartado 2, hace referencia a que la misión ocupacional de las enfermeras se centrara en: la dirección, prestación y evaluación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades.

Algunas voces críticas sostienen, que el equipo sanitario no ha asumido plenamente las nuevas líneas de actuación profesional, esto dificulta el aprendizaje del alumnado y repercute en la formación de los futuros profesionales de la enfermería, que siguen respondiendo a demandas de otros profesionales, más que a las suyas propias¹⁰³.

De manera que muchas de las cuestiones que fueron debatidas en la década de los 90, siguen vigentes en el 2016, como: la manera llevar a cabo la formación práctico-clínica de los alumnos de enfermería, definir las actividades que deben realizar así como las cualidades deben tener los responsables de la formación práctica de los alumnos y unificar los criterios de profesión.

Cortina y Conill¹⁰⁴, definen el concepto de **profesión** como una actividad social, cooperativa, que tiene como objetivo final proporcionar un bien social, específico e indispensable. Si bien es verdad que no es fácil encontrar una única definición sobre el concepto de profesión, algunos autores consideran que existen unos rasgos prototípicos de la profesión entre los que se encuentran los siguientes: Una profesión es una actividad humana social, mediante la que se presta un servicio a la sociedad de forma institucionalizada; el conjunto de personal que ejercen una profesión se denominan profesionales; se accede al ejercicio de la profesión a través de un proceso de capacitación teórico-práctico; los profesionales reclaman autonomía en el ejercicio de su profesión, siendo los únicos jueces de su quehacer al ser los expertos, para ello elaboran un código deontológico como sistema de autorregulación; los profesionales son responsables de los actos y técnicas de su profesión¹⁰⁵. Otros conceptos relacionados y que es necesario diferenciar entre sí, son el de “**profesionalización**”: concepto que hace referencia al estatus social de la profesión, es decir la capacidad de influencia que una profesión tenga en la sociedad, con su autonomía y el valor que se le otorgue y “**profesionalismo**”: es la capacidad de los individuos y las organizaciones en las que trabajan, de desarrollar una actividad de calidad con un compromiso con los clientes dentro de los enfermeros que se encargan de la formación práctica de los alumnos de enfermería¹⁰⁶.

En este momento, primera mitad del siglo XXI, el alumnado realiza las prácticas en diferentes Unidades Asistenciales que tiene sus propias características, sus dinámicas de trabajo, diferentes formas de relacionarse con el equipo y determinados responsables, todas estas circunstancias están cargadas de una subjetividad que sin duda influye en el alumno¹⁰³. Con frecuencia los alumnos y alumnas son tutorizados por diversos enfermeros y enfermeras, que no siempre comparten una visión del cuidado, del equipo e incluso de la profesión, si bien es verdad que esto tiene un doble análisis, pudiendo considerarse la riqueza en matices que tiene el acto de cuidar, no es menos cierto que este hecho, también, puede provocar un gran desconcierto ante la falta de un discurso compartido y coherente con la práctica del cuidado.

Para Siles¹⁰⁷, es paradójico reconocer una convivencia, entre una enfermería de carácter vocacional con una enfermería de carácter profesional y científica, y que este hecho se manifieste como una fuente de conflicto y de enriquecimiento al mismo tiempo. Estos son algunos aspectos que pueden influir en la histórica dicotomía teoría-praxis, así como otras características de las prácticas clínicas se presentan en la (Tabla 16), sobre las diferencias entre el modelo anterior y el nuevo modelo de prácticas clínicas en la UAM.

El cambio más importante radica, en esta nueva etapa del EEES, en un diseño de la práctica clínica basado en competencias. Formar desde la perspectiva de las competencias significa un cambio en el rol de todos los agentes implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje¹⁰⁸, pasando del “yo” al “nosotros”, esto implica desarrollar una cultura de trabajo colaborativo o lo que este autor denomina “comunidades de aprendizaje profesional¹⁰⁹”.

Tabla 16. Clasificación respecto a las diferencias entre el modelo anterior y el actual modelo del aprendizaje clínico en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Un ejemplo aplicado.

	Modelo anterior	Modelo actual
<i>Organización</i>	Las prácticas están vinculadas a determinadas asignaturas: Enfermería Materno-Infantil, Salud Mental, Fundamentos de Enfermería, Médico-Quirúrgica	Las prácticas, son asignaturas independientes, en las que vienen definidas las competencias que el alumno debe alcanzar con sus indicadores correspondientes para ser evaluadas, de forma independiente. Se distribuyen en 6 prácticum, desde 2º a 4º curso, con un total de 78 créditos
<i>Enfermero</i>	Participan en la formación del alumno, su responsabilidad se centra en la asistencia y evaluación del estudiante.	Asume una responsabilidad más directa sobre el aprendizaje del alumno, pasa a denominarse " <i>tutor/a clínico</i> ". Se regula la actividad de tutela y evaluación del alumno. Dicha actividad se reconoce como mérito en el Servicio Madrileño de Salud, y en la universidad
<i>Supervisor, supervisora de Enfermería</i>	Acoge y distribuye a los alumnos en la Unidad. Asigna los alumnos a los enfermeros	Sin actividad específica, excepto en aquellas Unidades de Enfermería en las que no hay colaboradores clínicos
<i>Colaborador Clínico</i>		Asume la responsabilidad del proceso de aprendizaje clínico del alumno, el seguimiento, las tutorías y evaluación. Ratio de 2 ó 3 alumnos por colaborador
<i>Profesor de la asignatura</i>	Realiza un seguimiento de las incidencias de las prácticas del alumno con mínima intervención en el proceso. Recoge las notas de la evaluación, para la calificación final del alumno	Junto con el colaborador clínico, establece una mayor coherencia entre la teoría y la práctica, a través de las tutorías programadas. Es el responsable de la orientación y corrección del Caso Clínico, del Incidente Crítico, o cualquier otra tipología de trabajo académico en prácticas que debe realizar el alumno, al finalizar su periodo de prácticas clínicas, así como de la nota final
<i>Coordinador de la Institución Asistencial</i>	Gestiona y distribuye los recursos disponibles para la realización de las prácticas en función de la capacidad del Hospital/Centro de Salud.	Gestiona y distribuye los recursos y la información entre las Unidades de Enfermería.
<i>Profesor coordinador de las Prácticas Clínicas en la universidad</i>		Programa y coordina los seminarios y salas de habilidades. Distribuye los alumnos en los Centros Asistenciales, coordina la información y las incidencias entre la Universidad y los Centros Asistenciales.

Dichas comunidades de aprendizaje profesional se dan en el contexto de las prácticas que deben realizar los alumnos de manera que comenzaremos abordando las prácticas, denominadas externas, o prácticum.

1.3.2. El prácticum como innovación docente en la reforma universitaria

La práctica clínica, prácticas externas o prácticum, son algunas de las denominaciones que nos podemos encontrar, en la actualidad, en las diferentes Guías Didácticas de las distintas titulaciones, esto también merecería una revisión de los términos utilizados

Por práctica externa en los planes de estudio de la formación superior, entiende como "*el conjunto de actuaciones que un estudiante/titulado realiza en un contexto relacionado con el ejercicio de una profesión*"¹¹⁰.

La práctica externa está diseñada como un proceso de aprendizaje profesional en contextos laborales que están sujetos a un cierto control, al ser supervisadas las actuaciones del aprendiz por un conjunto de profesionales, implicados en la función docente. Dichas prácticas, requieren desde este punto de vista, la figura de un profesional que oriente, supervise y apoye las actividades del alumno. Esta figura recibe diferentes nombres como veremos posteriormente.

Ya se ha mencionado que hay varias formas también para referirse a estas, de prácticas externas, entre las que podemos destacar las denominadas: prácticum, prácticas en empresa y en nuestro caso prácticas clínicas¹¹¹:

- a) Prácticum: Es un tipo de práctica que está integrada en el Plan de Estudios de una titulación concreta, es considerada una materia más de la titulación con un equivalente en créditos. Este tipo de prácticas pueden ser externas o no.
- b) Prácticas clínicas: Son un tipo de prácticum que está vinculado al área de las Ciencias de la Salud. Dichas prácticas están integradas en el Plan de Estudios y tienen una equivalencia en créditos.
- c) Prácticas en la empresa: Este tipo de prácticas que no forma parte del Plan de Estudios, lo realizan los graduados de una titulación, no forman parte del Plan de Estudios aunque pueden estar reconocidas en términos de créditos.

Independientemente de la denominación, las prácticas clínicas externas, deben tener unos objetivos que orientan las actividades que se deben realizar.

1.3.2.1. Objetivos de las prácticas externas

El objetivo de las prácticas externas, en nuestro caso prácticas clínicas también denominadas prácticas tuteladas, es conseguir que los futuros profesionales de la enfermería se acerquen al conocimiento de la profesión, mediante la adquisición y desarrollo de competencias profesionales así como del conocimiento de las organizaciones donde las realizan y del equipo de trabajo del que forman parte, durante la realización de las mismas.

En la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio¹¹² se establecen los requisitos de verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermería. Las competencias que los y las estudiantes del Grado de Enfermería deben adquirir a lo largo de su trayectoria curricular abarca desde: la planificación y prestación de cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto a través de guías de práctica clínica y asistencial, conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería, comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural, basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles, fomentar estilos de vida saludables apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéutica, establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud, hasta conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar.

Dicha Orden establece, que las prácticas tuteladas se realizarán en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias en los centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, razonamiento clínico, juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermería, asociados a las competencias descritas en los objetivos y en las materias que conforman el título.

El desarrollo de las prácticas, permitirá a los alumnos y alumnas adquirir un conjunto de competencias, en la línea ya desarrollada, en los que están incluidos **el saber**: mediante nuevos conocimientos o dándole nuevos significados a los que ya ha adquirido; **saber hacer**: a través del manejo y aplicación de diferentes materiales, herramientas, procedimientos, protocolos y técnicas; **saber estar**: mediante la relación con diferentes profesionales y equipos de trabajo y **saber ser**: en relación a un comportamiento ético y respeto al código deontológico.

Para que se produzca el aprendizaje establecido el proceso de enseñanza debe estar integrado en un esquema de planificación, ejecución o desarrollo y evaluación continua orientada a la mejora permanente del aprendizaje, que producirá en un entorno determinado, denominado entorno de aprendizaje clínico.

1.3.3. Entorno de aprendizaje clínico

El concepto de entorno de aprendizaje ha sido tratado por diversos autores a lo largo de la historia con diferentes enfoques. Algunos de ellos consideran que el entorno de aprendizaje lo es todo. De manera que en el caso de las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería, no sólo la figura del TPCE, sino que todos los componentes del entorno deben ser considerados como variables que influyen en el resultado final de aprendizaje y definen este entorno como *“ese conjunto de características del puesto de trabajo clínico que influyen en el desarrollo profesional de la enfermera”*¹¹³. Siendo considerado entonces como *“una red interactiva de fuerzas presentes en la clínica que influyen en el resultado del proceso de aprendizaje de los alumnos”*¹¹⁴.

Tanto las nuevas propuestas del EEES como algunos autores sugieren la importancia de que el profesorado implicado en la práctica del alumno, reflexionen sobre cómo vive el alumno la práctica y la forma en la que integra los conocimientos, las habilidades y las actitudes. La tutorización clínica es un modelo pedagógico que exige de una aproximación reflexiva orientada a guiar a los y las estudiantes a contemplar distintas alternativas para abordar los problemas que encuentran en la práctica¹¹⁵.

Dicha práctica contextualizada en el entorno de aprendizaje clínico, referido a enfermería, es considerado como un entorno complejo y multifuncional; los alumnos y alumnas deben desempeñar múltiples actividades relacionadas con la prestación de cuidados en interacción constante con el paciente, sus compañeros y otros miembros del equipo de salud¹¹⁶. Todas estas interacciones y la respuesta a diferentes situaciones es lo que constituye el proceso de aprendizaje, que en este caso, al tratarse de un aprendizaje clínico debe seguir unos principios determinados, como los que se proponen a continuación.

1.3.3.1. Principios del aprendizaje en el entorno de las prácticas clínicas

El aprendizaje, en el entorno de la práctica clínica, es considerado por diferentes autores como un proceso constructivista, auto-dirigido, colaborativo y contextual¹¹⁷.

Se considera un proceso *constructivista* porque el alumno es el protagonista y responsable de construir un nuevo conocimiento o redes de conocimiento, sobre los conocimientos previos que este ya posee y sobre sus experiencias previas, dando un nuevo significado a la unidad de información que recibe o la situación experiencial que viva en un momento determinado. Teniendo en cuenta este componente del aprendizaje, los TPCE deben propiciar la posibilidad de que el alumno lleve a cabo acciones que pongan de manifiesto sus conocimientos previos y las comprensiones actuales, buscando una conexión entre la teoría y la práctica, mediante un proceso de elaboración.

El proceso de elaboración, como actividad cognitiva que facilita la activación de conocimiento previo para ser aplicado a una nueva situación, debe ser promovido por los tutores. Para ello los tutores deberán realizar preguntas al alumno y así provocar su reflexión, procesos de asociación o conciencia de la falta de información necesaria para resolver la situación, otra estrategia que facilita esta actividad cognitiva es la de provocar discusiones que permitan al alumno posicionarse desde diferentes puntos de vista y elaborar su propia conclusión o decisión que será nuevamente valorada por el tutor clínico. Esta forma de construir el propio conocimiento ha sido definida por algunos autores como Davies¹¹⁸, como “aprendizaje autodirigido”, este aprendizaje lejos de ser un aprendizaje desestructurado, implica una responsabilidad por parte del alumno a la hora de asumir como propio el proceso de aprendizaje relacionado con sus necesidades e interés. Uno de los aspectos más importantes es la reflexión a la hora de ejercer una autorregulación tanto cognitiva como motivacional. El aprendizaje auto-dirigido es algo que los tutores deben transmitir desde su propia aplicación ya que el futuro enfermero deberá aprender durante toda su vida profesional. Este aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional, es una de las competencias más valoradas en las propuestas del EEES.

Otro aspecto de gran importancia, y que no se puede obviar, es el sentido colaborativo del aprendizaje. Algunos estudios¹¹⁹ sobre el aprendizaje han puesto de manifiesto la importancia del aprendizaje como un *proceso colaborativo*. Este proceso implica llevar a cabo una interacción entre el tutor, el alumno y el resto de componentes del equipo de trabajo, alejando el foco de atención de lo que pudiera ser un simple reparto de tareas, se centra en comprender y compartir un problema de forma mutua. Algunos elementos que pueden aumentar el aprendizaje del alumno son: la colaboración, la discusión y la verbalización de la construcción que el alumno hace sobre las diferentes formas de abordar el problema o situación por los diferentes miembros del equipo. Otro factor que va a influir en el aprendizaje del alumno, es el entorno, si el entorno es autoritario y está muy jerarquizado será un obstáculo para el aprendizaje, deben desecharse modelos maternalistas y autoritarios, en el que el aprendizaje es un proceso que viene de arriba abajo, favoreciendo entornos democráticos en los que las estrategias de aprendizaje son igualitarias, en estos entornos se reconoce que el aprendizaje es un proceso que fluye en ambas direcciones entre el tutor y el alumno¹²⁰.

El aprendizaje también debe ser un *proceso contextual*. Este concepto hace referencia a que el conocimiento se recuerda mejor si se ha aprendido desde el propio contexto en el que se desarrolla. Existe un estudio publicado en 1975, en el que Godden¹²¹ describe como unos buzos que deben aprender parejas de palabras en diferentes contextos, fuera y dentro del agua, los resultados evidenciaron que las palabras aprendidas fuera del agua se recordaban mejor fuera del agua, así como las palabras aprendidas dentro del agua se recordaban mejor dentro. Desde este enfoque es lo lógico pensar que el conocimiento se debe aprender en condiciones muy parecidas a las que se aplicara este mismo conocimiento, así como el hecho de que, este conocimiento va a estar mediado por una serie de agentes (diferentes profesionales del equipo de salud) que en ocasiones se encuentran muy lejos del concepto y de los valores que se le atribuyen al cuidado y el cuidar como esencia de la disciplina enfermera, transmitida e inculcada en el aula.

1.3.3.2. Agentes y percepción del alumno

Los agentes que intervienen en el proceso de aprendizaje clínico del alumno de enfermería, como ya se ha comentado son los propios alumnos, pacientes y familiares, enfermeros y enfermeras en el desarrollo de sus diferentes funciones: docente, asistencial y gestores; técnicos en cuidados, profesionales de la medicina, psicología, fisioterapia, trabajadores sociales, etc. Cada uno tiene diferentes responsabilidades: el docente en el área de la formación teórico-práctica, el profesional

enfermero en la asistencia y gestión se encargan de propiciar las mejores condiciones posibles para la realización de un aprendizaje clínico por parte de los alumnos, en un escenario real, su misión es conseguir que el alumno, incorpore y desarrolle todos los recursos necesarios para ser un enfermero excelente.

Tanto la coordinación como la comunicación entre todos los miembros es fundamental, para ello es importante establecer canales de comunicación fluidos y compartir planes y proyectos encaminados a una mejora continua de la práctica clínica, donde los alumnos son el centro del proceso.

Si bien es cierto que, en este proceso, sería utópico buscar una concordancia perfecta en las dos esferas de lo teórico y lo práctico en cualquier materia, no es menos cierto que la realidad, en algunos casos, sitúa a los alumnos y alumnas ante una gran confusión, denominada por algunos autores como el “shock de la realidad”, provocado por la disonancia entre lo que se cuenta en el aula y lo que se ve en la realidad¹²².

Esta realidad, que sin duda, va a tener una influencia en la formación práctica, tiene por objetivo dotar al estudiante de las competencias necesarias para la adquisición del perfil profesional, establecidas en el Libro Blanco de Enfermería⁹⁰.

Existe poca evidencia sobre la valoración de los entornos de aprendizaje clínico en alumnos de enfermería, uno de los pocos estudios publicados es el realizado por Vizcaya et al¹²³ en el 2004. La importancia de este estudio se centra en varios aspectos: uno es la traducción y adaptación transcultural de la escala *Clinical Learning Environment Inventory** (CLEI) desarrollado por Chan¹²⁴, otro está en relación con llegar a conocer la percepción de los alumnos de enfermería acerca del entorno de aprendizaje clínico, así como relacionar la satisfacción de los estudiantes de enfermería con las prácticas clínicas y la diferencia entre la percepción de sobre el aprendizaje real y el ideal, por parte de los alumnos.

Los resultados obtenidos en este trabajo apuntan a que los estudiantes perciben en el momento actual, la implicación de los alumnos como el aspecto más importante del entorno del aprendizaje en el hospital, seguido muy de cerca por la personalización, y la individualización¹²³. Sin embargo, perciben la Innovación educativa como el aspecto menos importante. En cuanto a la percepción sobre el entorno actual y la comparación con el entorno ideal, los autores encontraron que los estudiantes consideran como aspectos más importantes la personalización, la distribución de actividades y la implicación de los alumnos.

Para concluir, entre sus preferencias se encuentra: un entorno clínico con mayores niveles de Innovación, distribución de las actividades, personalización, individualización y la implicación de los alumnos.

Aunque existen diferentes enfoque y percepciones, hay una idea compartida entre enfermeros y enfermeras docentes, asistenciales y aquellos que desarrollan la función de gestión e investigación, sobre la trascendencia que tiene la práctica clínica en el proceso de socialización como

*La escala *Clinical Learning Environment Inventory* (CLEI) es un instrumento que permite medir en los alumnos de enfermería, la percepción de las características psicosociales de los entornos clínicos a partir de cuatro dimensiones: individualización (manera en que se le permite al alumno tomar decisiones tratándose a los mismos de forma diferente en función de sus habilidades o intereses), innovación (mide la planificación de nuevas, personales e interesantes experiencias de aprendizaje, asignación de pacientes y actividades, por parte de los profesores, tutores clínicos o enfermeras que acompañan su práctica clínica), Implicación (medida en que los alumnos participan de forma activa y atenta, en las diferentes actividades que se realizan en el lugar de la práctica clínica), personalización (oportunidades que cada alumno tiene para relacionarse con los profesores, tutores clínicos y enfermeros de las Unidades donde realizan las prácticas clínicas). Y por último incluye la distribución de actividades (recoge en qué medida las actividades de la Unidad de Enfermería están definidas y organizadas con claridad). Cada una de estas dimensiones tiene un total de 7 ítems. El CLEI tiene dos versiones que miden tanto la percepción del alumno sobre el entorno clínico actual y el ideal).

futuros enfermeros, así como la importancia de integrar el conocimiento teórico en la aplicación práctica desde un enfoque reflexivo y con un desarrollo del pensamiento crítico. Sin embargo la realidad pone de manifiesto que esto, en ocasiones, es más una declaración de intenciones que un hecho constatado. Como se puede ver en los resultados del estudio llevado a cabo por Parrilla y Guerra en 2009, donde algunos alumnos manifiestan la falta de sintonía entre algunos tutores, en relación a los objetivos de aprendizaje que deben alcanzar en las prácticas clínicas. Añaden que se les solicitan demasiados trabajos sobre procesos de enfermería (por ejemplo casos clínicos) en poco tiempo, esto produce un desequilibrio de tiempo entre la realización de los trabajos y el tiempo que dedican a la práctica del cuidado del paciente¹²⁵.

En otro estudio llevado a cabo sobre la percepción de los estudiantes relacionada con el entorno de aprendizaje clínico, pone de manifiesto que el estudiante adopta, posiblemente debido al complejo entramado social del entorno, el rol que denominan *trabajador precario con remuneración educativa*. En este estudio, se evidencia la percepción de los estudiantes, sienten que son tratados como los trabajadores de los enfermeros, olvidando que son estudiantes en prácticas y que deben aprender de ellos¹²⁶.

Otro aspecto estudiado, en relación a la percepción del alumno, está relacionado con la preparación emocional previa a la incorporación a las prácticas clínicas. En este sentido, la mayoría de los alumnos consideran de forma muy positiva las prácticas y el logro de los objetivos, sin embargo, consideran que tienen una insuficiente preparación emocional, esto puede ocasionar que algunas situaciones vividas durante las prácticas, sean consideradas estresantes¹²⁷.

Se puede observar en los estudios presentados, los estudiantes perciben dificultades en el entorno de aprendizaje clínico, es por ello que los agentes implicados deben tener presente estas dificultades y evitarlas o tratarlas, en la medida de lo posible, ya que es a través de la práctica donde el alumno incorpora los valores y los significados que son propios de la disciplina enfermera. El ejercicio del cuidado se caracteriza por un enfoque global e integral de la persona.

La construcción del conocimiento que el alumno realiza, así como los significados que otorga, en el escenario de la práctica clínica, van a depender en gran medida de la orientación, guía y convivencia entre el estudiante y el TPCE. En función de la exigencia de realizar un juicio crítico y flexible para enfocar los problemas desde múltiples perspectivas y adaptar las soluciones a cada situación, el alumno adquirirá las competencias necesarias: flexibilidad, polivalencia y adaptación a situaciones de heterogeneidad y diversidad cultural existentes¹²⁸.

Teniendo en cuenta estos aspectos que acabamos de comentar, la práctica clínica debe orientarse a la formación de futuros enfermeros y enfermeras, capaces de tomar decisiones autónomas en equipos interdisciplinarios, contribuyendo a los cuidados del individuo desde el saber enfermero¹²⁹.

Este saber enfermero, es construido desde un nuevo paradigma docente, centrado en el modelo de enseñanza-aprendizaje basado en el desarrollo de competencias, incorporando las nuevas propuestas del EEES en materia de estrategias docentes y didácticas, entre las que se encuentra el desarrollo de un pensamiento reflexivo como una de las competencias profesionales.

1.3.4. De una práctica técnica a una práctica reflexiva: conocimiento académico y práctica profesional

Los principales enfoques, desde los que se ha tratado de responder a la relación entre el conocimiento académico y la práctica profesional, son la racionalidad técnica y la racionalidad práctica.

1.3.4.1. Racionalidad técnica

Tanto la práctica educativa como la formación enfermera han estado presididas, en las últimas décadas, por la consideración del cuidado como una práctica técnica, un enfoque cuantitativo de la investigación enfermera así como la formación de las enfermeras basadas en habilidades técnicas, como apunta Medina¹³⁰, estas son algunas de las manifestaciones de su carácter. Bajo esta perspectiva se han educado, y siguen educándose, algunas enfermeras y enfermeros, con la intención de llevar a la Enfermería a un estatus de rigor que no tenía en la práctica tradicional.

El fundamento epistemológico de este enfoque se conoce como racionalidad técnica, desde esta perspectiva, la relación entre conocimiento teórico y la práctica profesional se ha desarrollado mediante la resolución de problemas y el modelo de entrenamiento que pretende que los alumnos y alumnas reproduzcan una serie de comportamientos o conductas que son eficaces en la investigación empírica.

El entrenamiento en el desarrollo de habilidades para la aplicación de técnicas y procedimientos ha sido la técnica pedagógica más utilizada, hasta que la enfermería se incorpora a la universidad en 1978. Hasta este momento las habilidades técnicas son consideradas el núcleo de una actividad competente y evidente en la enfermera. En este enfoque la actividad enfermera se entiende como un proceso de producción.

Algunas de las críticas que ha recibido el modelo las podemos resumir en:

- a) La consideración de la enfermera, como una experta infalible de la técnica y el cuidado como una actividad de producción. Esta idea en la actualidad ha quedado obsoleta y ya no se mantiene.
- b) No se puede establecer una relación directa entre la conducta de la enfermera y la autonomía del paciente, ya que dicha autonomía, va a depender de variables situacionales y contextuales.
- c) Otro error, es suponer que los métodos de los expertos puedan ser trasladados directamente a los alumnos por imitación.
- d) Este modelo conduce a una visión desprofesionalizadora de la enfermera, al convertirla en mera "aplicadora" de procedimientos en los que no ha tenido ningún liderazgo en su diseño y participación¹³⁰.

Es posible, que en algunos casos podamos ver que este enfoque sigue estando presente en algunos enfermeros que sin ejercer como TPCE, si forman parte del entorno donde aprende el y la estudiante.

Desde este enfoque, la forma en cómo se utiliza el conocimiento científico en la práctica del cuidado, lo podemos ver de forma pragmática en la aplicación del modelo de resolución de problemas. Este enfoque es un método más avanzado en la aplicación del conocimiento a la práctica profesional, al entender que las evidencias encontradas en la investigación (centradas fundamentalmente en técnicas y procedimientos) deben entenderse como elementos que deben estar presentes en la toma de decisiones y no ser trasladados de forma automática en forma de comportamientos.

En este caso el enfermero o enfermera no sólo debe conocer las técnicas y procedimientos, sino cuándo y por qué utilizar una u otra. Debe conocer las situaciones problemáticas del cuidado, como podemos identificarlas y que procedimiento es el más adecuado para su solución y forma de aplicarlo.

El Aprendizaje Basado en Problemas ABP¹¹⁰ es una de las técnicas que se pueden utilizar, aunque tiene mucha parte de construcción propia, de autoaprendizaje activo y colaborativo y resolución de problemas complejos en los que no se aplica solo saber instrumental. Es un método de enseñanza-aprendizaje, en el que el estudiante tiene que resolver un problema, que ha sido diseñado por el profesor, para desarrollar una serie de competencias previamente definidas. Se basa en la idea de que los estudiantes realizan un aprendizaje más significativo, cuando experimenta e indagan sobre la naturaleza de la actividad. Se considera que el aprendizaje es más estimulante para el alumno, cuando para encontrar la solución, este tiene que realizar un esfuerzo intelectual y busca diferentes alternativas en colaboración con otras personas. Es un método estimulante de aprendizaje en el que el profesor asume el rol de facilitador.

En el enfoque de la racionalidad técnica, se defiende la actividad de la enfermera como una actividad puramente instrumental, se debe centrar en la solución de los problemas que se plantean en la asistencia como una cuestión técnica mediante la aplicación de protocolos, que han sido elaborados, utilizando principios generales obtenidos de la investigación científica y serán aplicados a las mismas categorías de problemas.

De esta manera el papel de la enfermera consiste en la aplicación de reglas generales a situaciones concretas. En este sentido Schön¹³¹ explica cómo el currículum, concretamente el de medicina, se articula bajo la racionalidad técnica mediante una jerarquía de saberes: ciencias básicas, ciencias aplicadas, habilidades y actividades

La elaboración del currículum en los estudios de Enfermería se ha ordenado de una forma muy parecida. En el diseño de la práctica clínica puede evidenciarse este enfoque, al considerar que las habilidades se deben desarrollar posteriormente a la adquisición de un conocimiento científico, al ser inaplicable un saber que no se conoce en profundidad.

Esta jerarquización del saber, impuesto por la racionalidad técnica, es trasladada a la jerarquización de las enfermeras en su práctica, donde se establece una subordinación de los enfermeros y enfermeras clínicas (aquellas que aplican el cuidado) a los enfermeros investigadores (que supuestamente lo producen).

En la actualidad este modelo ha tenido diversas críticas entre las que se pueden destacar:¹³⁰

- a) La no consideración del componente artístico como un aspecto intrínseco al cuidado enfermero. En la racionalidad técnica, no se contempla la singularidad, ambigüedad o conflicto de valores propios de la práctica cuidadora
- b) Inconsistencia en la consideración del cuidado como una actividad fundamentalmente técnica, ya que el conocimiento que propone la racionalidad técnica aplicado al cuidado, no se considera ni puede explicar gran parte del mismo ya que se producen y desarrollan en situaciones psicosociales de gran complejidad, no pudiendo ser sistematizadas.

1.3.4.2. Racionalidad práctica

El modelo de enseñanza-aprendizaje centrado en este modelo, se orienta a la experiencia-observacional.

La forma de entender la relación entre el conocimiento y la práctica profesional, ha tenido una evolución que va desde un modelo que pone el acento en el aprendizaje práctico experiencial al modelo reflexivo sobre la práctica, centrado en la relación dinámica entre el conocimiento profesional y la acción¹³⁰.

En el primer enfoque, denominado *la racionalidad práctica sin reflexión, formación como oficio*. El cuidado es entendido como un oficio o actividad artesanal, cuyo conocimiento se ha ido acumulando a lo largo de la historia a través del método ensayo-error. Este se transmite de generación en generación a través del alumno con la enfermera experta. Desde este enfoque las prácticas adquieren un protagonismo especial en el currículum. Aunque no se rechaza el saber teórico, la teoría se basa en los procedimientos técnicos.

La práctica es una práctica rutinaria, intuitiva y nada reflexiva. Es una práctica reproductora de comportamientos, que sin la investigación y reflexión sistemática, la formación de los estudiantes reproducen procedimientos obsoletos y prejuicios teóricos que si no se someten a un análisis reflexivo, pueden perpetuarse peligrosamente en el avance del conocimiento enfermero.

El poder de la rutina, la presión asistencial y social, la cultura sanitaria dominante, entre otros aspectos, produce en los estudiantes de enfermería y en los enfermeros noveles que se socialicen sin un debate previo y sin reflexión sobre las rutinas adquiridas en la práctica del cuidado.

Esta situación fomenta un aprendizaje previo por parte de los estudiantes de enfermería, al impedir que los alumnos puedan ir más allá (analizar, reflexionar) del modelo de observación o aprendizaje vicario. Se mantiene la postura de que cualquier enfermero puede desempeñar el papel de TPCE, sin necesidad de un desarrollo de competencias específicas o una formación previa, su experiencia como enfermera o enfermero se considera suficiente para poder tutorizar a los alumnos.

Esta creencia es la responsable de que en la actualidad, cualquier enfermero pueda responsabilizarse del proceso de aprendizaje clínico. Esto no quiere decir que no se valoren las aportaciones de la concepción práctica y la importancia del conocimiento experiencial, que sin duda es importante. Sin embargo este saber experiencial, sin un análisis y sin reflexión, no es suficiente.

Es en este punto en el que nace el enfoque reflexivo sobre la práctica. La práctica sigue teniendo un papel central en la formación de las futuras enfermeras, aunque desde un enfoque orientado a enriquecer el pensamiento y la praxis de los futuros profesionales.

1.3.4.3. Racionalidad práctico-reflexiva

Si bien es cierto que el concepto de práctica reflexiva ha sido utilizado por diferentes autores¹³². Los dos modelos más importantes a la hora de abordar la práctica reflexiva, están encabezados por Schön¹³¹ y Habermas¹³³.

Para estos autores el modelo de racionalidad práctico reflexiva nace para superar las limitaciones de la racionalidad técnica, en este sentido Schön alerta de que el modelo de racionalidad técnica no es capaz de explicar, por sí sólo, el razonamiento que los profesionales utilizan en su desempeño diario. Advierte que en la actividad profesional, los problemas no siempre aparecen nítidos y bien definidos. Esta situación se caracteriza por:

- a) *Percepción ambigua de la naturaleza del problema*. Incertidumbre en la identificación del problema y en las acciones a realizar. La identificación de un problema está relacionada con nuestros intereses, marco de referencia disciplinar y perspectivas ideológicas, por encima de una aplicación técnica. Cuando un problema, es ambiguo o no está bien delimitado, la solución del mismo dependerá de cómo se realice su construcción previa y esto no es un problema técnico. Un ejemplo podría ser el análisis de comportamientos inadecuados, de los alumnos, en la práctica clínica. Lo podríamos enfocar desde un problema de disciplina, falta de motivación, proyec-

ción de un exceso de proteccionismo y falta de responsabilidad, etc. Seleccionar cualquiera de estas opciones va a depender, no sólo de un saber técnico y del conocimiento de las situaciones reales, sino de los intereses y marcos ideológicos de las personas que aborden esta situación

b) *Cada problema es un caso único*. El profesional aborda el problema que tiene que solventar, como una situación particular que tiene unas características únicas. Al considerarse un caso único este no puede abarcarse exclusivamente y queda fuera de las teorías y del conocimiento disciplinar. Por ejemplo: no hay dos curas en pacientes con quemadura de segundo grado en cara y cuello, perteneciendo ambas a la misma categoría de problema. Cuando se aplica el protocolo, nunca sabemos cómo se desarrollara, ya que este variará en función de las características de la persona afectada. En este momento es cuando el profesional ajusta y adapta el protocolo (la teoría) para que pueda responder a la realidad (práctica). Son los esquemas y la experiencia del profesional los que utilizara para “dialogar” con el problema desde un proceso reflexivo. Esta ambigüedad está muy presente en los fenómenos de naturaleza biopsicosocial, fenómenos que son los que atiende la enfermera. Y por último el *conflicto de valores*.

Por su parte Habermas¹³³, describe la práctica reflexiva en cuatro etapas que van, desde la descripción e interpretación de la situación, identificación de los motivos que genera dicha situación y modificación hasta llegar a la última etapa, que es la de evaluar la capacidad de modificación.

Desde este enfoque, el pensamiento enfermero evoluciona desde el concepto de la enfermería como un oficio que está basado en la sabiduría práctica, a una práctica reflexiva que permite la toma de decisiones orientada a resolver problemas de salud. Este proceso surge, de la toma de conciencia del papel que deben asumir tanto los y las enfermeras, como el ciudadano paciente en la planificación de los cuidados¹³⁴.

Todos estos aspectos que han sido comentados, nos llevan a un enfoque de práctica reflexiva sobre el cuidado y el cuidar, enfoque al que se debe orientar la práctica clínica en la actualidad.

1.3.4.4. *Proceso de reflexión en la práctica del cuidado*

La práctica reflexiva se ha considerado, en las últimas décadas, como una de las teorías más influyentes y representativas en el área del conocimiento de las ciencias de la salud, concretamente en el caso de la enfermería se orienta a resolver problemas y tomar decisiones, como eje central de una práctica reflexiva¹³⁵. Como ya se ha apuntado su máximo exponente Donal Schön¹³⁶ formuló en la década de los años 80 la teoría del profesional reflexivo a través de la observación de cómo se producía el aprendizaje en diferentes contextos profesionales.

Ante la pregunta que surge con frecuencia, sobre si la enfermería es ciencia o arte, este autor reconociendo la vertiente técnica del conocimiento profesional, reconoce que la práctica profesional es un arte más allá de lo técnico y racional. Considera que en la base de su conocimiento se encuentra la experiencia profesional.

Esta idea la explica de la siguiente manera, los profesionales a partir de la repetición de situaciones que se dan en su vida laboral, desarrollan comportamientos que a través de la repetición se convierten en conductas automáticas que se producen como resultado de un conocimiento tácito. Esta forma de actuar permite al profesional no sobrecargarse de datos de manera que puede atender aquellos aspectos que no encajan con las rutinas, esto se denomina conocimiento en acción:

“Tipo de conocimiento que se revela en las acciones inteligentes, ya sean observables al exterior o se traten de operaciones privadas. Se muestra a través de la ejecución espontánea y hábil y pa-

*radóticamente es difícil de explicitarlo” “es tácito, formulado espontáneamente sin una reflexión consciente. Además funciona, produciéndose los resultados esperados siempre que la situación se mantenga dentro de lo que entendemos por normal”.*¹³⁶

En muchas ocasiones los enfermeros se enfrentan a situaciones complejas incluso contradictorias, que le sorprende, cuando esto sucede se desencadena un proceso de reflexión que se desarrolla en una primera reflexión sobre la acción (*reflection in action*), en pocos segundos la enfermera piensa sobre la sorpresa y decide tomar una acción (recoger más datos, realizar algún tipo de intervención) a este tipo de acción este autor lo denomina experimentación, ya que el profesional probará diferentes cosas. Cuando ya ha pasado esta situación la enfermera tiene más tiempo para repasar lo sucedido, este momento es de reflexión sobre la acción (*reflection on action*). Este tipo de reflexión se puede producir en dos tipos de contextos, uno más informal y de índole personal y otro de tipo formal como pueden ser las sesiones de enfermería.

La reflexión sobre la acción puede dar lugar a dos situaciones: una, que deriva en un aprendizaje que se sumará al que ya tiene el profesional o puede quedar pendiente de resolver siendo motivo de sorpresa en la siguiente ocasión¹²⁰.

Para que el alumno aprenda, es necesario que el tutor le inculque la necesidad de reflexionar sobre las experiencias que va a vivir en el entorno de la práctica clínica. El simple hacer sin reflexión no implica aprendizaje. Reflexionar es volver a pensar sobre lo que ya ha sucedido, a través de la reflexiones somos capaces de incorporar y apreciar aspectos que en el momento de la acción hemos podido no ser conscientes de ellos.

Reflexionar requiere desarrollar habilidades de autoevaluación y las habilidades para actuar a partir de la retroalimentación de un igual. Ampliamos nuestro conocimiento mediante la comparación de nuestras ideas y creencias con los de los demás, la información mediante la que generaremos nuevo conocimiento nos viene del exterior.

Si consideramos que la reflexión aporta consciencia a la práctica profesional¹³⁶, entonces en este proceso es importante la atención. Sin atención se escapan muchos detalles y elementos que son fundamentales para ese aprendizaje y para añadir un nuevo conocimiento.

En este sentido, cada vez suena con más fuerza en la actualidad el ejercicio de la atención plena o el *mindfulness*. El tutor debe revisar junto con el alumno los distractores que hay en el entorno para poder establecer estrategias y hacer ejercicios que refuercen la capacidad de atención plena de los alumnos.

Desde esta perspectiva, del proceso de reflexión de los alumnos y alumnas, las prácticas clínicas o prácticum, tendrían las siguientes características¹³⁷.

- a) Son un hilo conductor en torno al cual se estructura el currículum de enfermería.
- b) No es la mera reproducción de la actividad profesional que desarrollan los enfermeros.
- c) Supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción.
- d) Es un proceso de investigación.
- e) Debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos.
- f) Es crucial el papel del tutor de enfermería.

Aunque es difícil enseñar el conocimiento experiencial, es posible que, este se pueda aprender a través la reflexión sobre la acción de la mano del TPCE, que este dialogue con el alumno de enfer-

mería mediante una conversación reflexiva acerca de las situaciones, observaciones y acciones cuidadoras, de los procedimientos y como son aplicados por el alumno^{130,138}.

Existen diferentes actividades y estrategias que los tutores deben conocer, para acompañar al alumno en este proceso de práctica reflexiva.

1.3.5. Estrategias docentes que guían la práctica reflexiva

Estas son algunas actividades que influyen en el aprendizaje a través de la reflexión, en el proceso de tutorización clínica, son según Rodríguez¹³⁹:

- a) Utilizar la empatía didáctica: La utilidad que el tutor concede a las respuestas de los alumnos, sin juicio previo, utilizándolas como el conocimiento necesario para posteriores correcciones y orientaciones.
- b) Utilizar la pregunta: Uno de los elementos más importantes para despertar la reflexión del alumno y de esta manera permitir que sea él quien proponga y busque soluciones a las situaciones o procedimientos problemáticos. Para ello es importante que el tutor clínico conozca los beneficios de no resolver las dudas del alumno, aunque si debe facilitarle los elementos necesarios para que este pueda buscar diferentes alternativas y propuestas de solución mediante un proceso de descubrimiento.
- c) Utilizar el silencio pedagógico: mediante la no precipitación de dar al estudiante respuestas inmediatas a sus cuestionamientos.

Las estrategias que se ponen en práctica, son aquellas que facilitan un proceso de comunicación entre el alumno y el TPCE, entre el alumno y el profesor de la asignatura y entre el TPCE y el profesor.

Dentro de las múltiples estrategias que se pueden utilizar, nos centraremos en las dos que debería aplicarse en todo el recorrido del aprendizaje clínico con el alumno y la alumna de enfermería:

1.3.5.1. El modelo de encuentro clínico

Estas estrategias están centradas en la observación que el TPCE hace sobre las situaciones en las que el alumno se relaciona con el paciente y la familia, con otros enfermeros, con miembros del equipo (auxiliares, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc). El tutor observa la forma en que interacciona el alumno- situación clínica- y toma decisiones.

Esta estrategia facilita a los TPCE la valoración inicial, sobre la cual orientaran el proceso de enseñanza-aprendizaje y la evaluación continua a través del refuerzo proporcionado al estudiante.

El modelo que García Jiménez propone¹¹¹ está compuesto por una secuencia de 5 pasos:

1. *Centrar una situación.* El primer paso es solicitar al alumno que recolecte, y presente los datos relacionados con una situación concreta que va a ser objeto de análisis (situación con un paciente, con un familiar, con algún miembro del equipo).

Una vez presentados los datos, se le pregunta al alumno que piensa sobre los mismos, de esta manera se lleva al estudiante, a través de esta pregunta a buscar más información o a establecer hipótesis de trabajo, proponer alternativas o soluciones concretas al problema planteado.

Este primer paso tiene como objetivo conocer los conocimientos, habilidades y creencias previas del alumno, de manera que ayudara a establecer un diagnóstico inicial que oriente la dirección

de nuestro acompañamiento en su proceso de aprendizaje. Es importante estimularles a que planteen aportaciones y nuevas ideas, esto les ayudara a asumir responsabilidades y aumentara su implicación.

2. *Explorar el razonamiento previo.* Una vez que el alumno se ha definido en una posición, a petición de su tutor, debe presentar las evidencias que le han hecho decantarse por esa posición frente a otras.

El alumno suele apoyarse en los conocimientos y en los datos que tiene, la pregunta del tutor está orientada a que sea consciente tanto de lo que ya conoce como de lo que desconoce y continúe su búsqueda en una dirección adecuada. Se trata de que establezca relaciones entre los conocimientos que ha adquirido en el aula en diferentes asignaturas y los aplique a una situación real y concreta.

3. *Mostrar las reglas generales.* Este paso va a depender de lo que el alumno ha dado a conocer al tutor, mediante sus respuestas y lo que, este, identifica como necesidad de conocimientos o intereses por parte del alumno. Mediante este conocimiento está en posición de aportarle reglas generales o consideraciones que reorienten la postura del alumno. Algunas expresiones que pueden utilizarse: "cuando encuentres esto, debes hacer..", "cuando no está claro, debes buscar...". Lo que el alumno aprende en el entorno clínico siempre lo aplicara mejor cuando se relacione con una regla general. Dichas reglas suelen ser muy valoradas, por parte de los alumnos, para solucionar determinados problemas o abordar situaciones concretas.

4. *Reforzar los comportamientos y decisiones correctas.* Resulta tan educativo ayudar al alumno a que sea consciente de lo que desconoce, como a potenciar aquellos conocimientos o situaciones en las que el alumno ha presentado una propuesta de solución que pone en evidencia un manejo eficaz de la situación. Es un momento importante para destacar la calidad del trabajo realizado o de las propuestas y sus consecuencias para el paciente y/o la familia y para el resto del equipo de trabajo. Reforzar las competencias que el alumno va desarrollando, ayudara a fijarlas con seguridad y aumentar la probabilidad de que las ponga en juego.

5. *Corregir los errores.* Cuando el alumno comete algún error, realiza una interpretación errónea o interpreta una situación de forma equivocada y con repercusión para la planificación o administración del cuidado, esto debe ser comunicado al alumno de forma inmediata, buscando el momento y el lugar adecuados. Se le explicara cual ha sido el error y la manera de que no se repita en el futuro.

En este caso se pueden dar diferentes situaciones: el alumno es consciente del error y sólo necesita las instrucciones adecuadas para corregirlo y evitar que se repita en el futuro. El alumno es consciente del error y sabe lo que tiene que hacer para evitarlo en el futuro, el tutor sólo tendrá que reforzar sus ideas. El alumno no es consciente ni está dispuesto a asumir su error al no ver las consecuencias de sus actuaciones, en este caso el tutor se centrara en el hecho en sí y en hacerle ver las consecuencias de sus acciones.

En la (Figura 11)¹¹¹ podemos ver de forma gráfica, todos las estrategias que hemos comentado sobre el Modelo del encuentro clínico.

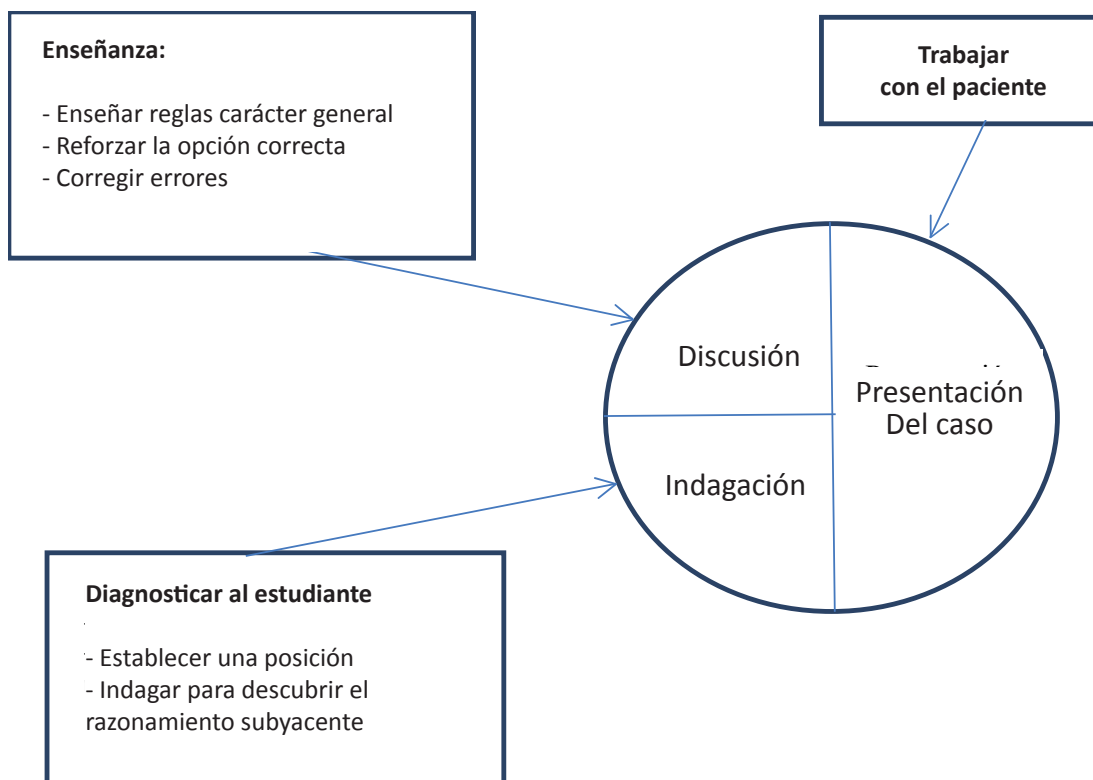


Figura 11. Cinco destrezas de la enseñanza clínica

1.3.5.2. La Mentoría

Centrando el concepto de “mentoría” en el ámbito de la educación formal, éste es definido por primera vez por Lancaster¹⁴⁰ en 1801 y posteriormente en 1994, Finkelstein¹⁴¹ reflexiona sobre la mentoría dando una serie de claves y un conjunto de recetas¹⁴².

Una aclaración imprescindible tiene que ver con los términos tutor y mentor. Si bien es cierto que en nuestro país el término de mentor está más relacionado con el ámbito laboral, como una relación de ayuda entre iguales. En la literatura consultada en el ámbito anglosajón y americano la figura del mentor se correspondería a la que nosotros denominamos tutor, mientras que en nuestra lengua los vocablos de mentoría y mentorización no aparecen en el DRAE, de manera que a lo largo del texto tutoría y mentoría, tutorización y mentorización van a ser considerados términos afines.

En la actualidad la mentoría es una estrategia de enseñanza-aprendizaje, basada en un proceso de comunicación entre el tutor (mentor) y el alumno (mentorizado). La comunicación comienza con la invitación del tutor para que el alumno le cuente su experiencia hasta ese momento, revisan conjuntamente los objetivos que el alumno debe alcanzar durante su periodo de prácticas así como las tareas que llevarán a cabo. Para ello establecen un hilo conductor entre metas y tareas.

Las actividades que propone y pone en marcha el tutor se revisan de forma continua, desde la exploración inicial hasta la toma de decisiones, siempre mediante un proceso de retroalimentación continuo encaminado a garantizar la reflexión por parte del alumno y del tutor.

Este proceso está centrado en cuatro cuestiones¹⁴³:

1. Hablemos de tu experiencia
2. ¿Qué piensas y sientes sobre esto?
3. ¿Qué lecciones pueden extraerse?
4. ¿Cómo piensas aprovecharlas?

En la (Figura 12)¹¹¹ podemos ver el ciclo de la mentoría

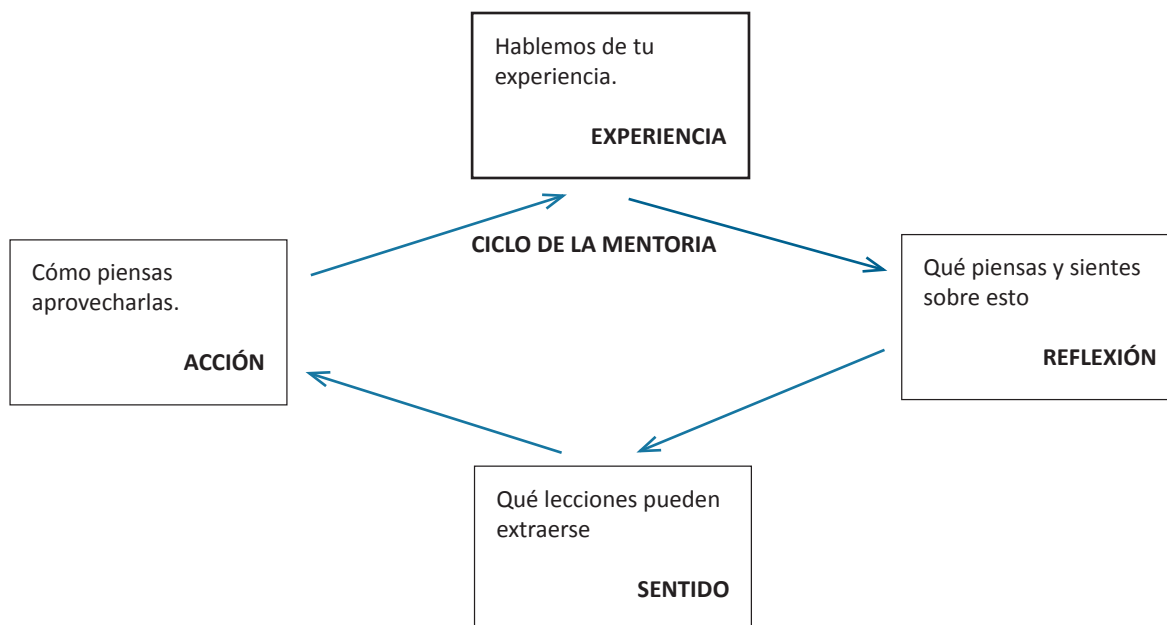


Figura 12. Ciclo de la mentoría

Se debe tener en cuenta que el conocimiento de los diferentes procedimientos y estrategias que se han presentado en este punto no garantizan, por sí solas, un cambio en la forma de actuar en los TPCE. Existen dificultades que se encuentra en el entorno, pudiendo ser un impedimento para alcanzar un aprendizaje reflexivo.

1.3.6. Dificultades que pueden obstaculizar el aprendizaje reflexivo

Permanecen presentes algunas de las dificultades relacionadas en el entorno del aprendizaje clínico, que podríamos denominar históricas, como son: presión asistencial, falta de unificación de criterios relacionados con el aprendizaje, realización del proceso de evaluación, desconocimiento de los objetivos de aprendizaje del alumno, etc. Muchas de estas dificultades han sido ya ampliamente analizadas¹⁴⁴.

De manera que es previsible que las condiciones del trabajo asistencial del TPCE, así como del lugar en el que trabaja (Atención Primaria, Especializada, tipo de Hospital, Unidad de enfermería) tengan una gran repercusión en aprendizaje clínico que realiza el alumno. El Hospital o el Centro de Atención Primaria se convierten en un entorno de aprendizaje, en el que sin duda cuanto mejor funcione en la función asistencial, cabe esperar, que mejores serán los resultados en su función docente.

Muchas de las dificultades que están presentes, en los entornos de las prácticas clínicas, y que no son fáciles de identificar, por formar parte de la cultura y de la tradición en las que se realizan

las prácticas de los alumnos, pueden ser explicadas mediante lo que se conoce como currículum oculto. Por ello vamos a analizar, en el siguiente apartado, en qué consiste y cuáles son sus características definitorias.

1.3.6.1. Características del Currículum oculto

La formación clínica de los futuros enfermeros y enfermeras es algo mucho más profundo y complejo que la mera transmisión de conceptos, técnicas y/o procedimientos. Los TPCE, así como el resto de profesionales que participan de la formación de los alumnos les trasladan a estos, de manera consciente o inconsciente, unas normas veladas que en ocasiones pueden anular mensajes formales, que vienen contemplados en los programas de formación¹⁴⁵.

Existen diferentes tipos de currículum, que sólo mencionaremos con una breve explicación, ya que el propósito es centrarnos en conocer que es y cómo influyen algunas de las características, que se encuentran en lo que se denomina “currículum oculto”, en el proceso de aprendizaje de los alumnos.

De forma general podríamos decir que el currículum es un programa compuesto por múltiples y diversas actuaciones, en la que se describen los contenidos, su programación y cargas docentes. En el “currículum formal” encontramos de forma explícita lo que la institución dice que enseña así como lo que debe aprender el alumno, es el currículum que se publica en el Boletín Oficial del Estado. En él se define una parte de los procesos de aculturización social y profesional del alumno. El “currículum real” es aquel que los alumnos han llevado a cabo al finalizar un curso académico, por currículum evaluado se entiende el que recoge los logros alcanzados por los alumnos y evaluado por la institución, es lo que en la actualidad se conoce como competencias adquiridas. En palabras de Gimeno Sacristán¹⁴⁶, el diseño del currículum implica prever la acción, definir los fines, seleccionar la cultura y representar la acción educativa.

Sin embargo frente a estos tipos de currículums, existe otro denominado “currículum oculto”, que cobra especial importancia en la formación.

En ocasiones nos preguntamos, como es posible que los cambios impulsados en los contextos académicos, como es el hecho de haber abandonado un modelo biomédico centrado en la enfermedad para pasar a un modelo de cuidados centrado, desde una visión holística en el individuo, como bien explica Ferrer¹⁴⁷, sigue sin reflejarse totalmente en los contextos reales de la aplicación del cuidado:

“Los cuidados enfermeros determinan un área de atención relacionada con la persona-sujeto y no con su enfermedad-objeto, ni con su tratamiento, la situación de salud o enfermedad, su diagnóstico y tratamiento son factores que influyen en la persona, condicionan sus necesidades de cuidados y la acción enfermera, pero lo que da la especificidad a los cuidados enfermeros es que su origen, naturaleza y referente constante es la persona, su totalidad, su complejidad y el significado y la interpretación, que en ella adquieren las acciones encaminadas a su salud, bienestar y cuidado”.

Una posible explicación puede tener que ver con que gran parte de la socialización secundaria, que está ligada a un proceso transformacional, de convertirse en enfermero o enfermera se da en contextos alejados de las aulas, teniendo una importancia considerable los conocimientos que adquiere el alumno de enfermería en estos contextos de aprendizaje clínico.

Desde un enfoque basado en competencias, queda claro, que la buena práctica enfermera no se reduce a una perfecta aplicación de técnicas y procedimientos. Existe un conjunto de comporta-

mientos que se relacionan con un desempeño excelente. Estos comportamientos suelen estar relacionados con una serie de ideas previas y premisas que no siempre son fáciles de reconocer, al no manifestarse explícitamente y si por un consenso tácito de aceptación entre diferentes grupos, que marcan la cultura de un entorno determinado. Esta consideración de lo que se considera “aceptable” e “inaceptable”, tiene una gran influencia en los alumnos de enfermería y es lo que se conoce como “currículum oculto”.

Es posible que una de las razones por las que los cambios y reformas contemplados en los estudios de enfermería, no hayan producido los cambios esperados tenga que ver con lo que apunta Rodríguez de Castro¹⁴⁸:

“cada palabra pronunciada, cada acto ejecutado u omitido, cada broma gastada, cada silencio mantenido o cada contrariedad manifestada en un pasillo, en una cafetería o en un ascensor, tienen una influencia en el que aprende a nuestro lado mayor de lo que hubiéramos pretendido”.

El “currículum oculto” ha sido definido como el conjunto de contenidos que se transmiten de forma implícita en un contexto educativo. Este término fue acuñado por el pedagogo norteamericano Jackson¹⁴⁹ en su obra *La vida en las aulas*.

Este currículum, considera aquellas dimensiones formativas contextuales no declaradas explícitamente, que pueden ser coherentes, contradictorias incluso encontrarse al margen del currículum explícito, y que influyen en la formación del alumnado¹⁴⁶.

Desde un punto de vista práctico, podríamos decir que es el conjunto de normas y rutinas que encierran unos valores compartidos que no están escritos. No todo lo que se enseña en las facultades y en las prácticas clínicas, así como todo lo que aprende el alumno está contemplado en la guía docente que recoge el aprendizaje formal y escrito.

La importancia de reconocer estos aprendizajes que podríamos denominar “aprendizajes, por osmosis de convivencia”, que el alumno adquiere al margen de la programación de objetivos de aprendizaje o de resultados de aprendizaje previstos, nos ayudarán a entender la gran influencia en el comportamiento de los estudiantes de enfermería.

Si se quiere conseguir un impacto de lo que está programado e impulsado en el currículum formal, debemos tener en cuenta el currículum oculto de manera que podamos alinear ambos y conseguir la mayor potencialidad educativa¹⁴⁸,

Desde una perspectiva de consideración del “currículum oculto”, los Hospitales, Centros de Salud o cualquier otra institución en la que se realicen prácticas clínicas, serán considerados como comunidades culturales involucradas en la construcción de creencias y definiciones sobre lo que es un “buen” o “mal” cuidado enfermero.

El reconocimiento de “currículum oculto”, por parte del profesorado y TPCE, implica un reconocimiento de la formación enfermera como un proceso cultural, un proceso en constante cambio, condicionado por la necesidad de adaptación a las permanentes demandas y fuerzas externas.

Uno de los aspectos a tener en cuenta, en este complejo entramado de la formación del estudiante de enfermería, es la complejidad del cuidado enfermero. Si bien para la explicación de los problemas que requiere una solución técnica o procedimental, los alumnos y alumnas no suelen encontrar grandes dificultades, la naturaleza de los dilemas morales, con los que se encuentra el alumno,

provoca una ansiedad e incertidumbre que no siempre es manejada de la manera adecuada. No es infrecuente encontrar que el TPCE o cualquier otro profesional que se encuentre en este escenario y frente al hecho que ha provocado incertidumbre en el alumno, lo eluda, sin darle una orientación específica, sobre todo en momentos de tensión “cuando las debilidades personales –miedo, cansancio, duda, ignorancia- conducen en ocasiones a tomar decisiones éticamente dudosas”¹⁴⁸.

Tampoco deja de ser habitual, que los alumnos vivan situaciones en las que presencien comportamientos groseros o faltas de respeto, que suelen justificarse por la importancia de la técnica realizada o por resaltar la importancia de un resultado en detrimento del proceso.

Muchos de los escenarios donde aprende el alumno de enfermería, deberían considerarse como escenarios idóneos para transferir valores profesionales, vinculados al cuidado, donde los TPCE y el resto de enfermeros y enfermeras ejercieran como “modelo”. Sin embargo debemos reconocer que no siempre estos lugares gozan del mejor clima profesional para un aprendizaje ideal, pese a tener un gran impacto en el alumno, al interiorizar los valores y creencias de la comunidad donde aprende.

Cuando se dan situaciones en las que no hay una coherencia entre la teoría y la práctica, él y la estudiante perciben que su formación está basada en contradicciones, incoherencia y mensajes inconsistentes y ambivalentes, lo que puede conducir al estudiante a lo que se conoce como relativismo moral*.

En esta perspectiva el “currículum oculto” es planteado como *“el impacto que causa en quienes aprenden el hecho de ver como se están haciendo las cosas, especialmente si no coinciden con el discurso de cómo deberían hacerse”*¹⁴⁸. Esto pone de relieve la importancia que tienen los comportamientos de los profesionales que están en el entorno de las prácticas clínicas de los alumnos para que el proceso de socialización se desarrolle en la línea de lo que debería ser una enfermero centrado en el cuidado del paciente y evitar una serie de transformaciones, no deseadas, en los alumnos a lo largo de sus prácticas clínicas.

Desde un enfoque constructivista del conocimiento, asumimos que el aprendizaje se construye, de manera que los alumnos de enfermería elaborarán una serie de significados y de esta manera su aprendizaje estará basado en ideas y comportamientos sobre los que elaboran juicios y conectarán con sus conocimientos previos. En este sentido la relación del TPCE con el alumno y los entornos de aprendizaje son de especial relevancia al proporcionar el contexto que da forma a la construcción del aprendizaje¹⁴⁸.

1.3.7. A modo de reflexión sobre una práctica centrada en el cuidar y el cuidado

El ejercicio de una práctica reflexiva exige además de lo expuesto en el punto anterior, una actuación por parte de los profesionales implicados en la formación de los y las estudiantes, que orienten a éste a un ejercicio de reflexión, utilizando los conocimientos adquiridos en el aula para fundamentar, argumentar o explicar las decisiones que en cada momento se van a llevar a cabo, en las situaciones de salud-enfermedad que presenten los individuos o grupos de individuos.

Puede ilustrar como práctica alejada de la reflexión aquella por ejemplo que se centra, en la cura de un paciente con una úlcera por presión, que se basaría en la aplicación del protocolo y la co-

* Relativismo moral: Entendido como la ausencia de un criterio universalmente válido para poder juzgar las acciones humanas, los hábitos o instituciones. Desde este enfoque se entiende que los juicios morales sólo pueden ser válidos dentro de un código determinado.

recta aplicación de las medidas de asepsia y antisepsia a la hora de realizar la cura de la úlcera y aplicación del tratamiento apropiado a la situación. Una práctica reflexiva del cuidado, en este caso, debería añadir un ejercicio de análisis en la acción para entender cómo se debe actuar de forma eficaz, mediante la reflexión (entendiendo en este caso por ejercicio reflexivo, el preguntarse por qué hemos hecho lo que hemos hecho y repreguntarse si habría otras formas más eficaces de hacerlo), hacer visible la relación de los conocimientos que tiene el alumno y alumna, así como la construcción de un nuevo conocimiento adquirido en la práctica, preguntando el porqué de sus actuaciones y buscando nuevas alternativas de acción que permitirán construir nuevas acciones que articulen nuevas categorías de conocimiento. Resulta por tanto indispensable, centrar el cuidado desde una visión holística y humanística, donde la úlcera por presión no se vea como algo independiente de la persona y relacionando los conocimientos con un cuidado integral del ser humano. En otras palabras, desviar el foco de atención de la úlcera por presión y ampliarlo a la persona que padece esta lesión y a sus necesidades.

En este caso el papel del TPCE estará centrado en un dialogo reflexivo de carácter bidireccional, partiendo de los conocimientos y experiencias previas del alumno. Se pretende poner la atención en lo que se denominan “zonas indeterminadas de la práctica”, esto es, aquellos problemas que no son suficientemente claros, que no están del todo definidos. Se trataría, siguiendo con el mismo ejemplo de la cura de úlcera por presión, de superar una práctica asociada a un protocolo y a un área de conocimiento específico, para ejercer una actuación en la que se deben conjugar competencias transversales (pensamiento crítico, la toma de decisiones o pensamiento analítico), para favorecer un pensamiento reflexivo, con competencias técnicas, donde el alumno se encuentre con una persona que manifiesta cierto grado de inquietud y dolor en el momento de realizarle la cura de la úlcera¹²⁰.

Se trata de que el alumno observe y sea consciente, de que ni los protocolos ni las clases recibidas, sirven para enfrentarse a una situación concreta con un o una paciente concretos. Es a través de un dialogo reflexivo, con el TPCE como debe buscar las alternativas más idóneas para esta situación y reflexionar sobre las decisiones que toma y sus consecuencias. Este proceso llevará al estudiante a la adquisición de un nuevo conocimiento¹⁵⁰ y a la construcción de una identidad profesional* cada vez más definida, configurada y desarrollada en base a dos dimensiones: la autonomía y la colaboración¹⁵¹.

El rol autónomo, recogerá todas aquellas actividades y competencias que desarrollan los enfermeros y enfermeras en el ejercicio de la toma de decisiones, decisiones que dependen únicamente del conocimiento enfermero y de la ética del cuidado. Mientras que el rol dependiente es aquel que desarrolla la enfermera de forma coordinada con otros miembros del equipo interdisciplinar.

Distinguir ambos roles en la construcción de la identidad profesional, requiere de un hábito reflexivo, en palabras de Rodríguez de Castro¹⁴⁸:

“El hábito reflexivo provocará un cuestionamiento continuo de la práctica cotidiana, que contribuirá al desarrollo profesional de los enfermeros expertos y al aprendizaje significativo de los estudiantes. Una postura de autoobservación, de autoanálisis, de planteamiento y de experimentación, facilitará la práctica reflexiva. La práctica reflexiva se aprende con entrenamiento

* Con la etiqueta “identidad profesional” se agrupan diversa realidades, como son: la conceptualización del cuidado, competencias profesionales, desarrollo y autonomía profesional, la imagen social y las representaciones sociales. Dentro de las investigaciones relacionadas con este concepto de “identidad profesional” parece haber un denominador común en todas ellas, la consideración del género como determinante histórico en la construcción de la identidad enfermera. La identidad ha sido concebida de diversas maneras en la literatura nacional e internacional, la identidad como un continuum entre una intensa y una débil identidad profesional. También se ha concebido como el resultado del proceso de socialización mediante el cual, la enfermera o el alumno en su interacción con otros profesionales, incorporan y asimilan la cultura profesional compuesta por normas, valores, creencias, habilidades y conocimientos.

intenso. Al convertirse en un hábito, la reflexión, llegará un momento en el que formará parte del conocimiento tácito y oculto de los profesionales expertos”

Todos los cambios que hemos mencionado a lo largo de este apartado, sobre la nueva forma de entender la formación universitaria y las prácticas de los alumnos y alumnas de Enfermería, tienen diversas y múltiples implicaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje clínica, en el que la figura del TPCE es uno de los factores más importantes en la consecución de los logros previstos, por parte del alumno, así como en la coordinación de los diferentes procesos en los que éste participa

Todas las actividades que lleva a cabo el TPCE, se dan en tres momentos que resumen la totalidad del proceso de aprendizaje clínico desde la incorporación del alumno a la práctica clínica, hasta la evaluación final. Estos tres momentos pueden identificarse con tres actividades claves:

1. Integración versus adaptación: El objetivo principal de la integración del alumno y alumna debe estar orientado a desarrollar una actitud crítica, analítica y reflexiva en interacción con el entorno. A través de un vínculo dialógico con el TPCE, se deben establecer conocimientos significativos mediante un aprendizaje constructivista, aunque para todo esto es imprescindible la participación activa del alumno.

La integración se conseguirá, en la medida que el estudiante se adapte a una realidad que pueda transformar¹⁵² a través de su intervención crítica, estimulada y orientada por el tutor clínico mediante la reflexión en la acción. Para que esto pueda darse el TPCE no sólo debe permitir, debe diseñar espacios y tiempos para promover la formulación de preguntas, propuestas y nuevas ideas y soluciones relacionadas con el cuidado y la acción de cuidar. Para ello es fundamental que la tutora clínica conozca:

- a) Los objetivos de aprendizaje, expresados en términos de comportamiento o competencias que el alumno debe alcanzar durante el periodo de prácticas establecido.
- b) Indague sobre los conocimientos y creencias previas del alumno, esta información permitirá establecer un hilo conductor desde el punto de partida del alumno hasta el destino que se quiere alcanzar.
- c) Escuche las expectativas, miedos o creencias erróneas que pueda tener el alumno.

En aquellos entornos alejados de fomentar esta actitud analítica, crítica y reflexiva, orientada a conseguir la eficiencia y la eficacia en la realización de actividades y procedimientos, y en la que predomine una actitud intelectual pasiva, dominada por la racionalidad técnica; obtendremos en el alumno una actitud desmotivadora, acrítica, incluso apática que se perpetuará en su futuro quehacer profesional. Esto hará imposible su integración y favorecerá una adaptación que impide un aprendizaje orientado a una práctica reflexiva sobre el cuidado. Alejando al alumno de los objetivos de aprendizaje y desarrollo de competencias que tiene previsto alcanzar. Desde esta perspectiva, la adaptación sería considerada un fracaso en la integración del alumno en la práctica clínica así como la “deformación del cuidado profesional”¹⁵³.

2. Centrar la práctica en el CUIDADO: Considerando el cuidado como el eje de la práctica clínica y del ejercicio profesional de la enfermera. Conceptualizamos el cuidado según la definición ofrecida por Carmen Sellan, como:

“... la forma o manera de llevar a cabo, es decir, el vehículo, del cual se sirven las enfermeras para satisfacer la demanda de la persona. La demanda o demandas acerca

*de la salud. Como ocurre en el caso de otros profesionales proveedores de cuidados, como los médicos o psicólogos, las personas tienen demandas, percibidas o no, y buscan orientación en los profesionales que les puedan ayudar*¹⁵⁴.

El cuidado es el vínculo entre el alumno y el entorno, centrando todas sus actividades y su significado en la persona que se cuida. La intervención llevada a cabo por el enfermero junto al alumno en este contexto de acción cuidadora es el núcleo del aprendizaje clínico. A través de estas intervenciones el alumno dará significado a sus acciones y elaborará una construcción del entorno y de su papel, dentro del mismo, como futuro profesional con una identidad profesional.

De la interacción entre el alumno y la persona cuidada nacerán las dudas, las reflexiones, las preguntas y decisiones. Este es uno de los momentos más importantes en el proceso de aprendizaje clínico del alumno. Las actividades y actitud del tutor clínico en este punto estarán orientadas a estimular, cuestionar y hacer consciente al alumno mediante procesos reflexivos y analíticos de situaciones concretas y recientes que ha experimentado el alumno en relación con el caso que está viviendo. El maestro principal en el camino hacia el aprendizaje, no es tanto la perfección de las técnicas y la utilización permanente de protocolos y guías, sino la “*vinculación intersubjetiva con otras consciencias*”¹⁵⁵.

Y por último, aunque debe atravesar toda la trayectoria práctica y por tanto, es también el primer momento y desde el que se planificará todo el proceso de aprendizaje del alumno, trataremos la evaluación.

3. La evaluación continua debe establecerse como garantía del proceso de aprendizaje. Por tanto el proceso de evaluación debe comenzar en el primer encuentro entre el tutor clínico y el alumno en prácticas. Este primer encuentro servirá para conocer las creencias y los conocimientos previos del alumno de manera que se puedan vincular con las competencias y objetivos de aprendizaje que debe alcanzar. De ahí, que aunque se trate en último lugar, es una actividad que forma parte del comienzo del proceso de aprendizaje clínico del alumno.

Los indicadores de cada competencia deben estar formulados en términos de comportamientos (en la guías docentes o programas de las diferentes materias, suelen venir expresados en términos de resultados de aprendizaje). De manera que cuando dialoguemos con el alumno lo haremos haciendo referencia a las evidencias que este manifiesta en relación a estos indicadores y no a otro tipo de juicios subjetivos.

La evaluación debe formar parte de cada uno de los momentos que se establezca en esa relación dialógica con el alumno, ya que cada uno de sus criterios va a ser las coordenadas de la ruta de aprendizaje a seguir con el alumno.

Los criterios de evaluación deben estar formulados en términos de preguntas directas que informen al alumno de dónde está, dónde debe llegar y sobre todo de cómo ha recorrido ese camino, ya que esta consciencia es la verdadera clave de aprendizaje que le acompañará en el futuro “aprender a aprender” estimular su pensamiento crítico y en momentos necesarios a compartir con el estudiante emociones y experiencias vitales.

El momento de la evaluación, es el momento en el que se le solicitará al estudiante que nos haga llegar su percepción sobre el avance en el aprendizaje, los conocimientos, sus habilidades y destrezas y el control de sus emociones. Es a través de esta información como el TPCE establecerá una retroalimentación sobre sus logros académicos y personales.

Para hacer realidad todos los aspectos presentados, en estos tres puntos, es imprescindible disponer de tiempo, un tiempo que permita programar de forma sistemática y no fortuita estos encuentros entre el tutor clínico y el alumno.

El cumplimiento de algunas de las funciones antes mencionadas se vinculan con los atributos del tutor descritos que Wagner y Seymour¹⁵⁶ le asignan al tutor y que están planteados en términos de: las habilidades de consejo, acogida y comunicación con su tutelado, además de una necesaria disposición a enseñar, retroalimentar, potenciar el pensamiento crítico y creer en las capacidades del otro en un clima de respeto y ética¹⁵⁷. Las funciones del tutor deben estar centradas en dos grandes tipos de ayuda, ayuda pedagógica y ayuda psicológica¹⁵⁸. Profundizar en esta figura y su evolución será el motivo del siguiente apartado.

1.4. Proceso de tutorización en las prácticas clínicas de Enfermería

En este punto se presenta un análisis crítico de las condiciones y características del desarrollo del proceso de tutorización, en el EEES, desde un enfoque genérico hasta llegar a la tutorización clínica en España y de forma concreta en la Comunidad de Madrid.

1.4.1. Origen y evolución de la tutoría y de la figura del tutor en la Universidad

No es hasta el siglo XIX en que se sitúa el rol del tutor, caracterizado ya, por atender cuestiones del alumno que van más allá de lo estrictamente intelectual o práctico hacia los distintos modelos de Universidad que se establecen. Por ejemplo, en Europa contrariamos con el modelo humboldtiano alemán, que nos situaría ante una universidad científico educativa, en la cual el rol del tutor se centra en facilitar un ambiente orientado a la creación de ciencia. Por otro lado estaríamos ante la tradición inglesa, imperante en Oxford y Cambridge, donde el tutor ejerce la tutoría en pequeños grupos y en la que con una orientación hacia el estudiante que no sólo abarca la dimensión científica sino también la moral. El modelo francés, o napoleónico, se caracteriza por promover un tipo de tutoría orientado a la profesionalización que demanda la sociedad, este sería el modelo que podría considerarse el precursor del nuevo planteamiento de forma superior y por tanto de tutoría de la práctica clínica que ha desarrollado en los últimos tiempos, y que sigue vigente en la actualidad¹⁵⁹.

En el siglo XX, se pierde el carácter diferenciador procedente de los diferentes modelos y se da una fusión que está en la línea de responder a las necesidades del desarrollo del conocimiento a través de la ciencia y la formación profesional en función de las necesidades del mercado de trabajo. Pero no es hasta finales de este siglo cuando se empieza a perfilar ya un nuevo paradigma en el proceso de aprendizaje. Como Morin¹⁶⁰ plantea que el reto que tiene la Universidad, es el de ser capaz de desarrollar en los sujetos un pensamiento complejo que permita entender las interacciones entre sujeto y objeto (en el caso de la enfermería, entre la persona y/o comunidad y el cuidado), con una mirada multidimensional que no separe los objetos de sus entornos ni a una disciplinas de otras.

En los últimos años, los desafíos de la Universidad están relacionados con el compromiso y desarrollo social, así como la orientación a una formación de calidad que garantice la eficacia y la eficiencia en el desarrollo de los futuros profesionales demandados por el mundo laboral¹⁶¹. En este contexto el rol del tutor tiene sus propias características en función de una orientación académica o de desarrollo personal y/o profesional. Aunque Independientemente de la orientación, se considera necesario en cualquiera de las modalidades, un sistema tutorial que responda a los procesos de acreditación y evaluación de la calidad de las instituciones de educación superior. La tutoría es valorada en este espacio, como un proceso de acompañamiento de los alumnos, con un carácter

personalizado a lo largo de su periodo formativo¹⁶² con la intención de mejorar de forma continua el proceso de formación y desarrollo de competencias.

1.4.1.1. Origen y evolución del término “tutor”

Desde un análisis etimológico, el término tutor, del latín tutor, nace del verbo tuteor, algunos de sus significados son: mirar por, representar a, tener bajo protección a alguien, defender, velar por, tener encomendado y bajo la propia responsabilidad a otra persona. Como podemos ver, ya desde su etimología, un tutor es la persona que representa a alguien, le protege, cuida, o tiene bajo su responsabilidad a otro. En definitiva un tutor es aquel que guía y ayuda a una persona mediante la orientación y el asesoramiento¹⁶³.

En este punto es importante hacer una aclaración. El término mentor y tutor serán utilizados indistintamente a lo largo del texto, ya que en el ámbito anglosajón se utiliza el termino de mentor y mentorización para hacer referencia a lo que nosotros denominamos tutor y tutorización.

En relación a esto, el origen de la mentoría lo podemos encontrar en África, hace más 5000 años, concretamente, en el papel que jugaban los guías que mostraban a los jóvenes “el camino”. Mil años más tarde, encontramos en Homero, otra referencia, donde Ulises se dirige a su amigo Mentor y le pide que cuide a su hijo, mientras él se va a la guerra de Troya. Un mentor es considerado por los griegos, como un padre adoptivo que se responsabiliza del desarrollo social, intelectual y espiritual de los jóvenes a su cargo. Un guía, un consejero, un acompañante, un maestro que caracteriza la función de mentor o tutor en la actualidad.

Durante la Edad Media este rol de tutorización estaba vinculado a la estructura gremial, donde cada uno de los colectivos profesionales eran los encargados de mantener su estructura entre el resto de las profesiones a partir de un entramado de aprendices, que mediante la convivencia con expertos llegaban a ser expertos mediante la convivencia con otro experto, a través de esta forma de mentoring, controlaba no sólo la formación y la continuidad de las profesiones, sino también la calidad y los salarios de las diferentes profesiones¹⁵⁷. Este modelo de mentorización medieval, que caracteriza la relación entre el experto y el aprendiz, cambia en el transcurso de la era industrial, derivando en una relación jerárquica entre jefe y empleado y que podríamos describir con las siguientes características¹⁶⁴ :

- a) Orientado a alcanzar altos niveles jerárquicos
- b) Se pretende que las personas sean idénticas a los directivos de la organización
- c) Centrada en asimilar a las personas que tienen un mayor potencial a los directivos de la organización más que en desarrollar talentos
- d) La preocupación está centrada en la resolución de problemas y en la lógica instrumental.
- e) Desvalorización de la creatividad y el talento.

Como podemos ver, aunque cuenta con una larga tradición, no es hasta el siglo XX, concretamente hasta la década de los años 70, donde se empiezan a publicar una serie de artículos que relacionan la figura del mentor en las organizaciones como una de las variables que influyen en el éxito empresarial¹⁶⁵.

La figura del mentor, en el ámbito laboral, ha tenido una amplia evolución y hoy día también hace referencia a la relación de ayuda que se establece entre un profesional con una larga experiencia y la persona *mentorizada*, esta relación está más orientada al crecimiento personal que a un desarrollo orientado a las técnicas y procedimientos. Junto al término “*mentoría*”, encontramos en la

literatura una serie de vocablos como *counselling* y *coaching* que se utilizan como términos afines, aunque es importante matizar sus diferencias.

Es importante distinguir entre los conceptos vistos de tutorización y *mentorización* con el término *counselling*. Este término proviene del latín *consulere* y consultar, se utiliza para denominar a las personas que realizan labores de consultoría. Desde este punto nos estaremos refiriendo a aquellos que se encargan fundamentalmente de aconsejar y orientan a todos el que lo necesitan en su práctica profesional. Aunque su traducción al castellano tiene ciertas dificultades para recoger todos los matices que encierra este término, los significados más frecuentes que se le suelen dar son “asesoramiento”, “relación de ayuda”, “consejo asistido” y es considerado como un instrumento que maximiza la competencia en la toma de decisiones con el menor coste emocional posible. La esencia de este proceso de consultoría está “en hacer algo con alguien” más que en decir a alguien lo que debe hacer. Este término no ha sido empleado solamente en el ámbito educativo, en el ámbito de la práctica clínica es cada vez es más frecuente^{166,167}, sobre todo en áreas que están relacionadas con procesos de gestión emocional, comunicación de noticias con una elevada carga afectiva como puede ser el área de los cuidados paliativos.

El *counseling* se relacionaría con los procesos de acompañamiento de un enfermero, o cualquier profesional del equipo asistencial, a un paciente y su familia que acaban de recibir un diagnóstico de una enfermedad grave.

Otro de los términos que son cada vez más comunes en nuestro medio, es el de *coaching*, derivado de *coach*, que significa entrenar. Durante la segunda mitad del siglo XIX se utilizó para nombrar al tutor que se encargaba de la orientación del alumno en su proceso aprendizaje. A partir del siglo XX, el término se amplía al ámbito deportivo y de aquí pasa al ámbito empresarial para hacer referencia a un tipo de entrenamiento y desarrollo, fundamentalmente con ejecutivos y grandes directivos. Este proceso tiene como objetivo, ayudar a desarrollar las competencias y el potencial de la persona, mediante procesos reflexivos y dinámicos, basados en el método socrático, es decir, es a través de la pregunta-respuesta, como la persona se va haciendo consciente de su propio potencial para optimizar su rendimiento¹⁶⁸, Estas técnicas utilizadas en los procesos de *coaching* estarían muy relacionadas con una práctica reflexiva del cuidado, de la que hemos venido hablando en los últimos apartados de esta introducción.

La *mentorización* o tutorización, como ese proceso orientado a guiar, orientar, acompañar y dirigir el desarrollo del aprendiz ha evolucionado en su uso en la actualidad en el contexto educativo. Bajo el término “tutoría” podemos englobar, en el ámbito universitario diversas actividades y cometidos que son muy diferentes entre sí. Tradicionalmente hace referencia al acompañamiento en momentos muy concretos de un desarrollo curricular. Y hablamos de tutoría, cuando nos referimos a la orientación de un alumno en su trabajo de fin de grado, el seguimiento de un trabajo en equipo a realizar como actividad en el contexto de una materia o bien cuando acude de forma personalizada a aclarar dudas sobre una asignatura de la que somos profesores, cuando facilitamos la acogida y la inserción en la universidad, cuando asesoramos y facilitamos su proceso de aprendizaje a lo largo de los estudios de grado, cuando se orienta a un estudiante de doctorado sobre la elección del tema y método de trabajo, etc.

De esta manera con el término “tutoría” nos estamos refiriendo desde acciones muy concretas y que están identificadas con un tiempo de dedicación por parte del profesor y que han ido evolucionando hasta el ejercicio de una tutela personalizada que se dilata en el tiempo y se centra en la orientación y elección curricular e incluso personal del proceso del estudiante.

1.4.2. La tutoría en los planes de estudio

La práctica de la tutoría se convierte en un factor de gran importancia con el nacimiento del EEES. Sus antecedentes, en el ámbito nacional, los encontramos en la Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa¹⁶⁹, que recoge la mención a la tutoría en varios de sus artículos: el artículo 37.3. donde dice: “se establecerá el régimen de tutorías para que cada profesor-tutor atienda a un grupo limitado de alumnos a fin de tratar con ellos el desarrollo de sus estudios, ayudándoles a superar las dificultades de aprendizaje...” o en el artículo 127.3. “se establecerá un régimen de tutorías, que permita adecuar el plan de estudios a la capacidad, aptitud y vocación de cada uno de ellos”.

Posteriormente la Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación¹⁷⁰, recoge los aspectos relacionados con la tutoría en dos de los artículos, el 6 y el 45. Haciendo referencia a que la tutoría es una competencia del claustro y al derecho de los alumnos a recibir orientación escolar y profesional.

Pero es en la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo¹⁷¹, donde de forma explícita aparece la tutoría en el preámbulo de la ley, incluyéndola como parte de la función docente. Y ya es en la Ley Orgánica de Educación¹⁷², del 2006, donde podemos encontrar la regulación de la tutoría en un amplio articulado, reconociéndose la orientación educativa y profesional (Art. 1.f). Del mismo modo, esta ley considera la acción tutorial como un proceso orientador de los procesos educativos individuales y grupales de los alumnos en la primera etapa (Art. 18.6). Lo que no cambia es que se sigue considerando la tutoría como una función del profesorado, en su Tít. III, Cap. 1.

La tutoría en el ámbito universitario, es recogida por primera vez en el Real Decreto 898/1985¹⁷³, en su artículo 9, donde se estipulan 6 horas a la semana de tutoría para profesores en régimen de dedicación a tiempo completo y tres horas lectivas para profesores con régimen de dedicación a tiempo parcial. De aquí parte el actual sistema de tutoría en la universidad.

Es en la Ley Orgánica 6/2001¹⁷⁴, donde aparecen los conceptos de orientación y tutoría como un derecho de los estudiantes (Art. 46. e), aunque estos derechos aparecen de una forma general sin ningún tipo de concreción, tampoco se especifica su articulado ni la función ni el procedimiento. Más recientemente en la Ley Orgánica 4/2007¹⁷⁵, aunque no modifica la manera en que se refiere a la tutorización, sí remarca la necesidad de adaptarse al EEES. Siendo esta necesidad la que marque, de alguna manera, el procedimiento de la tutoría para satisfacer las exigencias universitarias.

La tutoría se presenta, por tanto, en las nuevas propuestas del EEES, como un elemento básico de excelencia educativa en sus diferentes formas: académica, personal y profesional; y en sus distintas manifestaciones: individual, grupal o entre iguales. Desde esta perspectiva se puede definir la tutoría universitaria como una actividad de carácter formativo que incide en el desarrollo global del alumno. En la actualidad se pueden distinguir 3 modelos de tutoría, relacionadas con el EEES:

1. Modelo académico: Centrada en el asesoramiento en el contexto de las asignaturas, se limita a orientar o informar sobre aquellos aspectos relacionados con una asignatura concreta (tipo de trabajo, orientación sobre búsqueda de documentos, bibliografía básica, etc.)
2. Modelo de desarrollo personal: El objetivo está orientado al desarrollo integral del estudiante. En este caso la tutoría trata de aspectos que van más allá del ámbito académico, entrando en facetas profesionales y/o personales. Un ejemplo de este modelo sería el Proceso de Acción Tutorial (PAT), donde el tutor, no sólo atiende las demandas de índole académica, sino

que también guía el desarrollo personal y asesora al estudiante en temas relacionados con su futura orientación laboral.

3. Modelo de desarrollo profesional: Se trata de la figura del tutor en el lugar de trabajo, en el que alumno y la alumna realizará las prácticas, en un contexto real, donde el objetivo es desarrollar en los estudiante, en cualquier disciplina, las competencias que les convierten en individuos profesionales, mediante su integración en comunidades de prácticas. En muchos casos esta tutoría es compartida con la tutoría académica, al contemplarse el Prácticum como una asignatura más que forma parte del currículum académico^{176, 177}.

1.4.3. La tutoría en el entorno clínico

El hecho de aprender en un entorno clínico con profesionales expertos, no siempre garantiza el aprendizaje del estudiante, y esto ha ocasionado desde los inicios del proceso tutorial un elemento de reflexión.

Existen estudios realizados en Inglaterra, en la década de los años 80 del siglo pasado, donde se ponen de manifiesto los aspectos positivos y negativos relacionados con el “clima” de los entornos de prácticas clínicas¹⁷⁸⁻¹⁸⁰. El aprendizaje clínico en España, coincide con el del Reino Unido, hasta que se cambian los planes de estudio con el *Projet 2000: Nurses Education*.^{*} Los alumnos de Enfermería realizaban sus prácticas cubriendo un puesto profesional (en España, esto es así hasta 1978 que la titulación se incorpora a la Universidad), y el aprendizaje se desarrollaba mediante la realización del trabajo, en ocasiones, supervisado por otro enfermero titulado. Dicha supervisión solía estar centrada en aspectos fundamentalmente técnicos y no en una orientación a vincular la teoría con la praxis. Esto, como ya se ha comentado en apartados anteriores, es una herencia que cuesta superar y los enfermeros, hoy en día, siguen utilizando un tiempo muy escaso de dedicación a los alumnos y en caso de hacerlo no siempre es para integrar la teoría y la práctica¹⁵⁷. Este hecho no sólo se constata en nuestro país, sino que se trata de una situación frecuente que se explica o justifica no sólo por motivos conceptuales respecto al aprendizaje, sino también otras situaciones, entre las que destacan: escasez de plantillas, cargas de trabajo elevadas¹⁸¹ y tutorización de profesionales con escasa experiencia¹⁸².

Esta realidad se traduce, en múltiples y repetidas ocasiones, en un desencuentro entre los objetivos perseguidos y plasmados en el currículum en términos de las competencias que se deben adquirir en las asignaturas de prácticas clínicas y la orientación real que se produce en el proceso de tutorización clínica. El desencuentro suele venir no sólo por la importancia que se da a lo que el alumno debe aprender (bajo la consideración del tutor clínico, debe aprender (en ocasiones ni tan siquiera está contemplado en las competencia que este debe adquirir dicho estudiante), sino en el estilo de aprendizaje elegido para tal fin obviando, en ocasiones, la necesaria vinculación teórica o conceptual con la aplicación de la técnica o procedimiento específico. Existe evidencia de que los profesionales asistenciales dan un gran valor a las habilidades clínicas y los docentes lo que valoran es la asunción de valores profesionales y habilidades interpersonales, siendo estos el eje de la formación enfermera¹⁸³.

En este proceso a la incorporación de *comunidades de prácticas*, el alumno no sólo aprende del profesional que tiene la misión de acompañarle en su proceso de aprendizaje práctico, también aprende de otros expertos integrados en el equipo así como de los compañeros de estudio. Por tanto la tutoría, en el contexto universitario se convierte en un proceso personalizado de carácter cognitivo y socializador. Este proceso educativo y socializador alcanza su máximo exponente, en los

^{*}Es el proyecto para el cambio curricular del United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.

estudios de Enfermería, donde el contexto de las prácticas clínicas conviven diferentes profesionales, pacientes y familiares. Ya que como dice el dicho Masai “para educar a un niño hace falta toda la tribu”, para formar un enfermero o enfermera son necesarios todos los actores del escenario clínico.

En este sentido el carácter socio-cognoscitivo que se da en la tutoría, hace que el aprendizaje del alumno o alumna no se pueda atribuir exclusivamente al TPCE. Este carácter pedagógico de la práctica clínica se da mediante la interacción de todos los actores del proceso y debe entenderse como un proceso compartido por la comunidad de aprendizaje¹⁵⁷.

Las *Comunidades de aprendizaje*, serían entonces grupos de personas que se encuentran en un mismo entorno, ya sea virtual o presencial, y que tienen un interés común de aprendizaje con diferentes objetivos e intereses particulares. Se basan en la confianza y en el reconocimiento de la diversidad y la disposición para compartir experiencias y conocimientos. A través de éstas se busca establecer procesos de aprendizaje a largo plazo que apuntan a la innovación, el desarrollo de capacidades, el mejoramiento de la práctica y el fortalecimiento de los vínculos entre miembros. Aunque a lo largo de los años, también ha sufrido transformaciones que han derivado en el modelo social del aprendizaje que tiene su referente en el aprendizaje dialógico, como reconocimiento de los saberes de todos los participantes y la participación a través de la acción comunicativa¹⁸⁴.

Hoy en día la tutoría, en sus diferentes formas, es un proceso que está institucionalizado. Sin embargo en nuestro país no hay una regularización suficiente, ni una cultura de apoyo por parte de las instituciones sanitarias. Esto se puede constatar tomando como indicador la distribución y asignación de plantillas a las diferentes unidades de enfermería. Estas no se modifican, independientemente de que acojan o no alumnos de enfermería en prácticas. Un indicio de que esto está empezando a cambiar, es la elaboración de guías sobre las prácticas clínicas que están elaborando diferentes Conserjerías de Salud en algunas comunidades autónomas^{185,186}.

Otro aspecto a tener en cuenta en el acompañamiento a los y las estudiantes en su formación clínica, a través de la tutoría, es que suelen estar implicadas todas las dimensiones de la persona: afectivas, cognitivas, sociales y profesionales. Y la influencia e importancia de esto va a depender por una parte de las características del propio TPCE, del vínculo afectivo que se establece entre el alumno y el TPCE y por otra de la cultura y tradición de las diferentes instituciones en las que se realizan las prácticas clínicas. Según Rodríguez Espinar¹⁶² las características de la tutoría desde una perspectiva institucional, son las siguientes:

- a) Promueve el desarrollo integral de cada alumno con un enfoque multidimensional.
- b) Facilita la educación universitaria más personalizada de cada estudiante, considerando las características individuales y diversas de cada uno de ellos.
- c) Se constituye en un indicador de calidad en la atención de los estudiantes.
- d) Guía y facilita la orientación de cada alumno con diferentes ámbitos, en los que está contemplado tanto lo curricular como lo extracurricular, haciendo un óptimo uso de los recursos que tiene la organización a disposición de los alumnos y procurando una integración de los enfermeros tutores clínicos en el contexto universitario.

En función de estas características, el TPCE deberá poseer unas determinadas competencias profesionales, competencias que se derivarán de las actividades que este debe llevar a cabo para el desarrollo competencial de los estudiantes a los que tutoriza. Es verdad sin embargo, que son muchas las dificultades que nos encontramos para definir esta figura, ya que no todos los y las profesionales asumen las mismas responsabilidades ni llevan a cabo las mismas actividades. En

este sentido D' Abate, utiliza el término genérico *developments interactions*, en el que se recogen las diferentes acciones realizadas por los profesionales responsables de la formación clínica de los futuros enfermeros y enfermeras, dicho término incluye los vocablos: *coaching*, *mentoring*, *apprenticeship* y *action learning*, que ya han sido explicados anteriormente¹⁸⁷.

1.4.4. El tutor y la tutora de prácticas clínicas en enfermería

En el ámbito de la enfermería, la figura del mentor ha tenido un importante papel en el desarrollo personal y profesional de los alumnos en prácticas¹⁸⁸, ya que esta figura está presente a lo largo de toda la historia, en su formación académica. En el contexto enfermero, el término “tutor de enfermería” aparece por primera vez en el siglo XV en Inglaterra¹⁸⁹. Aunque bien podría situarse a Florence Nightingale como la primera mentora de una enfermera.

Dentro de las diversas definiciones que encontramos de tutor, Quintanilla define esta figura como:

*“la encargada de facilitar la puesta en práctica de conocimientos, habilidades y actitudes para que el estudiante afronte de la manera más adecuada las situaciones emergentes en la práctica asistencial”*¹⁹⁰.

Bardallo¹⁵⁷, reconoce como TPCE al profesional de Enfermería que actúa como referente de un estudiante de esta disciplina y que le acompaña en su proceso de socialización profesional, independientemente de que haya recibido o no, formación para este cometido y de que reciba o no prestación económica o de otra índole, por este concepto. Es el maestro de las prácticas profesionales, el que aproxima el arte y la ciencia del cuidado al aprendiz, el que transfiere los secretos y las estrategias socializadoras para incorporar al futuro profesional.

En la conceptualización que hace Bardallo sobre TPCE, se puede ver cómo está latente la nueva conceptualización sobre la enseñanza, haciendo de la figura del tutor, no sólo un mero trasmisor de saberes, sino más bien un asesor y orientador del aprendizaje del alumno hacia una construcción autónoma del conocimiento¹⁹¹, más hacia las conceptualizaciones de *mentoring* y *counselling* ya descritas en este punto.

El aprendizaje del cuidado en el entorno práctico requiere de una mirada que va más allá de una enseñanza lineal de técnicas y procedimientos. El TPCE, debe acompañar al alumno en la complejidad y riqueza en matices del cuidado, ya que compleja es la respuesta de la persona a las situaciones y experiencias de salud y también complejo es el contexto en el que se realiza el cuidado al individuo y familia. Este es el momento de hacer un “todo” de los diferentes y fragmentados conocimientos que recibe el alumno.

El TPCE debe ser un referente para el alumno y alumna, como profesional reflexivo y para ello es necesario que tome conciencia de la riqueza y singularidad que encierra el proceso de enseñanza-aprendizaje en el entorno clínico. Debe orientar a los alumnos y alumnas, en el contexto de la práctica clínica, a que estos alcancen un conocimiento pertinente. Edgard Morin¹⁹² define el conocimiento pertinente como *“aquel que es capaz de situar toda información en su contexto, y si es posible dentro del conjunto donde la misma se inscribe”*.

La figura del TPCE, no sólo ha sido definida por diversos autores, también ha sido conceptualizada por instituciones dependientes de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, en la mayoría de los casos, en un intento de ordenación de las prácticas de los alumnos de ciencias de

la salud, entre los que se encuentran los alumnos de Enfermería. Lejos de hacer una recopilación de las diferentes conceptualizaciones que podemos encontrar en las comunidades autónomas del territorio nacional, nos centraremos en la que se recoge en la CM, en la Guía del tutor de pregrado de enfermería¹⁹³, por ser el marco de referencia en el que se lleva a cabo este estudio y estar enmarcado en la corriente constructivista que pasa por ser el modelo que se considera más apropiado y que define al tutor como:

“el profesional de Enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico clínico de los estudiantes en su ámbito de trabajo y durante su jornada laboral, planificando, coordinando y evaluando dicho aprendizaje; siendo un referente y soporte pedagógico del estudiante”.

Podemos encontrar en nuestro ámbito otras definiciones, como la planteada, en un reciente realizado, sobre un nuevo modelo de formación práctico clínica en el Servicio Andaluz de Salud y las universidades andaluzas. Aquí la figura del tutor clínico se define como *“profesional de la salud que, durante su turno de trabajo, se encarga de la formación práctico clínica de un alumno”*¹⁰². Como se puede observar, esta definición es más general y ambigua, al no contemplar ni el carácter voluntario de los profesionales, ni la condición de referente para el alumno.

1.4.4.1. Perfil profesional del tutor y tutora de prácticas clínicas

Si la definición de TPCE es ambigua y no goza de un consenso generalizado, mucho más complejo resulta entonces identificar su perfil profesional, el cuál debe plantear una descripción detallada de los rasgos y características de un grupo profesional en los que se especifican los ámbitos de actuación, los requisitos, las actividades y las competencias profesionales. Dicho perfil está relacionado con el rol que el profesional debe desempeñar.¹⁹⁴ Entendiendo el rol, como el conjunto de etapas que debe seguir, en este caso, el tutor de prácticas clínicas en relación al aprendizaje práctico clínico del alumno de Enfermería, en este sentido Serrano¹⁹⁵ distinguen cuatro etapas:

1. La primera etapa, “en busca de alguien que requiere ayuda”. En esta etapa los objetivos deben marcar la relación entre el tutor y el alumno, estableciendo un marco temporal para su realización.
2. La segunda etapa, “trabajando juntos”. Abarca hasta la mitad del periodo de prácticas, es la fase que más esfuerzo requiere, tanto del tutor como del alumno. El papel del tutor es polivalente: enseña, asesora, ayuda al alumno a adaptarse, atiende las necesidades individuales, facilita la relación entre el alumno y otros profesionales y organizaciones.
3. La tercera etapa, “desarrollando autoconfianza”, en la que el alumno adquiere más autonomía y el tutor pasa a desempeñar un rol de consultor que actúa a demanda de las necesidades del estudiante. Esta etapa suele ir, desde la mitad del rotatorio hasta el final.
4. La cuarta etapa, “seguro/a con el conocimiento y periodo de prácticas, aunque dependerá del curso en el que se encuentre el alumno. Los objetivos pactados deben haberse cubierto, esto se evidenciará en las habilidades adquiridas, por el alumno, que hacen que este se desenvuelva con mayor autonomía en algunas situaciones.

1.4.4.2. Requisitos para acceder al puesto de tutor de prácticas clínicas

Uno de los requisitos para desarrollar la función docente, en el rol de tutores de prácticas clínicas de enfermería, es que las organizaciones sanitarias y la universidad establezcan relaciones simbióticas que generen entornos de aprendizaje significativos. Para ello es fundamental que se establezcan unos requisitos imprescindibles sin los cuales no sería posible acceder a responsabilizarse de la tutela clínica de los alumnos de enfermería. En la actualidad, los requisitos para desempeñar

las actividades de tutor clínico, no están reglamentados a nivel nacional, sin embargo podemos encontrar algunas definiciones plasmadas en guías u otro tipo de documentos en las diferentes comunidades autónomas.

En el caso de la Comunidad de Madrid, los requisitos vienen expresados en el documento, anteriormente mencionado¹⁸⁵ y que plantea en cuanto a requisitos básicos:

- a) Estar en posesión del título de Diplomado Universitario de Enfermería (en la actualidad, Grado de Enfermería). “Aunque en el desarrollo de las prácticas clínicas, el estudiante entre en contacto, observe, analice, consulte y adquiera conocimiento de otros profesionales, la función de tutorización del estudiante le corresponde únicamente al diplomado en Enfermería”
- b) Experiencia profesional, mínimo de dos años. Se entiende por experiencia, no sólo el tiempo transcurrido desde que el profesional se ha graduado, sino haber desarrollado su profesión en el ámbito laboral.
- c) Situación laboral. Aunque se considera que no afecta a la función del tutor la situación laboral, en cuanto a plaza en propiedad, interinidad o contrato temporal, si es importante que se contemple la permanencia en un curso académico. La actividad del tutor, no supone el acompañamiento en cuanto a presencia física permanente y continua. Si la adecuada planificación de su proceso de aprendizaje, en el que este contemplado los momentos y encuentros con el tutor. Durante otros momentos podrá estar acompañado por otros profesionales. Por este motivo, se considera que la enseñanza del tutor por turnicidad (sobre todo en el área asistencial) no tendría que suponer ningún problema en la calidad de la tutorización.

1.4.4.3. Funciones y actividades del tutor de prácticas clínicas

Las actividades que se le asignan al tutor van desde las más habituales (acogida, acompañamiento, evaluación) hasta las más imprevisibles e inadvertidas, todo esto nos invita a una reflexión profunda sobre el papel que juega el TPC¹⁸⁸. Aunque las actividades del tutor de prácticas clínicas no están definidas de forma normativa a nivel estatal podemos encontrar diferentes propuestas desde diferentes ámbitos que detallaremos a continuación.

En el documento de Ley de Especialidades¹⁹⁶, se hace referencia a las actividades del tutor clínico como el “profesional en servicio activo, que estando acreditado como tal, asume la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del residente de su especialidad, manteniendo con este una relación continua y estructurada a lo largo de todo el periodo formativo, colaborando activamente en el aprendizaje de los conocimientos y habilidades que permitan cumplir el programa formativo de la especialidad”. En esta propuesta ya vemos una aproximación a las actividades que debe realizar el tutor y a las responsabilidades que implica su función en un nivel más operativo. Las funciones que se plantean desde la Comunidad de Madrid para el tutor clínico, son las siguientes:

- a) Implicación del tutor en el programa docente de los alumnos de enfermería.
- b) Preparación previa del tutor a la llegada del alumno en prácticas
- c) Realización de las tutorías
- d) Evaluación de las prácticas

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, en el documento, anteriormente citado, *Guía del tutor de Pregrado de Enfermería*, dice textualmente:

“La responsabilidad del tutor no se limita al adiestramiento de las técnicas propias de su quehacer profesional, sino que, en coordinación y sintonía con el profesorado de la universidad de

referencia, amplía la educación del estudiante en principio y valores a partir de su propio comportamiento, reforzando los principios éticos relativos a la defensa de la dignidad de la persona, ejemplarizando mediante la relación de ayuda, empatía y cordialidad con pacientes y familiares”¹⁸⁵.

En esta misma línea, la Consejería de Salud de Andalucía, en la *Guía para la tutoría de la formación práctico clínica en el sistema sanitario público de Andalucía*¹⁸⁶ establece las siguientes funciones del tutor:

- a) Tutelar, dentro de la organización sanitaria, el desarrollo de las prácticas clínicas de aquel alumnado que le haya sido asignado, con una dedicación de hasta 360 horas anuales, dentro de su horario asistencial. En ningún caso se les podrá asignar la impartición de docencia teórica reglada.
- b) Elaborar informes evaluativos individualizados de las habilidades y competencias alcanzadas por cada uno de los alumnos que tenga asignado al finalizar el período de prácticas. Estos informes se realizarán de acuerdo con las directrices marcadas por el departamento de la universidad responsable de la asignatura, y una vez ratificados por el coordinador de prácticas servirán como elemento de evaluación de la formación práctico-clínica del alumnado.
- c) Cualquiera otra que se les asigne en los conciertos específicos.

En la actualidad en el programa AUDIT¹⁹⁷ que regula en los nuevos planes de estudio todos los procesos de calidad en las universidades del territorio nacional, con los nuevos planes de estudio, aparece la figura del tutor profesional como un elemento que forma parte de la cadena de aprendizaje sea cual sea la disciplina de la que se trate. Desde este reconocimiento básico cada universidad y grado tendrá que atribuirle actividades y responsabilidades adaptadas a cada situación específica.

En el caso del TPCE, es necesario que se compartan concepciones y convicciones sobre el proceso de aprendizaje clínico, por parte de todos los actores que intervienen en este momento educativo, para conseguir acciones coordinadas y de calidad.

Impera la idea de romper con un aprendizaje fragmentado y en ocasiones contradictorio entre la teoría y la práctica, entre el aula y el ejercicio profesional. Esta fragmentación no sólo dificulta el aprendizaje del alumno, supone también una dificultad importante a la hora de realizar un trabajo colaborativo entre todos los responsables de la planificación, desarrollo y evaluación de la práctica clínica del estudiante.

Para prevenir esta situación es necesario tener un objetivo común y prioritario, que no es otro que formar enfermeros autónomos dentro de equipos que tienen una responsabilidad colectiva¹⁰⁸ en la que el trabajo en equipo, es sin duda uno de los aspectos más importantes.

Esta necesidad de fomentar el trabajo en equipo, conlleva las ventajas de un planteamiento colegiado:

- a) Multiplica la eficacia al incidir todos los profesores en las mismas ideas, en las mismas actitudes, en los mismos objetivos y valores.
- b) Permite subrayar lo que es importante y dejar al margen lo que es baladí.
- c) Ayuda a eliminar los errores, las repeticiones innecesarias, las omisiones de aspectos importantes.
- d) Permite que los profesores aprendamos unos de otros, que no intercambiamos materiales, ideas, experiencias y que nuestra formación continua se dé en la propia práctica... La reflexión

- de grupos de trabajo en torno a problemas y peculiaridades de la enseñanza.
- e) Favorece el desarrollo de actividades pedagógicamente enriquecedoras como el intercambio, la ayuda del compañero y la profesionalización docente.
 - f) Aumenta la coherencia de los planteamientos educativos.

Mientras las funciones tienen una dimensión más genérica, las actividades son concretas y con una dimensión operativa. Entre ellas revisaremos las que han presentado algunos autores y las definidas por algunas comunidades autónomas.

Según Cohen y Galbraith¹⁹⁸, el tutor debe desempeñar seis actividades en su relación con los estudiantes que se articulan a partir de:

1. La relación: interesarse y aceptar los sentimientos del estudiante, evidencian empatía y atención hacia él.
2. La información: solicitar al estudiante que le informe sobre sus proyectos, retroalimentando sus avances y logros académicos y personales.
3. La facilitación: guiar al estudiante, previa indagación de sus intereses, habilidades y creencias.
4. La confrontación: retar, respetuosamente, a sus estudiantes frente a la toma de decisiones respecto a sus procesos formativos.
5. Un modelo mentor: compartir sus sentimientos y experiencia de vida para enriquecer su relación con los estudiantes, constituyendo un modelo para ellos.
6. La visión de estudiante: estimular el pensamiento crítico del estudiante para proyectarse y fortalecer su potencial, tanto en la dimensión personal como profesional.

Todas las actividades que lleva a cabo el tutor o tutora, se dan en tres momentos, según Galicia¹⁵³, en tres momentos que resumen la totalidad del proceso de aprendizaje clínico (desde la incorporación del alumno a la práctica clínica, hasta la evaluación final). Estos tres momentos pueden identificarse con tres actividades claves:

1. Integración vs adaptación: El objetivo principal de la integración del alumno debe estar orientado a desarrollar en él una actitud crítica, analítica y reflexiva en interacción con el entorno, donde a través de un vínculo dialógico con el TPCE, establezca conocimientos significativos mediante un aprendizaje constructivista, para ello es imprescindible la participación activa del alumno.

La integración se conseguirá, en la medida que, el alumno se adapta a una realidad que pueda transformar a través de su intervención crítica, estimulada y orientada por el tutor clínico mediante la reflexión en la acción¹⁵². El tutor no sólo debe permitir, debe diseñar espacios y tiempos para promover la formulación de preguntas, propuestas y nuevas ideas y soluciones relacionadas con el cuidado y la acción de cuidar. Para ello es fundamental que la tutora clínica conozca:

- a) Los objetivos de aprendizaje, expresados en términos de comportamiento o competencias que el alumno debe alcanzar durante el periodo de prácticas establecido.
- b) Indague sobre los conocimientos y creencias previas del alumno, esta información permitirá establecer un hilo conductor desde el punto de partida del alumno hasta el destino que se quiere alcanzar.
- c) Escuche las expectativas, miedos o creencias erróneas que pueda tener el alumno.

En aquellos entornos alejados de fomentar una actitud analítica, crítica y reflexiva, orientados a conseguir la eficiencia y la eficacia en la realización de actividades y procedimientos, con una acti-

tud intelectual pasiva, dominada por la racionalidad técnica; se fomentara una actitud pasiva del alumno, acrítica, incluso apática que se perpetuara en su futuro quehacer profesional. Esto hará imposible su integración y favorecerá una adaptación que impide un aprendizaje orientado a una práctica reflexiva sobre el cuidado. Alejando al alumno de los objetivos de aprendizaje y desarrollo de competencias que tiene previsto alcanzar. Desde esta perspectiva, la adaptación sería considerada un fracaso en la integración del alumno en la práctica clínica así como la “*deformación del cuidado profesional*”¹⁵³.

2. Centrar la práctica en el CUIDADO: Considerando el cuidar como el eje de la práctica clínica y del ejercicio profesional de la enfermera. Conceptualizamos el cuidar, como un proceso que “*consiste en liberar las capacidades que otro ser humano tiene*”¹⁹⁹.

Las funciones del tutor deben estar centradas en dos grandes tipos de ayuda, ayuda pedagógica y ayuda psicológica¹⁵⁸. Nos ayuda a entender todo lo referente a las funciones del tutor la propuesta de selección de buenas prácticas, que ha elaborado recientemente el Servicio Andaluz de Salud (SAS), con sus evidencias correspondientes, y que se presentadas en la (Tabla 17)¹⁸⁶.

Tabla 17 (modificada). Buenas prácticas del tutor del prácticum y evidencias correspondientes

BUENAS PRÁCTICAS	EVIDENCIAS
<i>Desarrolla habilidades de comunicación afectivas</i>	Realiza acogida de los/las alumnos/as explicando las competencias a adquirir, la metodología a realizar y el modelo de evaluación. Explica las características del entorno asistencial . Explica la importancia de facilitar el ejercicio de los derechos de los/las ciudadanos/as y de garantizar su seguridad
<i>Motiva a los /las alumnos/as para el desarrollo del programa docente</i>	Reconoce los logros obtenidos en el periodo de tutorización por el alumnado
<i>Adapta las diferentes metodologías, técnicas y recursos de aprendizaje al escenario y al alumno.</i>	Utiliza el ciclo de Cox en la tutorización en escenarios reales favoreciendo el aprendizaje experiencial y la reflexión de la practica
<i>Realiza evaluación del aprendizaje</i>	Utiliza herramientas de evaluación; Minicex, entrevistas estructuradas, simulaciones , evaluación mediante <i>check list</i> , imágenes clínicas, revisión de historias clínicas por pares.
<i>Incorpora perspectivas de género en su desarrollo docente</i>	Orienta al alumno en la realización de la historia clínica teniendo en cuenta la perspectiva de género (recoge datos sobre los factores de riesgo, condicionantes sociales y características personales del paciente)
<i>Optimiza y gestiona el tiempo</i>	Adopta medidas para garantizar los tiempos de tutorización (con la elaboración de un plan de acción tutorial , cronogramas de actividades, etc.) personalizados al alumno/a
<i>Trabaja de manera proactiva en el equipo</i>	Integra al alumno en el equipo asistencial promoviendo su participación
<i>Promueve la incorporación de innovaciones metodológicas y de evaluación</i>	Integra metodologías de aprendizaje y evaluación de competencias basadas en simulación
<i>Analiza su práctica docente proponiendo mejoras</i>	Autoevalúa su desempeño e Identifica áreas de mejora en su práctica docente

1.4.4.4. Competencias del mentor o tutor clínico

Existe en la literatura revisada, una cierta insistencia, sobre las características personales del tutor relacionadas con una buena acción tutorial. Algunas de estas competencias, tienen que ver con características personales, afectivas, la capacidad por parte del tutor de estar cercano al alumno, la capacidad de ofrecer apoyo tutelado, o estar atento al desarrollo personal y profesional del alumno¹⁵⁷.

En la (Tabla 18)¹⁵⁷ podemos ver los atributos que se le atribuyen tanto al tutor como al alumno en este sentido.

Tabla 18. Atributos del mentor y del alumno.

<i>Atributos del mentor</i>	<i>Atributos del alumno</i>
Compromiso con el respeto al "Otro"	Compromiso con la relación
Respeto y estima hacia si mismo	Respeto y estima hacia si mismo
Honestidad, compasión, respeto y creencia en las capacidades del "Otro"	Honestidad, compasión y respeto hacia los otros
Principios éticos personales y profesionales	Principios éticos personales y profesionales
Energía, creatividad y visión	Energía y creatividad
Experiencia profesional, competencia	Motivación para tomar iniciativa
Pasión por cuidar	Habilidad para crear una visión
Capaz de asumir desafíos realistas	Identidad y autoestima
Habilidad para sacar lo mejor de las personas	Orientado al aprendizaje y pensamiento crítico
Habilidad de enseñanza y consejo	Flexible y abierto a recibir ayuda
Flexibilidad, apertura y disponibilidad	Proximidad y abierto a la reciprocidad
Habilidad de pensamiento crítico y liderazgo	Habilidades interpersonales
Proximidad y abierto a la reciprocidad	Habilidades de comunicación
Habilidades interpersonales afectivas	Capacidad de clarificación y escucha activa
Habilidades de comunicación	
Capacidad de clarificación y escucha activa	

Relacionando los atributos del mentor o tutor con los del alumno podríamos resumir que un buen TPCE es el que consigue que el alumno aprenda, no el que enseña o pretende enseñar. Es aquel profesional que tiene coherencia entre lo que dice y lo que hace y como consecuencia establece un "fluir" en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La relación entre el TPCE y el estudiante tiene una idea romántica y retórica que pivota en torno a la idea de modelo de valores, figura clave en el aprendizaje. El estado del "fluir" fue definido por el psicólogo estadounidense Michaly Csikszentmihalyi²⁰⁰, como la coherencia entre lo que pensamos y lo que hacemos, provocando una sensación de bienestar, que en muchos casos se ha identificado con la "sonrisa de Buda".

Tomando como referencia estas cuestiones entorno a la figura del TPCE y de los y las estudiantes en la guía del tutor de la CAM se establece como perfil del TPCE del pregrado de enfermería, las siguientes características:

- a) Voluntad manifiesta de ser tutor
- b) Motivación para la docencia y la investigación
- c) Capacidad para establecer relaciones personales
- d) Capacidad de organización
- e) Disponibilidad para recibir la formación para la función de tutor.

Y puntualizan que se trata de un apoyo desinteresado de estos profesionales de enfermería del sistema asistencial, que sin una formación específica, ni una definición pormenorizada de sus competencias, nos obliga a ser prudentes a la hora de establecer las características exigidas al tutor¹⁸⁵. Esta reflexión dio lugar a la instauración de un plan de formación continuada dirigido a los tutores y tutoras de enfermería de la CAM, que continua en la actualidad.

La guía del Sistema Andaluz de Salud establece un mapa de competencias del tutor clínico, agrupadas según aparecen en la (Tabla 19)¹⁸⁶.

Tabla 19 (adaptada). Mapa de competencias del tutor clínico del SAS

COMPETENCIAS DE CONOCIMIENTO	Motivación y gestión de personas
	Metodología pedagógica y técnicas docentes
	Evaluación de la formación
	Estructura académica de las universidades
	Espacio Europeo de Educación Superior
	Entornos virtuales de aprendizaje
	Contenidos y programas de las asignaturas
	Práctica Clínica y evidencia
	Perspectiva de género
	Motivación y gestión de personas
	Metodología pedagógica y técnicas docentes
	Evaluación de la formación
	Estructura académica de las universidades
	HABILIDADES
Dinámicas de grupos	
Capacidad de planificar y definir objetivos	
Gestión del tiempo	
Capacidad de proponer alternativas de mejora e innovación	
Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	
Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	
Capacidad docente	
Manejo de telecomunicaciones	
Capacidad para aplicar, incorporar de forma transversal la perspectiva de género en la formación de los alumnos.	
Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	
Dinámicas de grupos	
Capacidad de planificar y definir objetivos	
Gestión del tiempo	
ACTITUDES	Escucha activa, asertividad
	Generador de clima de confianza y seguridad
	Metódico, sistemático
	Rigor y adecuado tratamiento de la información
	Actitud de aprendizaje y mejora continua
	Flexible, adaptable al cambio, accesible
	Colaborador, cooperador
	Dialogante y negociador
	Amabilidad
	Disponibilidad
	Facilitador
	Actitud reflexiva sobre nuestras propias creencias sexistas y filtros culturales para un desempeño profesional de calidad.

Este mapa de competencias, es considerado un instrumento de trabajo que permite la elaboración de planes de desarrollo individual de todos los profesionales que quieran avanzar en su orientación hacia la acción docente clínica del alumnado de las titulaciones sanitarias, de igual modo, tampoco puede considerarse un mapa para la acreditación de los y las profesionales sanitarios en su categoría o especialidad.

Incorporamos por tanto la aportación de esta guía, no tanto por la conformidad metodológica de la misma, que ya ha sido argumentada, si no por entender que su principal aportación, desde nuestro punto de vista, está en relación a contemplar la tutoría desde una perspectiva inter-institucional (instituciones sanitarias-universidad) de colaboración e implicación explícita de los profesionales de la salud asistenciales.

1.4.5. Necesidad de un cambio de paradigma en la tutoría clínica

Todos los elementos que han sido analizados, hasta el momento, constatan la necesidad de un cambio de paradigma en el proceso de tutorización del aprendizaje clínico de los alumnos de Enfermería. Este cambio pasa no sólo por adaptar las competencias de los tutores a las nuevas y necesarias actividades que debe llevar a cabo, también para facilitar al estudiante un aprendizaje constructivista y autónomo orientado desde una práctica reflexiva. Pasa también por entender las diferentes tramas de relaciones, de una forma diferente, tanto desde la institución universitaria como desde las instituciones sanitarias.

Desde un enfoque general, algunos estudios centrados en la óptica del tutor de centros en prácticas, constatan:

- a) Una gran discrepancia entre lo que “se piensa” y lo que “se hace” en la acción tutorial, con ausencia de una acción sistematizada.
- b) Necesidad de establecer y reglamentar un plan de prácticas orientado a un aprendizaje reflexivo, proponiendo un plan de acción de los tutores tanto en el diseño, desarrollo y evaluación del prácticum.
- c) Papel excesivamente pasivo del tutor, en la organización del prácticum.
- d) El lugar de la práctica debe convertirse en un foco de análisis de los problemas profesionales.
- e) Necesidad de que los tutores se impliquen en la formación, desde una perspectiva metodológica y de investigación.
- f) Es imprescindible para realizar la función tutorial, que este tenga un bagaje y una experiencia profesional; así como una formación específica para el desarrollo de la tutoría¹⁵⁸.

Cambiar las rutinas institucionales no es una tarea fácil sin caer en el escepticismo sobre la posibilidad de mejorar el proceso de tutorización, hay que reconocer que cualquier proceso de cambio es lento, en esto tiene mucho que ver la cultura de las organizaciones. El concepto de cultura organizacional ha sido estudiado en nuestro país desde un punto de vista teórico y empírico. Desde el enfoque teórico, la mayoría de los autores se han centrado en revisiones de la literatura internacional, para construir una definición propia. Peiró²⁰¹ por ejemplo, considera que el término de cultura organizacional hace referencia a unos contenidos culturales, que implica unos límites sociales y supone un proceso de aprendizaje compartido. Posteriormente pasa a definir este concepto como *“un sistema de creencias y asunciones de una organización que son compartidas por sus miembros y fundamentan las interpretaciones de lo que ocurre en ellas y de otros fenómenos relevantes”*.

La cultura organizacional nunca es totalmente aceptada ni rechazada, porque ni las fuerzas dominantes terminan de instituirse ni los elementos contestatarios generan un cambio radical. Todos los

elementos culturales de una organización están en un movimiento continuo, siendo el resultado de una síntesis de antagonismos¹⁰⁸.

Tanto en el ámbito docente de la enfermería, como en el de la asistencia y la gestión, nos encontramos con personas entusiastas así como con escépticos sobre este cambio en el escenario de la práctica clínica del alumno de enfermería, esto se debe a que, en muchas ocasiones, tutorizar estudiantes de enfermería supone un trabajo adicional, que no suele estar reconocido, esto hace que algunas enfermeras sean reacias a asumir responsabilidades docentes²⁰².

Esta asunción de responsabilidades va acompañada además de un cambio cultural, y todo cambio cultural es lento, como ya se ha comentado, entre otros motivos porque exige un cambio en algunos elementos ideológicos, las conductas solo se modificarán si hay un cambio de valores y para esto es necesario un proceso de reflexión que abarcaría en este caso, desde la concepción del cuidado como eje central de nuestra profesión hasta la transmisión de esa esencia con el y la estudiante en prácticas, enmarcada en unos objetivos de aprendizaje y desarrollo de competencias claramente definidas y con un requisito de evaluación continua sobre unos criterios previamente establecidos. Para esto es necesario que se asuma una responsabilidad en la tutorización del y la estudiante que garantice una continuidad en su proceso de aprendizaje. En este sentido estudios llevados a cabo con estudiantes, sobre su valoración de la práctica clínica, ponen de manifiesto: falta de implicación de las y los responsables sobre su aprendizaje, el hecho de que no les guste enseñar y quejas sobre el trato recibido. Reclaman la importancia de una mayor implicación de las enfermeras en la docencia y la importancia de mejorar los canales de comunicación entre la universidad y los centros de prácticas²⁰³. En este mismo estudio, los alumnos y alumnas valoran de forma muy positiva a la enfermera de referencia, no sólo por la aportación de conocimientos, también por su ayuda en la integración al equipo.

La profundidad que requiere este cambio exige que el TPCE juegue un papel activo, la formación continua de los tutores tiene un papel fundamental acompañado de un trabajo colaborativo entre los diferentes agentes de este proceso (agentes de la universidad, de la asistencia y de la gestión), reflexionando y estableciendo estrategias conjuntamente sobre la práctica su planificación y evaluación. En este sentido un indicador que influye en el rechazo a tutorizar alumnos, es la falta de claridad sobre el papel de los estudiantes. Establecer canales de información eficaces sobre los objetivos del alumnado y que lleguen a las enfermeras gestoras y a las enfermeras asistenciales haría más fácil la función de la enfermera asistencial-docente²⁰³.

La complejidad de estos cambios, es sin duda, proporcional a su dificultad. Las innovaciones que llevamos al aula, no tienen comparación en cuanto a su dificultad con las que se plantean en el ámbito de la práctica clínica ya que este cambio implica a muchos profesionales procedentes de diversas organizaciones y culturas. Esto no justifica en ningún caso que no se deba atender la percepción que manifiestan los alumnos de sentirse desatendidos durante su periodo de prácticas, y la demanda que hacen de tener siempre a un mismo tutor²⁰⁴.

Para hacer posible este cambio, consideramos de gran importancia que se tengan en cuenta todas las dimensiones que están o han estado presentes y aquellas que se aspira alcanzar. En la Tabla 20, se recogen algunos de estos aspectos que ya han sido comentados a lo largo del texto y que diferencian la actuación de un tutor clínico como entrenador de habilidades y técnicas y un tutor enfocado a ser facilitador de una práctica reflexiva.

Tabla 20. Estilos de tutoría de la práctica clínica en enfermería.

TUTOR: ENTRENADOR EN HABILIDADES Y TECNICAS	TUTOR: FACILITADOR DE UNA PRÁCTICA REFLEXIVA
<ul style="list-style-type: none"> – Desconoce los objetivos de aprendizaje del alumno – Se orienta a la enseñanza de habilidades y destrezas – El alumno aprende por imitación o modelamiento – No está prevista una planificación del aprendizaje – El tutor enseña lo que considera más importante y no lo que el alumno debe aprender – Se trabaja con la mejor experiencia y no con la mejor evidencia. – El alumno se encuentra sólo en el proceso de aprendizaje – El tutor clínico, muestra la mejor forma de hacer – En ocasiones el alumno es tratado como “mano de obra” – No se establece relación entre los procedimientos y los conocimientos adquiridos en el aula – La evaluación es final, se realiza al terminar el rotatorio – No se requieren competencias específicas como tutor clínico – La información la da el tutor clínico – Se da mucha importancia a la disciplina y al cumplimiento de normas – Se realiza una socialización laboral 	<ul style="list-style-type: none"> – Conoce los resultados de aprendizaje o competencias que el alumno debe desarrollar durante el periodo de la práctica clínica – El alumno aprende reflexionando sobre su acción – Se planifican la ruta de aprendizaje junto al alumno – La práctica está orientada según la mejor evidencia del cuidado – El tutor clínico, acompaña y guía al alumno en su proceso de aprendizaje mediante una práctica crítica y reflexiva – El tutor clínico, promueve estrategias y técnicas activas de aprendizaje – Se relaciona la práctica con los conocimientos adquiridos en el aula – La evaluación es un proceso continuo a lo largo de toda la práctica – El tutor clínico, tiene conocimientos específicos sobre estrategias y técnicas didácticas – El tutor clínico promueve en los alumnos la realización de búsquedas – Se cuida el desarrollo de habilidades interpersonales y la consideración de aspectos éticos.

1.4.6. Estrategias para favorecer una tutoría reflexiva sobre la práctica del cuidado

Como apunta Rodríguez¹³⁹, sólo un tutor reflexivo podrá favorecer y orientar sus estrategias a conseguir una práctica reflexiva en el entorno de la práctica clínica orientada al cuidado enfermero. En su trabajo, destaca varias estrategias que el tutor debe utilizar para favorecer el aprendizaje reflexivo del alumno.

- 1) Empatía didáctica: esta estrategia hace referencia al valor y al poder que el tutor concede a las respuestas y explicaciones del alumno, sin hacer juicios normativos y utilizándolas como ancla para posteriores explicaciones. Es importante generar un clima de confianza, donde el alumno se sienta libre para expresarse.
- 2) Utilización de la pregunta: promueve la reflexión del estudiante, es importante que el tutor tenga claro los beneficios que aporta el hecho de que, el alumno realice el ejercicio intelectual de búsqueda e indagación sobre sus cuestionamientos. El tutor no debe resolver todos sus interrogantes, dejando que el alumno realice sus propios descubrimientos.
- 3) Uso del silencio pedagógico: implica que el tutor no se adelanta a dar las respuestas al alumno sobre las cuestiones de la acción práctica
- 4) Dialogo reflexivo entre el tutor y el estudiante: parece ser, que una de las claves, para conseguir una tutoría reflexiva, es el dialogo que se establece entre el tutor clínico y el alumno¹³⁹.

El dialogo entre el tutor y el alumno, según Schön²⁰⁵, debe tener tres características:

- a) Desarrollarse en el contexto en el que el alumno se esfuerza en aprender
- b) Utilizar acciones y palabras
- c) Dependere de la reflexión en las acciones reciprocas.

El TPCE reflexiona en la acción a la vez que comunica en cada una de sus acciones, comprueba el grado de conocimiento, las dificultades del estudiante y la eficacia de sus estrategias cognitivas. Se necesita una combinación entre lo que dice y lo que demuestra con un escuchar e imitar del estudiante. El tutor puede decir de varias formas: mediante una crítica tanto del proceso como de los resultados del alumno, enseñar a establecer prioridades, animar al estudiante a probar y reflexionar sobre cómo ha sido el proceso que ha llevado a cabo en su experimentación.

El dialogo del TPCE con él y la estudiante debe mantenerse durante todo el tiempo que está realizando la acción o en aquellos momentos que está pensando sobre nuevas alternativas.

Cuando los estudiantes se encuentran con dificultades que no les permiten avanzar, el TPCE debe hacer demostraciones sobre aquellos aspectos que ayudaran al alumno a salir del “bloqueo”; o plantear alternativas para que sea el propio alumno el que tome la decisión de elegir entre varias opciones.

El y la estudiante realizará de esta manera una construcción selectiva, ya que al observar el proceso, al integrar en su ejecución aspectos relevantes de la acción del TPCE, el y la estudiante debe observar y escuchar para reconstruir, en base a su propia experiencia, su propio resultado, lo que el alumno aprende de esta manera va a depender en gran medida de la calidad y del número de ocasiones que se ha propiciado la reflexión en la propia acción del cuidado.

En cada acción que produce un decir/escuchar y demostrar/imitar, se crean nuevos elementos de reflexión, cada pregunta, crítica o consejo abren nuevas posibilidades. A este proceso Schön¹³¹ lo denomina “escalera de reflexión”. Al subir esta escalera, los agentes transforman lo sucedido en el peldaño anterior, en un nuevo elemento de reflexión, esto sucederá tanto al elaborar conclusiones nuevas, como al general nuevas preguntas y dilemas.

El dialogo se transforma en un proceso dinámico y emancipador, ya que provoca en el estudiante una espiral que va más allá de conformarse con la explicación del tutor:

“Cuánto más entiende el alumno lo que su tutor quiere decir, más cuenta puede darse de que no quiere aprender lo que el quiere enseñarle. Y a la inversa, cuando un estudiante no entiende a causa de una aparente incapacidad o falta de motivación para aprender, su tutor debería considerar la posibilidad de que el “fallo” no sea atribuible a sus puntos flacos o a su tutorización inadecuada, si no a su rechazo a abandonar algo que ve como valioso”²⁰⁵

Es a través de la conversación reflexiva, como él y la estudiante van desarrollando y potenciando el pensamiento reflexivo. Para que esta estrategia alcance toda su potencia es imprescindible que el tutor guíe al estudiante a través de diálogos, preguntas y respuestas que permitan conocer el pensamiento del estudiante y poder clarificar las ideas que se consideren necesarias¹³⁹.

Otro aspecto de gran importancia, es tener en cuenta las características propias de cada alumno y adaptarse a cada una de sus fortalezas y debilidades.

El TPCE debe ayudar al estudiante en el desarrollo de la inteligencia emocional. El concepto de Inteligencia Emocional (IE) fue descrito por primera vez en por Mayer y Salovey²⁰⁶ en 1990, aunque la popularización de este concepto se debe a la obra de Daniel Goleman²⁰⁷. Dichos autores definen la IE como el resultado de una interacción adaptativa entre las emociones y la propia cognición, en la que se incluye la habilidad para percibir, asimilar, entender y manejar las emociones propias y las

de los demás. Este concepto ha sido considerado de gran interés en las denominadas profesiones de ayuda, como es el caso de la enfermería. Se considera que los profesionales tienen que tener habilidad para controlar sus propias emociones y detectar, interpretar y manejar correctamente las emociones de los demás, ya que éstas son un indicador de las necesidades del paciente y en el caso de la tutoría del alumno.

Al haber evidencia en diferentes estudios realizados sobre un déficit de autocontrol de las emociones de los alumnos de enfermería, así como la necesidad de adaptarse en un breve espacio de tiempo que no son frecuentes que los alumnos hayan vivido, por edad y experiencia vital (muerte, angustia, dolor, desesperanza). Los y las estudiantes con un bajo control emocional, perciben el entorno de la práctica clínica como algo más negativo y falta de apoyo en la tutorización²⁰⁸. Aquellos estudiantes que perciben mayor sensación de control e inteligencia emocional, ponen en práctica estrategias de afrontamiento eficaces en situaciones de estrés, esta sensación de autocontrol, influye en su bienestar subjetivo²⁰⁹. En este punto, es necesario insistir en que difícilmente podrá ayudar al alumno a desarrollar la inteligencia emocional, si el mismo no tiene un desarrollo adecuado y un conocimiento sobre las diferentes estrategias que debe llevar a cabo.

Este hecho está íntimamente ligado con la idea y similitud entre el acto de cuidar y el acto educativo, en ambos se requiere por parte de la enfermera un desarrollo de la inteligencia emocional.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Justificación del estudio

Responder a las nuevas demandas planteadas por un cambio pedagógico, implica abandonar un proceso de tutorización que tradicionalmente ha estado, y en algunos casos sigue estando, centrado en la experiencia profesional del propio TPCE y orientado a aquello que desde la experiencia como enfermeros y enfermeras, consideran que él y la estudiante debe aprender, a priorizar el proceso de aprendizaje clínico en las competencias que el alumno debe desarrollar durante el periodo de aprendizaje clínico

En la actualidad parece que nadie cuestiona la necesidad de diseñar, sistematizar y reglamentar, la organización de una práctica clínica orientada a aprender de forma reflexiva. Para ello es necesario diseñar líneas de desarrollo y formación sobre las nuevas metodologías docentes en torno a la tutoría, orientadas a favorecer en los alumnos y alumnas procesos de reflexión, autonomía y toma de decisiones en el ámbito del cuidado enfermero.

En función de todo lo expuesto definir las funciones y actividades que debe llevar a cabo el TPCE, así como el perfil de competencias necesario para tal fin, es una tarea imprescindible para garantizar la realización de unas prácticas orientadas al desarrollo de competencias profesionales de los alumnos de enfermería.

Es necesario elaborar una serie de herramientas, entre las que se encuentra tanto la definición de las actividades que éste debe realizar, como el perfil de competencias del tutor de prácticas clínicas. Para ello es necesario contar la opinión que, al respecto, tienen los actores principales que forman parte del proceso de aprendizaje clínico, como son: los propios TPCE, los alumnos y alumnas y los profesores y las profesoras universitarios.

La elaboración de un perfil acorde a las exigencias y necesidades del momento, ayudará a evitar o disminuir la brecha abierta entre la teoría y la práctica del cuidado, que como ha sido expuesto, tiene relación con una forma de pensamiento orientada a una productividad, donde la funcionalidad propia de la enfermera se encuentra sometida a una rígida jerarquía en la organización de las instituciones sanitarias.

Por tanto existe la necesidad de realizar estudios para identificar a aquellos enfermeros y enfermeras que mejor realicen las actividades requeridas dentro de la función docente, para ello es nece-

sario definir el perfil competencial del TPC, de manera que tengamos un criterio mediante el que podamos seleccionar y establecer planes de desarrollo que garanticen un proceso de tutorización, acorde con las demandas formativas, evitando la variabilidad en el desempeño²¹⁰.

Esto nos ha llevado a formular la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las actividades que deben formar parte, en el desempeño de la función docente, de los tutores y tutoras de prácticas clínicas de enfermería y que competencias debe poseer para garantizar dicho desempeño?

Para responder a esta pregunta se ha planteado el siguiente objetivo.

2.2. Objetivo del estudio

Objetivo general

Determinar las principales actividades y competencias que ha de tener un tutor y tutora de prácticas clínicas de Enfermería en centros asistenciales de la Comunidad de Madrid

Objetivos específicos

Objetivo 1. Describir las actividades que debe realizar el tutor de prácticas clínicas de Enfermería, desde la perspectiva de los tutores y tutoras de prácticas clínicas, alumnos y alumnas y profesores y profesoras universitarios en el Grado de Enfermería.

Objetivo 2. Identificar las competencias del tutor de prácticas clínicas de Enfermería, desde la perspectiva de los tutores y tutoras de prácticas clínicas, alumnos y alumnas y profesores y profesoras universitarios en el Grado de Enfermería.

Objetivo 3. Explorar el grado de consenso de un listado de actividades que debe realizar el tutor y tutora de prácticas clínicas de Enfermería.

Objetivo 4. Explorar el grado de consenso de un listado de competencias del perfil del tutor y tutora de prácticas clínicas de Enfermería.

3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

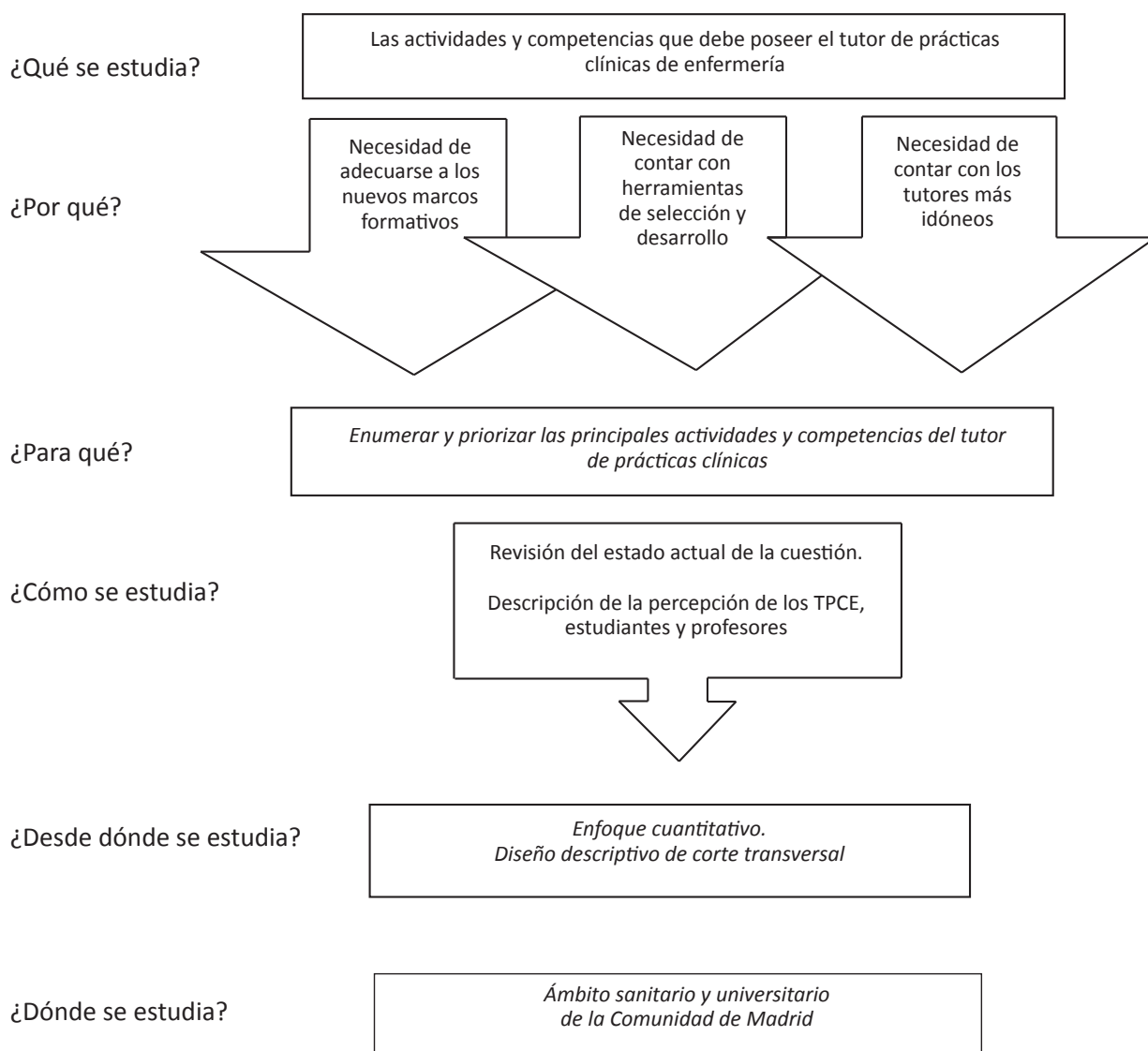


Figura 13. Diseño general del estudio

3.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, enmarcado en un enfoque cuantitativo.

Se trata por tanto de un diseño no experimental, ya que se pretende observar el fenómeno como ocurre de forma natural, sin ningún tipo de intervención en su naturaleza por parte del investigador. Se corresponde, además, con un diseño transversal, ya que los datos se han recogido en un corte en el tiempo, sin hacer un seguimiento del objeto de la investigación, a lo largo del tiempo.

La justificación sobre la elección de este tipo de estudio está en relación a que este diseño nos permitirá responder al objetivo planteado sobre la percepción de tres grupos diferentes de sujetos en relación a un mismo objeto de estudio (actividades y competencias de tutor y tutora de prácticas clínicas en la formación del grado de enfermería), para finalmente presentar una propuesta sobre las actividades y el perfil de competencias, en base al consenso y coincidencia de los tres grupos que participan en el estudio (Figura 13).

3. 2. Ámbito y población de estudio

3.2.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolla en la Comunidad de Madrid por agrupar una amplia muestra de la realidad de la formación práctico- clínica en esta disciplina que nos ocupa. Cuenta con numerosos centros docentes, así como diferentes centros de Educación Superior que imparten dicha titulación desde hace años.

Por tanto se han tenido en cuenta para este estudio el ámbito de la Sanidad Pública, en el que la mayoría de los enfermeros y enfermeras están involucrados en el aprendizaje clínico de los alumnos y alumnas de enfermería, y el ámbito de Educación Superior, que incluye tanto universidades públicas como privadas de la Comunidad de Madrid (CM).

- En cuanto a la red Sanitaria, pública, está compuesta por dos niveles de atención: nivel de Atención Primaria, cuenta con un total de 262 Centros de Salud, el nivel de Atención Especializada que está compuesto por 32 Hospitales y el Servicio de Urgencia (SUMA 112).

El número de enfermeros asistenciales que prestan sus servicios en dichos centros, según el Plan de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud²¹¹, es el siguiente:

Atención Especializada: 12.885 enfermeros asistenciales

Atención Primaria: 3175 enfermeros asistenciales

Servicio de Urgencia: 208 enfermeros

- Centros de Educación Superior: se tuvieron en cuenta las 4 universidades públicas de la CM (Universidad de Alcalá, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense y Universidad Rey Juan Carlos) y 6 universidades privadas (Universidad Alfonso X el Sabio, Universidad Europea de Madrid, Universidad Antonio Nebrija, Universidad Francisco de Vitoria, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad San Pablo CEU) en las que se podían realizar estudios de enfermería.

El número de profesores y profesoras a tiempo completo, titulados en enfermería, que imparten docencia en el Grado de Enfermería en las universidades que han participado en el estudio es de 77 profesores

El número de alumnos matriculados en la asignatura de “Gestión y legislación sanitaria” en el Grado de Enfermería, en la universidad Autónoma de Madrid, en los cursos del 2011 al 2015 y que fue de 513 alumnos

3.2.2. Población de estudio.

La población diana corresponde a tres grupos de sujetos diferentes, en función del rol desempeñado en la práctica clínica:

- Grupo 1: Enfermeros y enfermeras que desarrollan la función docente, como tutores de la práctica clínica, con alumnos de la titulación de enfermería, en cualquiera de los niveles asistenciales de la red de sanidad pública de la CAM,
- Grupo 2: Estudiantes de la Diplomatura y Grado en Enfermería de la CM
- Grupo 3: Profesoras y profesores universitarios del Grado de Enfermería pertenecientes a universidades públicas y privadas de la Comunidad de Madrid.

La población de estudio está compuesta por:

Grupo 1: enfermeras y enfermeros tutores de prácticas clínicas de alumnos de enfermería, asistentes a la acción formativa “Aprender a enseñar para enseñar a aprender” organizada por la ALE.

Grupo 2: alumnas y alumnos de la antigua Diplomatura de Enfermería y alumnos del Grado de Enfermería, que se encuentran cursando la asignatura de Gestión y Legislación Sanitaria en la Universidad Autónoma de Madrid.

Grupo 3: profesoras y profesores del Grado de Enfermería, que imparten docencia en Universidades públicas y privadas de la CM.

3.2.2.1. Criterios de inclusión

Grupo 1:

- a) Ser titulado en Enfermería
- b) Participar en la formación práctico- clínica de los estudiantes de la Diplomatura y/o Grado de Enfermería (Universidades públicas y privadas de la CM), en los diversos niveles asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicio de Urgencias, de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- c) Participar en la formación continuada de la Agencia Laín Entralgo para la formación de TPCE.

Grupo 2:

- a) Ser estudiante de la Diplomatura y/o Grado de Enfermería en la Universidad Autónoma de Madrid.
- b) Haber realizado un mínimo de tres periodos de prácticas clínicas: prácticas clínicas en Atención Especializada y Atención Primaria.
- c) Estar matriculado en la asignatura “Gestión y legislación sanitaria”. Lo que supone tener cierta formación sobre el tema de estudio y acceder al estudio tras haber cursado unos contenidos del currículum formativo relacionados con el motivo de estudio.

Grupo 3:

- a) Tener la titulación universitaria de Enfermería
- b) Ser profesor universitario en la titulación de Enfermería en cualquiera de las Universidades públicas o privadas de la Comunidad Autónoma de Madrid.

3.2.2.2. Criterios de exclusión

Grupo 1:

- a) Desempeñar la actividad profesional en Centros donde no realizan prácticas alumnos de enfermería.
- b) No realizar actividades docentes relacionadas con las prácticas clínicas, en el pregrado, de alumnos de enfermería.

Grupo3:

- a) Tener una vinculación de carácter fijo con el centro de Educación Superior

En cuanto a la captación de sujetos, se ha realizado en función de su accesibilidad. La primera parte de este estudio se realizó en el contexto de una intervención formativa denominada “Aprender a enseñar para enseñar a aprender” (ANEXO 1) dirigida a enfermeros asistenciales que desarrollan actividades de tutorización clínica. Dicha acción formó parte del programa de formación de tutores clínicos de la Comunidad de Madrid, organizado por la Agencia Pedro Laín Entralgo*.

La segunda parte, se desarrollo en el trascurso de la asignatura de Gestión y Legislación Sanitaria impartida, por la investigadora, en el tercer curso de la Diplomatura de Enfermería y del Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Cuyos contenidos (ANEXO 2) estaban relacionados con la temática del estudio.

En cuanto a la tercera y última parte de este estudio, se invitó a participar a todos los profesores y profesoras con una vinculación de carácter fijo, enfermeras, del Grado de Enfermería de las universidades públicas y privadas de la CAM, mediante un correo que se enviaba o bien a una profesora o profesor que la investigadora conocía previamente o a la secretaria del Centro. A través

*La Agencia “Pedro Laín Entralgo”, de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, se constituyó como una entidad de derecho público en el año 2001 desarrollando su actividad hasta el año 2013. Se dedicó fundamentalmente a la formación continuada de los profesionales de las Ciencias de la Salud y otro personal sanitario. Estuvo adscrita a la Consejería de Sanidad y se configuro como entidad de Derecho Público con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines a tenor de lo dispuesto en los artículos 115.1 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre. Durante este tiempo fue el organismo encargado de desarrollar una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión, evaluación y acreditación de todas las actividades de formación e investigación en Ciencias de la Salud. Para ello impulso acciones encaminadas a la mejora y adecuación de la formación de los profesionales sanitarios, la investigación científica, actuó como órgano de acreditación sanitaria y colaboró en la elaboración de guías de prácticas clínicas, entre otras atribuciones.

En el año 2012, dentro del paquete de enmiendas al articulado del Proyecto de Ley 3/12 RGEP 5013, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012 y de medidas urgentes de racionalización del gasto público. Se incluye una enmienda (nº 20) en la que se añade una disposición adicional (tercera) al Proyecto de Ley con el título “Extinción de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, “Pedro Laín Entralgo”. Desde el año 2013 hasta la actualidad, las funciones de la Agencia Laín Entralgo, pasan a una Dirección General de la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria. Cambiando la forma jurídica de cómo se aborda la formación y la investigación y permaneciendo en la actualidad.

del correo electrónico, se enviaba el cuestionario, los objetivos y finalidad del estudio junto con un documento en el que se pone de manifiesto que se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los participantes (igual que en el resto de los grupos).

3.2.2.3. Selección de los participantes:

La selección de los participantes se ha realizado mediante un muestreo intencional.

En el Grupo 1, fueron seleccionados todos los enfermeros que asistieron a la acción formativa “aprender a enseñar para enseñar a aprender” organizada por la ALE, entre el año 2009 al año 2012. Esto permitió garantizar la variabilidad y factibilidad adecuada para el estudio.

Los alumnos al curso, accedían mediante un proceso de selección en el que debían cumplir dos requisitos: estar en activo en un entorno asistencial y tener vinculación con la función docente. Los participantes accedían a esta acción formativa a través de la oferta de Formación Continuada para todos los profesionales enfermeros de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al Grupo 2, han participado en el estudio los alumnos de enfermería que cursaron la asignatura de Gestión y Legislación Sanitaria en los cursos del 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015, supone una recogida de datos durante 4 cursos académicos. El hecho de ser estudiantes de la UAM, se debe a su accesibilidad y a la consideración de que las características de los sujetos que han participado en el estudio es similar a la del resto de estudiantes del Grado de Enfermería en la CM.

En el Grupo 3 se encuentran todos los profesores de enfermería que cumplen los criterios de inclusión en el curso 2014-15.

3.3. Variables de estudio.

- 1) Variables Socio-demográficas: edad y sexo
- 2) Variables laborales:

Grupo 1: años de experiencia laboral, años de experiencia docente, nivel en el que desempeña su puesto de trabajo (Atención Primaria, Atención Especializada y Servicio de Urgencia)

Grupo 2: años de experiencia en la docencia universitaria, tipo de universidad (pública o privada), categoría académica.

- 3) Variables relacionadas con el estudio:

Actividades: todas aquellas acciones que debe realizar el tutor de práctica clínica relacionadas con la formación práctico-clínica de los alumnos de enfermería

Competencias: cualidades, características, rasgos, atributos, que debe poseer el tutor de prácticas clínicas, correspondiente a la función docente

En la (Tabla 21) se presenta la descripción y codificación de las variables del estudio.

Tabla 21. Descripción y codificación de las variables de estudio.

VARIABLE	CARACTERÍSTICAS
Sexo	Hombres Mujer
Edad	Años
Experiencia laboral	Años de actividad asistencial
Experiencia docente	Años de actividad docente con alumnos de Enfermería
Nivel de Atención	A.E A.P S. Urgencias
Tipo de universidad	Pública Privada
Actividades del T.P.C	Todas aquellas acciones realizadas en relación a la formación práctico-clínica del alumno de enfermería
Competencias del T.P.C	Cualidades, características, rasgos, atributos, que debe poseer el tutor de prácticas clínicas correspondientes a la función docente
Grupo	Tutores, alumnos o profesores

3.4. Procedimiento e instrumentos para la recogida de datos

3.4.1. Instrumentos y técnicas

El enfoque metodológico para abordar un perfil de competencias debe ser capaz de seleccionar las más importantes²¹², siendo las técnicas de consenso las más utilizadas para tal fin, siendo el panel de expertos una de las técnicas utilizada frecuentemente en la elaboración de perfiles de competencias. En esta técnica deben participar individuos que sean conocedores del fenómeno que se quiere explorar en un contexto específico.

Otro de los instrumentos utilizado en este trabajo fue un cuestionario elaborado ad hoc para el desarrollo de objetivos específicos en uno de los grupos de población, que será desarrollado posteriormente.

3.4.1.1. Panel de expertos.

Como ya se ha planteado para este estudio se ha utilizado la técnica de consenso denominada Panel de expertos, debido a su relativa facilidad y su alto valor para la obtención de datos.²¹³ El Panel de expertos fue la técnica utilizada, por primera vez en la elaboración de perfiles de competencias, por la Consultora Hay Group⁵⁶ que la define como: una reunión a modo de *brainstorming* en que las personas que conocen un determinado puesto de trabajo, llegan a un consenso acerca de las características personales que los ocupantes de ese puesto deben tener para llevar a cabo de forma óptima las actividades de dicho puesto. El Panel de expertos²¹⁴ también es denominado por algunos autores como "grupo nominal"²¹⁵, técnica de consenso desarrollada en 1968 y cuyo término hace referencia a que los miembros del grupo conocen el nombre de los participantes, a diferencia de otras técnicas similares como la técnica Delphi (donde los participantes son anónimos).

En la realización del Panel de expertos las personas del grupo se reúnen, aunque en un principio se realiza un trabajo individual y es el coordinador del grupo, una persona con autoridad reconocida sobre el tema, el que va gestionando tanto los subgrupos como el grupo completo. En la primera parte del proceso cada participante escribe de forma individual las ideas que le surjan en función de

la pregunta planteada por el coordinador del grupo; posteriormente hay una exposición de todas las ideas planteadas, una discusión sobre las mismas y una votación individual y anónima por los miembros del grupo, según una escala cuantitativa previamente establecida. Tras la obtención de los resultados estadísticos de las puntuaciones dadas a las preguntas del cuestionario, se someten a posterior discusión los puntos más conflictivos. Para finalizar se vuelven a puntuar las propuestas, definiéndose como consensadas por el panel las más votadas²¹⁶.

El Panel de expertos por tanto, es entendido en este estudio, como una técnica que trabaja a partir de varios grupos nominales y tiene como objetivo la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos que se reúnen durante un espacio de tiempo limitado, con el propósito de debatir sobre un tema propuesto por el investigador²¹⁷.

Algunos autores distinguen esta técnica de consenso en relación a otros procesos grupales, en base a una serie de características²¹⁸:

- a) constituye una técnica de recogida de datos de naturaleza cualitativa
- b) reúne a un número limitado de personas desconocidas entre sí y con características homogéneas en relación al tema que se va a estudiar
- c) se mantiene una discusión guiada en un clima permisivo, no directivo.
- d) se ha de llegar a consensos

Esta técnica se apoya en los siguientes supuestos:

- a) Los sujetos poseen información relativa al tema de estudio
- b) Son capaces de traducir y formular en palabras sus pensamientos, sentimientos y comportamientos,
- c) Necesitan del investigador y del contexto grupal para que esa información aflore.

Las ventajas que tiene esta técnica se reflejan en el tipo de datos que proporciona y en su bajo coste:

- 1) Producen un tipo de información que sería difícil obtener por otros medios, ya que se da en situaciones naturales en las que hace posible la espontaneidad y en las que, gracias a un clima de confianza, flexible y abierto, se manifiestan opiniones, emociones, aspiraciones y anhelos personales que en situaciones experimentales con una estructura rígida no serían expresadas.
- 2) Es importante tener en cuenta que, uno de los problemas que nos encontramos en la investigación educativa es conseguir una información que no esté enmascarada por las reticencias del informador, así como el hecho de que en algunas situaciones los sujetos, a veces, no han madurado suficientemente sus opiniones o no han formado actitudes sólidas ante determinados temas. La presentación y discusión de diferentes puntos de vista entre los sujetos de un Panel de experto, permitirá a éstos verbalizar y definir sus posturas o evolucionar en sus planteamientos, ya que las opiniones lejos de formarse aisladamente se generan en interacción con otros sujetos.
- 3) Bajo coste en relación al volumen de datos obtenidos²¹⁹.

Por todo ello se perfila como una de las herramientas idóneas para responder a los objetivos de este trabajo.

3.4.1.2. Cuestionario de preguntas abiertas

La justificación, en cuanto a la elección de un cuestionario, está en relación a los objetivos del estudio y con la consideración de McMillan y Schumacher²²⁰ de ser un documento en el que el sujeto responde a una serie de cuestiones escritas que ponen de manifiesto, opiniones, creencias y actitudes en relación al fenómeno de estudio. La elección de este instrumento también estuvo relacionada con una adecuación a la población de estudio.

Al no encontrar un cuestionario validado, se elaboró un cuestionario *ad hoc* por considerarlo el mejor instrumento para recoger la información en el caso del colectivo de profesores. Éste nos ha permitido responder a la pregunta de investigación sobre las actividades y competencias del TPCE en un grupo de acceso más difícil para trabajar en grupo.

El cuestionario se diseñó a partir de una revisión teórica de la literatura existente que permitía garantizar una adecuación y la consolidación de unos criterios de calidad a partir de las fases propuestas por diferentes autores²²⁰⁻²²².

En la estructura para la elaboración del cuestionario se ha tenido en cuenta:

- Determinar los objetivos del cuestionario
- Delimitación de las variables de estudio, de manera que las preguntas responden a la necesidad de conocer la opinión de los sujetos sobre las actividades y las competencias, que consideran son las, más importantes del tutor de prácticas clínicas.
- Establecer los principales criterios en cuanto a la redacción de las preguntas: claras, concisas y concretas. Con el objeto de centrar la respuesta de los participantes y alcanzar la mayor veracidad posible²²³.
- Elaboración de un cuestionario previo
- Realización de un pilotaje: cuestionario previo que se paso a 5 profesoras para validar comprensión, contenido y tiempo de resolución y además debía responder al propósito inicial de claridad, concreción y concisión.
- Elaboración del cuestionario final con los cambios incorporados tras el pilotaje.
- Las respuestas obtenidas serán codificadas según las mismas categorías establecidas en los paneles de experto.

El resultado fue un cuestionario final que se divide en dos partes: un bloque de datos generales y un apartado de preguntas abiertas relacionadas con los objetivos del trabajo (ANEXO 3).

3.4.2. Procedimiento para la recogida de información.

Los datos se han recopilado en tres fases o momentos diferentes, como se puede ver en la (Figura 14), en las que han participado cada uno de los tres grupos descritos en el apartado de población y abarcando un marco temporal que va de enero de 2009 a octubre de 2015.

TEMPORALIZACIÓN							
FASE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Grupo 1 TPCE						
2			Grupo 2 Estudiantes				
3						Grupo 3 Profesores	

Figura 14. Temporalización de la recogida de datos.

El hecho de recoger la información, de forma específica, en cada uno de los grupos de enfermeros y alumnos mediante paneles de experto, se debe a varios motivos:

- 1) El primero está en relación con el hecho de que sentirse entre pares, que hace que los participantes se sientan cómodos en el grupo, creando un ambiente de libertad para discutir abiertamente y expresar pensamientos, y comportamientos así como ideas, incluso aquellas que pueden ser socialmente impopulares o provocadoras.
- 2) Si bien es cierto que la heterogeneidad podría aumentar el repertorio de experiencias, percepciones u opiniones, se correría el riesgo de la generación de conflictos entre miembros del grupo, lo que repercutiría en una menor productividad y diversidad de la información²¹⁹.

3.4.2.1. Captación y recogida de datos por grupos

1. Grupo 1. En esta primera fase que engloba un periodo que se extiende desde el año 2009 hasta el 2012 y en el que, como ya se ha señalado, participaron enfermeras y enfermeros con implicación en la función docente que realizaron la acción formativa, organizada por la ALE, “El tutor de pregrado de enfermería: aprender a enseñar para enseñar a aprender”, cuyo programa se presenta en el (ANEXO 1). En dicho curso, cuyo número de asistentes oscilaba entre 25-30 personas, uno de los módulos del programa estuvo orientado al conocimiento del enfoque de gestión por competencias aplicado al ámbito laboral y al educativo, cuyo contenido del módulo, se detalla en el (ANEXO 4). Como parte de la metodología didáctica utilizada en el módulo de Competencias, se realizó un ejercicio práctico que consistía en identificar las principales actividades y competencias del tutor de prácticas clínicas, mediante la técnica de consenso “panel de experto”.

La realización del ejercicio práctico, para la elaboración de los “paneles de experto” se ha desarrollado, en todos los cursos, de la siguiente manera:

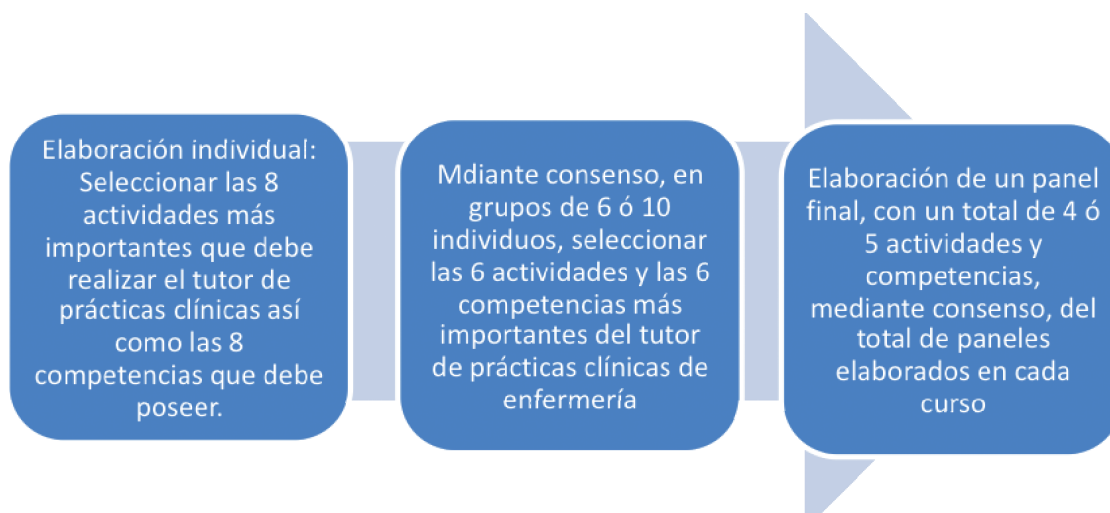
- a) La práctica siempre se ha realizado después de haber revisado los contenidos teóricos sobre el “enfoque de competencias”.
- b) La actividad ha sido realizada siempre por la misma persona, la autora de esta tesis.
- c) Se inicia la actividad informando a los participantes del propósito de la práctica, de su carácter voluntario así como de la garantía de confidencialidad de los datos obtenidos en su futura difusión.
- d) En cuanto a su ejecución: en primer lugar cada participante debe cumplimentar, individualmente, la hoja de registro individual (ANEXO 5), en el que se reflejara un máximo de las 8 actividades o tareas más importantes que, a su juicio, debe desempeñar un tutor de prácticas clínicas. Así como las 8 competencias que debe poseer para poder desempeñar dichas actividades. Dispone de un tiempo máximo de 15 minutos para la realización de esta actividad.
- e) Una vez finalizado el ejercicio individual se forman grupos compuestos entre 6 y 8 personas elegidas de forma aleatoria. En esta segunda parte del ejercicio, cada grupo debe seleccionar mediante una exposición exhaustiva de todas las ideas generadas, una discusión de las mismas y por consenso, una lista con 6 actividades y las 6 competencias (ANEXO 6), seleccionadas del total de las aportaciones de cada miembro del grupo. Para ello disponen de un tiempo máximo de 45 minutos.
- f) Una vez elaborada esta lista por cada grupo, la última fase del ejercicio consiste en se-

leccionar las 4 ó 5 actividades y 4 ó 5 competencias que han tenido un mayor grado de acuerdo o consenso entre todos los asistentes al curso. De manera que al finalizar cada curso se había confeccionado un sólo “panel” con las actividades y competencias, que debería poseer el tutor de prácticas clínicas.

- g) Del total de los “paneles” elaborados en cada uno de los cursos, se ha definido un único “panel” con los resultados de las actividades y competencias que deberían conformar el perfil del “tutor de prácticas clínicas en enfermería”.

2. Grupo 2. Esta segunda fase se inició en el curso ²⁰¹¹⁻¹² y ha finalizado en el curso ²⁰¹⁴⁻¹⁵. Los participantes han sido alumnos matriculados en la asignatura de Gestión y Legislación Sanitaria de tercer curso de la Diplomatura y del Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. La realización de los paneles de experto se han llevado a cabo en el contexto de la asignatura de Gestión y Legislación Sanitaria, en sesión obligatoria, después de haber expuesto el tema: “gestión por competencias”, incluido en el programa de la asignatura (ANEXO 2), los alumnos han realizado un ejercicio práctico que consistía en identificar las actividades y las competencias más importantes, que a su juicio y teniendo en cuenta su experiencia en la realización de las prácticas clínicas, debe poseer el tutor de prácticas clínicas. La metodología utilizada ha seguido los mismos pasos que se han detallado en la fase 1. Excepto el número de sujetos por grupo, que se aumenta a 8 ó 10, debido a que el número de alumnos por curso, duplicaba o triplicaba el número de asistentes a la acción formativa de los tutores de prácticas clínicas de enfermería.

Es importante señalar este dato ya que como indica Gil Flores²¹⁷ el número de canales de comunicación en cada grupo aumenta según el número de miembros, siendo en un grupo de n sujetos de $n(n-1)/2$ relaciones. Por ejemplo con 10 miembros, existen 45 posibles canales, cantidad más allá de la cual parece aumentar excesivamente la dificultad para mantener una discusión sin que la dinámica grupal tienda a multiplicar la conversación entre subgrupos formados por los participantes más próximos en el espacio. Teniendo esto en cuenta, no se han formado grupos de más de 10 sujetos, ya que el excesivo tamaño no sólo dificultaría la participación de cada individuo en la discusión, sino también el control de los grupos por parte del moderador. Por otra parte, grupos más



pequeños de 6 miembros corren el riesgo de ver ahogada la interacción y no producir un diálogo suficientemente activo.

Figura 15: Procedimiento seguido en la elaboración del “Panel de expertos” en el grupo 1 y grupo 2.

3. Grupo 3. En esta fase, se ha recogido la información de los profesores universitarios del Grado de Enfermería. Como ya se ha desarrollado anteriormente, la herramienta en este caso se

trató de un cuestionario de preguntas abiertas (ANEXO 3), que fue previamente pilotado con un grupo de 5 profesores (enfermeros del Grado de enfermería de la UAM), antes de proceder a su distribución entre los profesores de diferentes centros donde se desarrolla el Grado de Enfermería, tanto en universidades públicas como privadas.

Para evitar una reacción de desconfianza o rechazo por parte de las personas que deberían responder al cuestionario y así obtener su colaboración. Para ello se eligió en la captación a porteros que eran de la confianza del equipo investigador y se han seguido las recomendaciones de algunos autores²²¹ como el hecho de no recoger datos que pudieran facilitar la identificación de los sujetos a través de la asignatura impartida en sus respectivos centros.

El procedimiento específico de captación que se siguió en este grupo fue el siguiente: se contactó con una persona de referencia de cada una de las universidades públicas o privadas, de la Comunidad de Madrid que además tuviera la titulación de Enfermería, mediante correo electrónico o bien mediante comunicación telefónica. Se siguió los pasos ya mencionados anteriormente.

Se comenzó con un protocolo de presentación (ANEXO 7), elaborado a tal fin en el caso de que el contacto se realizara vía telefónica se seguían los puntos referenciados en el protocolo de presentación: presentación del encuestador, justificación de su realización, motivos de la encuesta, organismo en el que se realiza la investigación, garantía del anonimato y confidencialidad de la información recogida, agradecimiento por su colaboración. Esto era necesario para evitar cualquier variabilidad en la información presentada. Si el contacto se realizaba vía correo electrónico, se adjuntaba el cuestionario (ANEXO 3) y una carta de presentación que incluye todos los puntos del protocolo de presentación (ANEXO 8).

En la (Tabla 22), se puede ver la relación entre los diferentes objetivos y los métodos que se han llevado a cabo para su consecución.

GRUPO	METODO	RESULTADO
<i>Grupo 1: Enfermeros que desempeñan el papel de tutor clínico</i>	Técnica de consenso mediante "panel de experto" de las actividades y competencias más relevantes del tutor de prácticas clínicas de enfermería	Listado de las 5 actividades y 5 competencias más importantes, seleccionadas mediante consenso de todos los participantes de cada curso
<i>Grupo 2: Estudiantes de 3º curso en la Diplomatura y Grado de enfermería</i>	Técnica de consenso mediante "panel de experto" de las actividades y competencias más relevantes del tutor de prácticas clínicas de enfermería	Listado de las 5 actividades y 5 competencias más importantes, seleccionadas mediante consenso de todos los participantes de cada curso
<i>Grupo 3: Profesores universitarios en el Grado de Enfermería</i>	Cumplimentación del cuestionario	Listado de las 5 actividades y 5 competencias más importantes, seleccionadas mediante frecuencias absolutas y relativas del total de respuestas.

Tabla 22. Relación entre grupos, objetivos, métodos y resultados

3.5. Aspectos éticos

La participación de los sujetos, en este estudio ha sido voluntaria, manifestando su consentimiento en la participación del mismo a través de los paneles de expertos o en la cumplimentación del

cuestionario propuesto, este fue acompañado del consentimiento informado.

Previo a la recogida de datos se informó del proyecto y se solicitó permiso, para la recolección de los mismos a la responsable del proyecto de formación de tutores clínicos de Enfermería de la Agencia Pedro Lain Entralgo.

Todos los participantes han sido informados de los motivos y el objetivo de su elaboración, previamente, tanto a la realización del “panel de experto” como a la cumplimentación del cuestionario, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Los resultados del análisis de la información obtenida en los tres grupos, se presentarán en dos apartados: en el primero se expondrán los resultados y la descripción de cada uno de los grupos (Tabla 23), en el segundo el análisis global de los tres grupos y finalmente un listado obtenido mediante el cálculo del promedio ponderado de casos y grupos en relación a las actividades y competencias del TPC.

Tabla 23. Descripción de los grupos de estudio.

GRUPO	SUJETOS (n)	EDAD (Med. años)	SEXO	PANELES/CUEST
TPCE (G.1)	510	38,39	M: 444 H: 66	17 PANELES
ALUMNOS (G.2)	329	22,87	M: 284 H: 45	7 PANELES
PROFESORES (G.3)	40	48,71	M: 32 H: 8	40 CUESTIONARIOS
	N = 879			

4.1. Análisis descriptivo por grupos

4.1.1. Resultados del Grupo 1. TPCE

Se han realizado 17 paneles de expertos (ANEXO 9), en los que participaron un total de 510 TPCE, para identificar las actividades y seleccionar las competencias que debe poseer el tutor.

La población ha estado mayoritariamente compuesta por mujeres 444 (87.05%) con una edad media de 38,39 años (DS: 9,58), la experiencia dentro de la organización es de 15,88 años de media (DS: 9,68) y como tutor clínico de 9,64 años (DS: 9,24).

En cuanto a la distribución del puesto de trabajo, la mayoría lo desempeñan en Atención Especializada (74,3%), Atención Primaria (24,9%) y Servicios de Urgencias Extra-hospitalarias (0,78%).

En la (Tabla 24), se presentan el número de paneles (frecuencias absolutas) en los que se ha elegido cada una de las actividades. Se han seleccionado un total de 12 actividades que forman parte de la función docente que los TPC deben desempeñar.

Tabla 24. Listado de las actividades del TPCE según los resultados obtenidos en los paneles de expertos realizados por los tutores

ACTIVIDADES	Frecuencia absoluta (Nº de Paneles)	Frecuencia relativa (%)
<i>Acogida, valoración y ubicación del alumno en la Unidad de Enfermería</i>	17	100
<i>Evaluación continua con acciones de mejora</i>	17	100
<i>Impartir formación en conocimientos y habilidades</i>	12	70,6
<i>Dirigir aprendizaje, guiar y promover autonomía del alumno</i>	9	53
<i>Motivar y estimular al alumno</i>	9	53
<i>Planificar aprendizaje</i>	4	23,5
<i>Definir objetivos y criterios de evaluación (enseñar con objetivos de aprendizaje)</i>	4	23,5
<i>Coordinación con la Universidad y profesionales del equipo</i>	1	5,88
<i>Fomentar relaciones interpersonales</i>	1	5,88
<i>Seguimiento del alumno</i>	1	5,88
<i>Fomentar la reflexión después de la acción</i>	1	5,88
<i>Conocer al alumno (evaluar conocimientos previos)</i>	1	5,88

De los datos obtenidos cabe destacar:

- 1) La unanimidad, entre todos los grupos, en relación a las actividades de acogida y ubicación del alumno en la Unidad de realización de las prácticas clínicas, así como en la realización de una evaluación continua del aprendizaje del alumno.
- 2) Existe un consenso alto en incluir en la formación clínica del alumno, conocimientos teóricos y no sólo adiestramiento en habilidades para la ejecución de técnicas y procedimientos.
- 3) Se da un consenso medio alto en la realización de actividades que promuevan la autonomía del alumno que le estimulen y le motiven.
- 4) Tanto la planificación como la definición de objetivos y criterios de evaluación han alcanzado un consenso medio bajo.
- 5) Con el menor consenso, se agrupan un conjunto de actividades como: coordinación con los profesores de la Universidad y otros miembros del equipo (médicos, psicólogos, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos), fomentar relaciones interpersonales, revisión de los objetivos previstos, conocer al alumno y fomentar la reflexión después de la acción.

En relación al consenso alcanzado sobre las competencias del tutor de prácticas clínicas, cuyos resultados se presentan en la (Tabla 25).

En la descripción que se hace de los resultados en el grupo de tutores en cuanto a las competencias vemos que:

- 1) El conocimiento disciplinar actualizado es la única competencia que alcanza un consenso general entre todos los grupos
- 2) La competencia de trabajo en equipo, es la segunda competencia seleccionada con un consenso alto.
- 3) Las habilidades de comunicación y autocontrol, han alcanzado un consenso medio alto.
- 4) La capacidad pedagógica, expresada también como habilidad docente, también alcanza un consenso medio alto

Tabla 25. Listado de competencias del TPC según los resultados obtenidos en los paneles de experto realizados por los TPC.

COMPETENCIAS	Frecuencia absoluta (Nº de Paneles)	Frecuencia relativa (%)
<i>Conocimiento disciplinar actualizado</i>	17	100
<i>Trabajo en equipo</i>	11	64,7
<i>Habilidades de comunicación</i>	10	58,8
<i>Autocontrol</i>	10	58,8
<i>Capacidad pedagógica, habilidades docentes</i>	9	53
<i>Habilidades de relación interpersonales (sociales)</i>	5	29,4
<i>Capacidad organizativa</i>	3	17,6
<i>Motivación (profesional, personal y docente)</i>	3	17,6
<i>Flexibilidad</i>	3	17,6
<i>Ser objetivo</i>	2	6
<i>Pensamiento crítico (capacidad autocrítica, capacidad de observación y evaluación crítica)</i>	5	29,4
<i>Resolución de problemas</i>	2	6
<i>Liderazgo</i>	2	6
<i>Toma de decisiones</i>	1	5,8
<i>Capacidad de gestionar</i>	1	5,8
<i>Capacidad de aprender a aprender</i>	1	5,8
<i>Transmitir cuidado integral del paciente /humanización (integridad)</i>	1	5,8
<i>Asertividad</i>	1	5,8
<i>Valorar la profesión enfermera (conducta ética)</i>	1	5,8
<i>Autoridad</i>	1	5,8

- 5) Siguen las habilidades interpersonales con un consenso medio bajo.
- 6) Las competencias de habilidades sociales y pensamiento crítico han alcanzado un consenso medio bajo.
- 7) Con un consenso bajo, se agrupan las competencias de: Capacidad organizativa, motivación (relacionada con aspectos, profesionales, docentes y personales) y flexibilidad.
- 8) Han alcanzado un consenso muy bajo, competencias como: ser objetivo, resolución de problemas, liderazgo, capacidad de observación y evaluación crítica.
- 9) El menor consenso se ha dado en las siguientes competencias: toma de decisiones, capacidad de gestionar, capacidad de aprender a aprender, asertividad, transmitir cuidado integral al paciente –humanización- valorar la profesión enfermera y autoridad.

4.1.2. Resultados Grupo 2. Alumnos

Se realizaron 7 paneles de expertos (ANEXO 10) en los que participaron un total de 329 alumnos. En el momento de la recogida de datos se encontraban cursando 3º de la Diplomatura de Enfermería o bien 3º del Grado de Enfermería en la universidad Autónoma de Madrid.

La población se distribuye de la siguiente manera: 284 mujeres suponiendo el 86.3%, 45 hombres que sería el 13,7%. El grupo contaba con una edad media de 22,87 años (DS: 3,92),

En la (Tabla 26), se presenta el listado de actividades seleccionadas por los alumnos de Enfermería.

Tabla 26. Listado de actividades del TPC seleccionadas por los alumnos de Enfermería

ACTIVIDAD	Frecuencia absoluta (Nº de Paneles)	Frecuencia relativa (%)
<i>Evaluación continua</i>	7	100
<i>Acogida</i>	5	71,40
<i>Enseñar desde la evidencia</i>	5	71,40
<i>Seguimiento del alumno</i>	3	42,80
<i>Enseñar con objetivos de aprendizaje</i>	2	28,6
<i>Fomentar autonomía</i>	2	28,6
<i>Motivar, estimular al alumno</i>	2	28,6
<i>Integración del alumno</i>	2	28,6
<i>Orientar, acompañar, guiar al alumno</i>	1	14,28
<i>Enseñar al alumno a trabajar en equipo</i>	1	14,28
<i>Trabajar con evidencia</i>	1	14,28
<i>Planificar el aprendizaje</i>	1	14,28
<i>Ser el nexo de unión miembros del equipo</i>	1	14,28

En los resultados obtenidos en el grupo de estudiantes podemos observar que:

- 1) La única actividad que ha sido elegida por unanimidad en todos los grupos ha sido la evaluación continua.
- 2) La acogida en la Unidad de Enfermería por parte del TPC, ha sido la segunda actividad elegida con un consenso medio alto.
- 3) Enseñar desde la evidencia, alcanza un consenso medio.
- 4) En cuarto lugar con un menor consenso, han sido seleccionadas un conjunto de actividades: Conocer los objetivos de aprendizaje del alumno, fomentar su autonomía e integrar al alumno en el equipo de enfermería.
- 5) Las actividades de motivar o estimular al alumno y realizar un seguimiento del mismo, han obtenido un consenso bajo.
- 6) Por último con el menor consenso, se encuentran las actividades de orientación y acompañamiento del alumno, enseñar al alumno a trabajar en equipo, trabajar desde la evidencia y planificar el aprendizaje del alumno.

Las competencias seleccionadas, según el porcentaje de consenso se presentan en la (Tabla 27).

Como se puede observar, en los resultados obtenidos:

- 1) No se ha dado un consenso absoluto para ninguna de las competencias seleccionadas
- 2) Con un consenso medio-alto están las competencias: conocimiento disciplinar actualizado y empatía
- 3) Las competencias: Responsabilidad, capacidad docente, objetividad y orientación al logro han obtenido un consenso medio.
- 4) Con un consenso medio-bajo, están las competencias de comunicación, comprensión, flexibilidad y autocontrol

Tabla 27. Listado de competencias del TPC seleccionadas por los alumnos de Enfermería

COMPETENCIA	Frecuencia absoluta (Nº de Paneles)	Frecuencia relativa (%)
<i>Empatía</i>	5	71,40
<i>Conocimiento disciplinar actualizado</i>	5	71,40
<i>Responsabilidad</i>	3	42,80
<i>Capacidad docente</i>	3	42,80
<i>Ser objetivo</i>	3	42,80
<i>Orientación al logro</i>	3	42,80
<i>Comunicación</i>	2	28,6
<i>Comprensión</i>	2	28,6
<i>Flexibilidad</i>	2	28,6
<i>Autocontrol</i>	2	28,6
<i>Exigente</i>	1	14,30
<i>Respetuoso</i>	1	14,30
<i>Asertivo</i>	1	14,30
<i>Iniciativa</i>	1	14,30

5) Y en último lugar, con un consenso bajo las competencias de respeto hacia los demás y asertividad.

4.1.3. Resultados del Grupo 3. Profesores

En este grupo se recogieron los datos procedentes de los profesores universitarios, de la Comunidad de Madrid.

El número de profesores que respondieron a la encuesta fue de 40. La edad media del grupo ha sido de 48,71 (D.S: 8,08) años, el sexo se ha distribuido en un 80% mujeres y un 20% de hombres, de los cuales el 65% pertenecían a Universidades Públicas y un 35% a Universidades Privadas; la media en cuanto a la experiencia docente es de 12,47 años de media con (D.S: 7,02); la distribución por categoría docente es la siguiente: Profesor colaborador (35%), Profesor titular (17%), Colaborador docente (22,5%) y otros (27,5%).

En relación a las actividades seleccionadas, presentadas en la (Tabla 28).

Se observa que:

- 1) El listado de actividades seleccionadas es mayor que en los grupos de TPCE y de alumnos. Esto se explicaría por el hecho de que al haber recogido la información mediante un cuestionario y no utilizar una técnica de consenso la dispersión de las respuestas es mayor.
- 2) La evaluación continua al alumno ha sido la elegida por algo más de la mitad de los profesores, seguida de enseñar con evidencia y realizar un seguimiento del alumno
- 3) Acoger al alumno en la Unidad, orientarle, enseñar con objetivos de aprendizaje, trabajar con evidencia en la práctica clínica, así como planificar su aprendizaje, establecer una coordinación con el equipo de Enfermería así como supervisar su aprendizaje e integrar al alumno con el equipo de Enfermería, son actividades que han sido elegidas por un tercio de los encuestados

Tabla 28 Listado de actividades del TPC seleccionadas por los profesores del Grado de Enfermería

ACTIVIDAD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<i>Evaluación continua</i>	25	62,5
<i>Realizar seguimiento del alumno</i>	22	55
<i>Acogida del alumno</i>	19	47,5
<i>Orientar, guiar, acompañar al alumno</i>	14	40
<i>Planificar aprendizaje del alumno</i>	15	37,5
<i>Coordinar con el equipo de la Unidad de enfermería</i>	15	37,5
<i>Supervisar aprendizaje del alumno</i>	12	30
<i>Enseñar con objetivos de aprendizaje del alumno</i>	12	30
<i>Integrar al alumno en la actividad del equipo de enfermería</i>	9	22,5
<i>Trabajar con evidencia</i>	10	25
<i>Fomentar la reflexión-acción en el alumno</i>	7	17,5
<i>Evaluar los conocimientos previos y necesidades del alumno</i>	7	17,5
<i>Fomentar el pensamiento y el espíritu crítico del alumno</i>	6	15
<i>Evaluar competencias adquiridas en el alumno</i>	6	15
<i>Desarrollar habilidades interpersonales en el alumno</i>	5	12,5
<i>Relacionar la práctica con el conocimiento teórico adquirido en el aula</i>	4	10
<i>Facilitar el rol del alumno</i>	4	10
<i>Valorar necesidades del alumno</i>	3	7,5
<i>Mantener relación de confianza con el alumno</i>	3	7,5
<i>Actuar como modelo para el alumno</i>	3	7,5
<i>Educar en valores teniendo en cuenta la ética profesional</i>	2	5
<i>Implicar al alumno en su aprendizaje</i>	2	5
<i>Enseñar protocolos de la Unidad</i>	2	5
<i>Motivar al alumno</i>	3	7,5
<i>Trabajar en equipo</i>	1	2,5
<i>Mediar y resolver conflictos</i>	1	2,5
<i>Aconsejar</i>	1	2,5
<i>Velar por la seguridad del alumno</i>	1	2,5
<i>Fomentar la autonomía del alumno</i>	1	2,5
<i>Informar de los incidentes de la práctica clínica al profesor de la asignatura</i>	1	2,5
<i>Gestionar los recursos</i>	1	2,5

- 4) Fomentar la reflexión-acción en el alumno, evaluar los conocimientos previos y las necesidades del alumno, fomentar el pensamiento y el espíritu crítico en los alumnos, evaluar las competencias adquiridas y desarrollar habilidades interpersonales en el alumno, son las competencias elegidas por un bajo número de profesores.

En cuanto a las competencias elegidas, representadas en la (Tabla 29).

Tabla 29. Listado de competencias del TPC, seleccionadas por los profesores del Grado de Enfermería

COMPETENCIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
<i>Conocimiento disciplinar actualizado</i>	25	62,5
<i>Capacidad docente</i>	21	52,5
<i>Comunicación</i>	18	45,5
<i>Trabajo en equipo</i>	14	40
<i>Pensamiento crítico</i>	15	37,5
<i>Responsabilidad</i>	10	37,5
<i>Pensamiento reflexivo</i>	10	30
<i>Orientación al logro</i>	12	30
<i>Empatía</i>	9	22,5
<i>Motivación docente e investigadora</i>	11	25
<i>Conducta ética</i>	8	17,5
<i>Relaciones interpersonales (Integrador/Conciliador)</i>	7	17,5
<i>Resolución de problemas</i>	4	15
<i>Liderazgo</i>	6	15
<i>Flexibilidad</i>	6	12,5
<i>Toma de decisiones</i>	5	10
<i>Respeto</i>	4	10
<i>Integridad</i>	3	7,5
<i>Humildad intelectual</i>	3	7,5
<i>Aprender a aprender</i>	3	7,5
<i>Autocontrol</i>	2	5
<i>Asertividad</i>	3	5
<i>Delegar</i>	1	5
<i>Modificar comportamientos</i>	1	7,5
<i>Pensamiento creativo</i>	1	2,5
<i>Solidaridad</i>	2	2,5
<i>Pensamiento analítico</i>	1	2,5
<i>Transmitir confianza</i>	1	2,5

Se puede destacar:

- 1) Las competencias elegidas por la mayoría de los profesores son: El conocimiento disciplinar actualizado por parte de los tutores, la capacidad docente y de comunicación, la competencia de trabajo en equipo y pensamiento crítico.
- 2) Un tercio de los encuestados han elegido las competencias de empatía, responsabilidad, pensamiento reflexivo, motivación docente e investigadora, conducta ética y relaciones interpersonales.
- 3) Las competencias elegidas por un menor número de profesores son: Liderazgo, flexibilidad, resolución de problemas, toma de decisiones, respeto, integridad, humildad intelectual, aprender a aprender, autocontrol, asertividad, delegar, pensamiento creativo, solidaridad, pensamiento analítico y confianza.

4.2. Análisis global de los tres grupos

En la (Tabla 30) se presentan las actividades seleccionadas en cada uno de los tres grupos, así como los lugares de coincidencia en la elección.

Tabla 30. Datos globales de las actividades del TPCE, seleccionadas por los tres grupos de estudio.

ACTIVIDADES	TUTORES %	ALUMNOS %	PROFESOR %	N. GRUPOS
<i>Acogida</i>	100,00	71,40	47,50	3
<i>Integración en el equipo</i>		28,60	22,50	2
<i>Enseñar con evidencia enfermera</i>	70,60	57,10	60,00	3
<i>Motivar</i>	53,00	28,60	7,50	3
<i>Evaluación continua</i>	100,00	100,00	62,50	3
<i>Guiar/orientar</i>		14,28	40,00	2
<i>Trabajar en equipo</i>		14,28	2,50	2
<i>Seguimiento del alumno</i>	5,88	28,60	55,00	3
<i>Enseñar según los objetivos de aprendizaje</i>	23,50	53,00	30,00	3
<i>Trabajar desde la evidencia enfermera</i>			25,00	1
<i>Fomentar la autonomía en el alumno</i>	53,00	53,00	2,50	3
<i>Planificar aprendizaje del alumno</i>	23,50	53,00	37,50	3
<i>Actuar como nexo entre los diferentes miembros equipo</i>	5,88	14,28	37,50	3
<i>Supervisar al alumno</i>			30,00	1
<i>Fomentar el pensamiento crítico</i>			15,00	1
<i>Velar por la seguridad del alumno</i>			2,50	1
<i>Educar en valores</i>			5,00	1
<i>Fomentar reflexión acción</i>	5,88		17,50	2
<i>Aconsejar</i>			2,50	1
<i>Facilitar el rol del alumno</i>			10,00	1
<i>Valorar las necesidades del alumno</i>			7,50	1
<i>Mediar en los conflictos</i>			2,50	1
<i>Fomentar relación de confianza</i>			7,50	1
<i>Desarrollar habilidades interpersonales en el alumno</i>	5,88		12,50	2
<i>Relacionar la teoría con la practica</i>			10,00	1
<i>Actuar como ejemplo para el alumno</i>			7,50	1
<i>Valorar conocimientos previos del alumno</i>	5,88		17,50	2
<i>Enseñar los protocolos de la unidad</i>			5,00	1
<i>Evaluar por competencias</i>			15,00	1
<i>Informar a la profesora sobre incidentes</i>			2,50	1
<i>Gestionar los recursos disponibles</i>			2,50	1
<i>Implicar al alumno en el aprendizaje</i>			5,00	1

En la descripción de los tres grupos atendemos a una serie de características que serían:

1. Las actividades en las que coinciden los tres grupos (aunque con un diferentes porcentajes de consenso) son: Acoger al alumno, planificar su aprendizaje y enseñarle según los objetivos que tiene previstos con evidencia, motivar al alumno y fomentar su autonomía, realizar evaluación continua y actuar como nexo entre los diferentes miembros del equipo.

4. RESULTADOS

2. Dos grupos coinciden en: Integrar al alumno en el equipo, valorar los conocimientos previos del alumno, guiarle y orientarle fomentando la reflexión-acción, trabajar en equipo y desarrollar habilidades interpersonales en el alumno.
3. Otras actividades como: trabajar con evidencia, supervisar al alumno, fomentar el pensamiento crítico, velar por su seguridad, educar en valores, informar al profesor de la universidad, gestionar los recursos disponibles, evaluar por competencias o enseñar los protocolos de la Unidad han sido seleccionadas por un sólo grupo.

En la (Tabla 31), se presentan las competencias seleccionadas en cada uno de los tres grupos, así como el número de grupos que coinciden en la elección de cada una de ellas.

Tabla 31. Datos globales de las competencias del TPCE, seleccionadas por los tres grupos de estudio

COMPETENCIAS	TUTORES %	ALUMNOS %	PROFESOR %	N. GRUPOS
<i>Empatía</i>		71	28	2
<i>Responsabilidad</i>		43	25	2
<i>Conocimiento disciplinar actualizado</i>	100	71	63	3
<i>Capacidad docente</i>	53	43	53	3
<i>Exigente</i>		14	53	2
<i>Comunicación</i>	59	29	46	3
<i>Comprensivo</i>		29		1
<i>Objetividad</i>	06	43		2
<i>Respeto</i>		14	10	2
<i>Flexibilidad</i>	18	29	15	3
<i>Asertividad</i>	06	14	08	3
<i>Iniciativa</i>		14		1
<i>Orientación al logro</i>		43	23	2
<i>Autocontrol</i>	59	29	05	3
<i>Integridad</i>	06		08	2
<i>Humildad intelectual</i>			08	1
<i>Toma de decisiones</i>	06		13	2
<i>Pensamiento crítico</i>	06		38	2
<i>Resolución de problemas</i>	06		10	2
<i>Pensamiento crítico</i>			03	1
<i>Motivación docente e investigadora</i>	18		20	2
<i>Trabajo en equipo</i>	65		40	2
<i>Liderazgo</i>	06		15	1
<i>Delegar</i>			03	1
<i>Modificar comportamientos</i>			03	1
<i>Pensamiento reflexivo</i>			25	1
<i>Conducta ética</i>	06		20	2
<i>Aprender a aprender</i>	06		08	2
<i>Solidaridad</i>			05	1
<i>Relaciones interpersonales (integrador, conciliador)</i>	29		18	2
<i>Transmite confianza</i>			03	1
<i>Capacidad de análisis</i>			03	1
<i>Capacidad organizativa</i>	18			1
<i>Capacidad de gestionar</i>	06			1
<i>Autoridad</i>	06			1

En relación a las diferentes elecciones, que los distintos grupos han planteado, en cuanto a las competencias que debe poseer el TPCE, cabe destacar:

1. Los tres grupos coinciden en que entre las competencias imprescindibles del TPCE, se encuentran: El conocimiento disciplinar actualizado, la capacidad docente, la capacidad de comunicación, flexibilidad, asertividad y capacidad de autocontrol.
2. En dos de los tres grupos ha habido coincidencia en que el tutor además de las competencias mencionadas también ser: responsable, objetivo, respetuoso, empático, exigente, debe saber tomar decisiones en equipo, solucionar problemas, tener motivación docente e investigadora, presentar una conducta ética, liderar el proceso de formación de la práctica clínica, saber “aprender a aprender” y ser integrador y conciliador dentro del equipo.
3. Algunas competencias como: ser comprensivo, transmitir confianza, tener iniciativa, saber delegar, tener un pensamiento crítico y reflexivo, tener capacidad de análisis, organizativa y de gestión además de humildad intelectual han sido seleccionadas por un solo grupo.
4. Sorprende que el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales aparecen en el grupo de profesores y tutores, no así en el grupo de alumnos. Mientras que la comprensión, sólo aparece en el grupo de alumnos.

Para elaborar un listado con las actividades y competencias más importantes, se ha realizado el cálculo del promedio ponderado de casos y grupos. Los resultados obtenidos de este análisis se presentan en la (Tabla 32) mediante un listado de actividades del TPCE y otra tabla (Tabla 33) con el listado de competencias del TPCE.

Tabla 32. Listado de actividades del TPCE, seleccionadas mediante un promedio ponderado de casos y grupos

ACTIVIDADES	Promedio ponderado por nº casos y nº grupos
<i>Evaluación continua</i>	98,29%
<i>Acogida</i>	86,91%
<i>Enseñar con evidencia enfermera</i>	65,06%
<i>Fomentar autonomía del alumno</i>	50,70%
<i>Motivar al alumno</i>	41,80%
<i>Planificar aprendizaje</i>	35,18%
<i>Enseñar con objetivos de aprendizaje</i>	34,84%
<i>Seguimiento del alumno</i>	16,62%
<i>Actuar como nexo entre los diferentes miembros equipo</i>	10,46%
<i>Integración en el equipo</i>	7,82%
<i>Orientación</i>	4,78%
<i>Trabajo en equipo</i>	3,64%
<i>Fomentar reflexión acción</i>	2,81%
<i>Valorar conocimientos previos</i>	2,81%
<i>Desarrollar habilidades interpersonales</i>	2,65%
<i>Supervisar aprendizaje</i>	0,46%
<i>Trabajar con evidencia</i>	0,38%
<i>Fomentar pensamiento critico</i>	0,23%
<i>Evaluar por competencias</i>	0,23%
<i>Facilitar rol del alumno</i>	0,15%
<i>Relacionar la teoría con la practica</i>	0,15%
<i>Valorar necesidades del alumno</i>	0,11%
<i>Establecer relación de confianza</i>	0,11%
<i>Actuar como ejemplo</i>	0,11%
<i>Educar en valores</i>	0,08%
<i>Enseñar protocolos de la unidad</i>	0,08%
<i>Implicar al alumno en el aprendizaje</i>	0,08%
<i>Velar por la seguridad del alumno</i>	0,04%
<i>Aconsejar</i>	0,04%
<i>Mediar en conflictos</i>	0,04%
<i>Informar de los incidentes</i>	0,04%
<i>Gestionar recursos disponibles</i>	0,04%

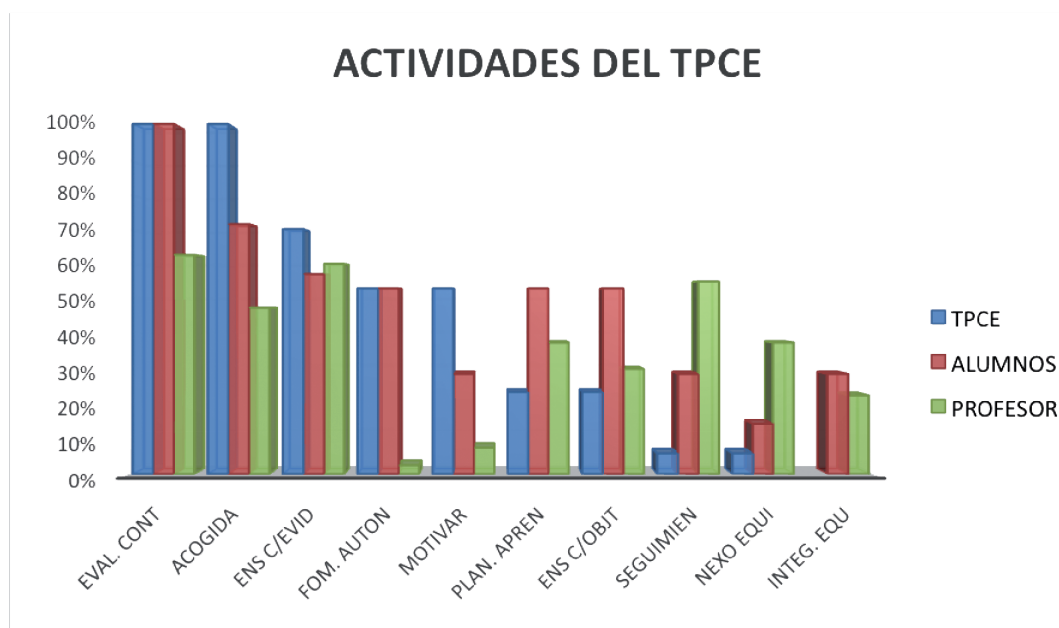


Gráfico 1. Actividades del TPCE, distribución por grupos de estudio

Las 4 actividades, del total de 32, que se encuentran por encima del 50 por ciento son:

1. La evaluación continua ha sido la actividad elegida con un 98,29%
2. La acogida del alumno en la unidad alcanzado un 86,91%
3. En tercer lugar se encuentra la actividad de enseñar con evidencia con un 65%
4. Seguida de la actividad de fomentar la autonomía del alumno con un 50,70

Entre un 30% y un 49%, se encuentran actividades como: Motivar al alumno, planificar el aprendizaje y enseñar basándose en los objetivos de aprendizaje del alumno.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el listado de Competencias del TPCE, se presentan en la (Tabla 33).

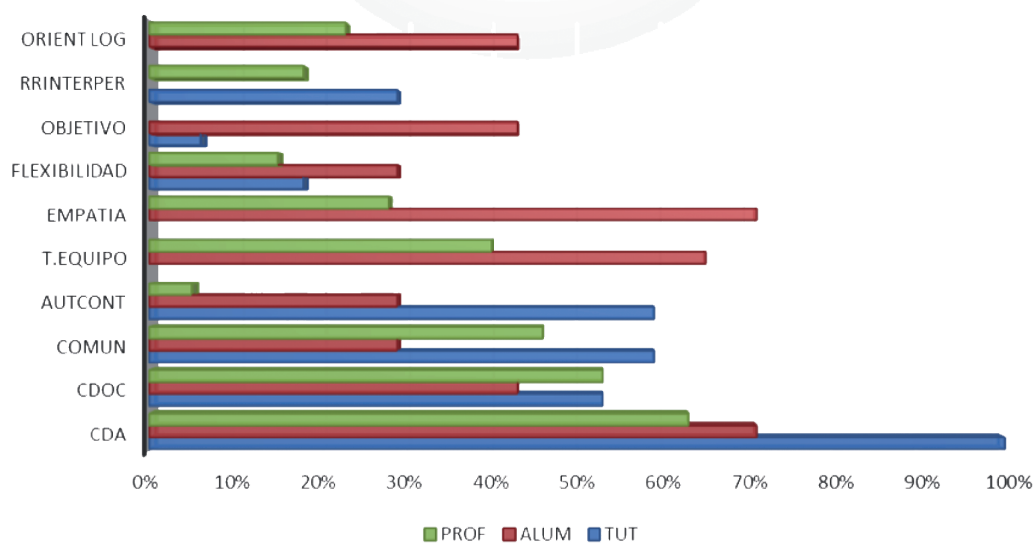
Del listado de competencias del TPC, cabe mencionar que:

1. Excepto la competencia de conocimiento disciplinar actualizado con un 87,59%, ninguna competencia ha superado el 50%.
2. En segundo lugar con un 49,16%, se encuentra la competencia de capacidad docente.
3. Le sigue la competencia de comunicación con un 46,89%
4. Y en cuarto lugar la competencia de autocontrol con un 45,05%
5. Entre un 20% y un 45%, se encuentran las competencias de trabajo en equipo y empatía.
6. El resto de competencias, como se puede ver en la Tabla 33, han logrado un menor promedio.

Tabla 33, Listado de competencias del TPCE, seleccionadas mediante un promedio ponderado de casos y grupos

COMPETENCIAS	Promedio ponderado por nº casos y nº grupos
Conocimiento disciplinar actualizado	87,59%
Capacidad docente	49,16%
Comunicación	46,89%
Autocontrol	45,05%
Trabajo en equipo	26,24%
Empatía	21,60%
Flexibilidad	18,65%
Ser Objetivo	13,00%
Relaciones interpersonales	11,90%
Responsabilidad	11,44%
Orientación al logro	11,36%
Motivación	9,06%
Comprensión	7,41%
Exigente	5,16%
Respetuoso	3,87%
Comprensión	3,57%
Capacidad de organización	3,46%
Asertividad	3,40%
Exigente	2,85%
Respetuoso	2,78%
Iniciativa	2,62%
Pensamiento critico	2,62%
Conducta ética	2,47%
Liderazgo	2,47%
Resolución de problemas	1,78%
Toma de decisiones	1,12%
Integridad	1,12%
Capacidad de aprender a aprender	0,38%
Capacidad de gestión	0,11%
Autoridad	0,08%
Pensamiento reflexivo	0,04%
Humildad intelectual	0,04%
Solidaridad	0,04%
Pensamiento creativo	0,04%
Delegar	0,04%
Modificar comportamientos	0,04%
Transmitir confianza	0,04%
Pensamiento analítico	0,04%

PERFIL DE COMPETENCIAS TPCE

**Gráfico 2. Competencias del TPCE, distribución por grupos de estudio**

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

La importancia que tiene la práctica en el ámbito clínico, viene reflejada por el dato que indica que el 50% de los créditos del aprendizaje en la titulación de enfermería se produce, o debería producirse, en este contexto. Las enfermeras y enfermeros clínicos que tutorizan estudiantes se convierten así en una pieza clave en la adquisición de competencias del estudiante en su formación superior.

Como ya se ha podido ver, en el análisis realizado en este trabajo, nos encontramos en un contexto donde es destacable la profunda confusión que existe, cuando se habla de competencias o perfiles competenciales, al no diferenciar claramente en la mayoría de las ocasiones conceptos como: actividades que se deben realizar, cualidades que debe poseer el profesional o requisitos del puesto de trabajo

La figura del tutor de prácticas clínicas en los estudios de Enfermería no viene recogida en el ordenamiento español, aunque sí la podemos encontrar haciendo referencia a esta figura cuando se trata de la formación de los enfermeros y enfermeras especialistas (Enfermeros Internos Residentes) a partir del RD de especialidades²²⁴. Haciendo referencia a esta figura relacionada con la formación de los Enfermeros Internos Residentes (EIR). En este reconocimiento no se detallan las funciones y competencias como tales, y nos tenemos que conformar con la relación de una serie de requisitos que debe poseer un TPC para ser acreditado por la Comisión Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, estos criterios resultan que son similares a los establecidos en el Reino Unido²²⁵. Entre estos requisitos se encuentran: ser profesionales previamente acreditados para realizar las actividades de tutor, que presten sus servicios en el Centro o Unidad Docente, estar en posesión del título de especialista que proceda. Algunos factores que se tienen en cuenta para la acreditación son: experiencia profesional continuada como enfermera especialista, experiencia docente, formación continuada, actividad investigadora y formación específica en metodología docente.

En nuestro país la ley de especialidades se dejó en manos de las distintas administraciones sanitarias autonómicas²²⁶ y aunque el Real Decreto de 2008¹⁹⁶ introdujo cambios importantes, así como una clarificación de sus funciones tales como: planificar y colaborar de forma activa en el desarrollo competencial del estudiante, estableciendo que el tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza- aprendizaje del residente, en este caso, no se ha superado la confusión sobre las funciones y competencias de los tutores. Esta misma situación la podemos trasladar a los TPCE, a esto hay que añadir que sigue habiendo diferencias entre los distintos hospitales docentes en cuanto a las actividades desarrolladas por los tutores, dependiendo su actuación en la mayoría de las ocasiones, de las interpretaciones de cada tutor sobre su desempeño con el alumno²²⁷.

Parece entonces que no podemos avanzar en el camino de actividades y competencias que deben formar parte del trabajo del TPCE sin acercarnos de forma rigurosa a la premisa principal de qué entendemos por tutor de prácticas clínicas y que forman parte del desarrollo reflexivo y analítico de esta tesis.

Llama la atención que siendo la figura del TPCE, una figura que está presente desde los inicios de en los estudios de enfermería y que ha sido y es asumida por un gran número de enfermeros, son pocas las evidencias encontradas sobre la definición de sus actividades y su perfil de competencias, aunque si encontramos literatura reciente sobre diferentes herramientas para desarrollar las competencias de los alumnos y alumnas de ciencias de la salud en las prácticas clínicas²²⁸.

Sin embargo si se han encontrado estudios²²⁹ que hacen referencia al perfil del tutor de enfermeros especialistas y sobre todo de los tutores de los médicos internos residentes (MIR) y a la evolución de esta figura a lo largo del tiempo^{230,231}.

De los diferentes desarrollos normativos normativos^{196,232} a los que se han enfrentado las comunidades autónomas y sumando las aportaciones teóricas de los profesionales, se han establecido 6 actividades del tutor médico, de las que son coincidentes con las de nuestro estudio y que serían: planificar y organizar la actividad formativa de la Unidad Docente, recibir a los nuevos residentes en el Servicio, ser un referente para el alumno y participar en la evaluación del residente. Las actividades que son reconocidas para el tutor médico pero que en nuestro estudio no han sido señaladas, serían aquellas relacionadas con: proponer planes individuales de formación para cada residente a su cargo y promover la participación del residente en actividades docentes y de investigación²³³. Algunos autores indican nuevas actividades que debe asumir el tutor clínico, en cualquiera de las disciplinas de ciencias de la salud, como la de “diseñar o identificar situaciones profesionales, susceptibles de ser manejables en el ámbito académico”²³⁴. Muchas de estas situaciones profesionales están relacionadas con aspectos emocionales y habilidades de relación. Aunque esta actividad tampoco ha salido definida como tal en nuestro estudio; existe evidencia en la práctica clínica de los estudios de Enfermería²³⁵ sobre actividades relacionadas con la identificación y control de emociones y desarrollo de habilidades de relación. Es decir con el trabajo por parte de los TPCE de situaciones profesionales que en muchas ocasiones poco tienen que ver con competencias técnicas y si con un conjunto de competencias emocionales que tanto alumnos como enfermeros y enfermeras deben abordar en su práctica habitual.

Uno de los primeros trabajos publicados sobre las actividades del tutor y que fue el realizado por Watkins²³⁶, coincide con los resultados de nuestro estudio en las funciones de apoyo y supervisión que el tutor debe realizar como prioritarias en relación al desarrollo personal y profesional del estudiante de Enfermería. En esta misma línea en otro estudio²³⁷ se identifican cerca de veinte actividades que el tutor debe realizar, y se señalan algunas interesantes que no aparecen en nuestros resultados como por ejemplo la actividad del tutor para crear altas expectativas en los alumnos, ofrecer ideas atractivas, potenciar con el estudiante un clima de amistad, o bien, asistir a los alumnos en su carrera profesional. Estas actividades estarían relacionadas con la importancia que tiene despertar en los alumnos la actitud, como unos de los elementos imprescindibles para el desarrollo de cualquier competencia. Sí coinciden, con los datos presentados en nuestro estudio, aspectos como: enseñar con el ejemplo, motivar al alumno, o explicar aspectos de la organización, que podría corresponder a lo que en nuestro estudio se ha denominado “presentación/acogida del estudiante de enfermería en la Unidad de Enfermería”.

También se ha encontrado coincidencia en la mayoría de las actividades descritas en nuestro estudio: enseñar con el ejemplo, motivar al alumno, explicar aspectos de la organización que podría

corresponder a lo que en nuestro estudio se ha denominado “presentación/acogida del estudiante de enfermería en la Unidad de Enfermería”.

También hemos encontrado coincidencias en la mayoría de las actividades descritas en nuestro estudio y las que se identifican en los tutores de residentes médicos en un estudio realizado en el país vasco. Entre las que se pueden destacar: Planificar y organizar la actividad formativa de la unidad docente, que en nuestro caso ha sido identificada como planificar e identificar los recursos disponibles; proponer los planes individuales de formación para cada residente a su cargo, en nuestro caso planificar el aprendizaje; la actividad de recibir a los nuevos residentes en el Servicio, en nuestro estudio se ha identificado como actividad de acogida, las actividades de promover la participación del residente en actividades docentes y de investigación, así como la de ser el referente del residente y participar en la evaluación del residente²³³, también son coincidentes con las de nuestro estudio.

Si bien es verdad que no ha sido fácil encontrar evidencia sobre los perfiles de competencias y/o actividades elaboradas desde una metodología de trabajo, si es frecuente encontrar definiciones de requisitos o listados de actividades o competencias elaborados por organismos oficiales para que sirvan como guía o referente. Un ejemplo lo encontramos en el documento elaborado por la World Health Organization²³⁸, en el que se presentan 8 dominios correspondientes a lo que sería el perfil de la Enfermera Educadora. Muchos de ellos son coincidentes con las actividades y competencias que se han definido en nuestro estudio y que englobarían: conocimiento disciplinar actualizado, capacidad pedagógica y docente, comunicación, trabajo en equipo, seguimiento y evaluación continua. Sin embargo aparecen algunos que no han sido contemplados en nuestro estudio como: implementación curricular, investigación y búsqueda de la mejor evidencia sobre procesos educativos.

En uno de los pocos trabajos realizados en este contexto y en el que se han utilizado “Panel de expertos”²³⁹, como técnica de consenso para la selección de actividades y competencias de los TPCE se establecen dos categorías para referirse al papel del TPCE, que son: funciones profesionales y psicosociales. Aunque en nuestro estudio no se han establecido estas categorías si podemos encontrar alguna competencia que tienen que ver con las mismas como: conocimiento disciplinar actualizado o trabajo en equipo. En este mismo estudio los autores resaltan como una de las actividades más importantes del TPCE, y que en nuestro estudio no aparece, la “gestión de las relaciones”, esta sin embargo, podría asimilarse a la actividad que si ha sido identificada en nuestro estudio como “coordinación entre los miembros del equipo y nexo de unión con los profesores de la universidad”. Esta actividad, que ocupa una de las primeras posiciones y además haber sido elegida por los tres grupos de estudio, es considerada por algunos autores, no como una actividad si no como una estrategia encaminada a romper la distancia entre el aula y la práctica asistencial, en este sentido son ya numerosas las Comunidades Autónomas que han puesto en marcha planes de formación de los TPCE, así como diversas actividades encaminadas al encuentro y debate entre profesionales asistenciales y docentes²⁴⁰.

Algunos autores hablan de las “funciones del tutor sanitario”²⁴¹ y las organizan atendiendo a grandes acciones o macro-actividades y a actividades más concretas. Estas actividades que aparecen en ese estudio se han clasificado por tanto en: funciones cotidianas para aquellas que se realizan todos los días en el proceso de acción tutorial; funciones periódicas que harían referencia a las que se realizan con cierta asiduidad aunque no diariamente y por último las ocasionales para denominar a aquellas que sólo se realizan en alguna ocasión de forma esporádica. En nuestro estudio no se han visibilizado propiamente esta manera de visualizar el trabajo del tutor, aunque si tenemos en cuenta el listado total de actividades, podríamos apreciar que todas las actividades seleccionadas podrían encuadrarse en uno u otro grupo de nivel de acción y periodicidad que estaría en relación con estas categorías mencionadas.

La mayoría de las actividades que han sido seleccionadas en nuestro estudio, coinciden con los estándares que describe el Nursing and Midwifery Council del Reino Unido que propone que el mentor o tutor, debe:

“organizar y coordinar las actividades de aprendizaje de los estudiantes en la práctica clínica, supervisar a los estudiantes en situaciones de aprendizaje y retroalimentarles sobre sus logros, establecer y supervisar el logro de los objetivos de aprendizaje, evaluar su desempeño, servir de enlace con otros miembros del equipo y con los profesores de la universidad, etc.”²⁴².

De nuevo estamos ante la significación de competencias fundamentales, rescatadas de otros trabajos como: “evaluar el aprendizaje”, “facilitar el aprendizaje”, y que en nuestro caso han sido consideradas actividades y no competencias en sí mismas.

Sorprende, que actividades orientadas a promover la autonomía del alumno, estimularle y motivarle, hayan alcanzado un mayor consenso en nuestro estudio que actividades de planificación, definición de objetivos y establecer criterios de evaluación, definidas por otros autores^{47,243} como prioritarias. Posiblemente este resultado éste relacionado con el hecho de que cada TPCE suele orientar el proceso de aprendizaje hacia aquello que considera más apropiado, según su experiencia, y no con los objetivos de aprendizaje que el alumno tiene programados. Este hecho, se ha evidenciado que tiene consecuencias negativas para los alumnos¹⁸¹.

Aunque en nuestra propuesta no existe ninguna clasificación dentro de las actividades, algunos autores¹⁵⁸ establecen dos grandes categorías: funciones profesionales y psicosociales. En este sentido, consideran que mientras las actividades profesionales estarían más relacionadas con el desarrollo de la organización las actividades psicosociales lo están con el desarrollo personal y profesional de los TPCE.

En uno de los estudios llevados a cabo en nuestro país sobre la formación de los futuros graduados en Enfermería, se pone de manifiesto la distancia entre la teoría y la práctica, en la que los estudiantes reclaman profesionales motivados por la docencia y que conozcan los objetivos docentes y trabajen con criterios unificados. Una de las competencias, que destacan en el TPCE, coincidentes con lo que los alumnos han expresado en nuestro estudio, es la capacidad docente y el apoyo a los alumnos²⁰³.

En relación a las competencias del TPCE, las características personales del TPCE, ha sido un tema recurrente que se viene asociando con asegurar un buen proceso de tutorización en el proceso de aprendizaje clínico del estudiante y la estudiante de enfermería. Los atributos asignados al mentor planteados por Wagner and Seymour¹⁵⁶, son coincidentes con nuestros resultados sobre las competencias seleccionadas: “habilidades de enseñanza y consejo”, “flexibilidad”, “habilidades de pensamiento crítico y liderazgo”, “habilidades interpersonales” y “habilidades de comunicación”. Otros atributos, valores o características en cambio, como “respeto y estima hacia sí mismo”, “honestidad”, “compasión”, “respeto y creencia en las capacidades del otro”, “pasión por cuidar”, “habilidades para sacar lo mejor de otras personas”, no han aparecido en nuestro estudio.

Una de las cuestiones importantes de análisis tras el trabajo es el uso del lenguaje, ya que por ejemplo, el lenguaje que se utiliza en este estudio, no se corresponde con el de competencias, aunque se está refiriendo al mismo concepto. Esta falta de univocidad en el lenguaje es una de las dificultades que nos encontramos junto a las diferentes o ausentes metodologías utilizadas a la hora de establecer los perfiles de competencias del TPCE.

Algunas propuestas sobre perfiles de competencias¹⁹⁴ establecen una clasificación en las que se dividen las competencias en: instrumentales, sociales y emocionales. Esta clasificación hace referencia al profesional de la educación. Entendiendo por profesional de la educación, todos y cada uno de los agentes que forman parte del desarrollo competencial del estudiante y en el que sin duda estaría incluido en el caso de los estudios de Enfermería, el TPCE. Este enfoque difiere del que hemos realizado en nuestro estudio, donde no se ha centrado el foco de atención en establecer una clasificación si no en identificar las más relevantes para llevar a cabo un proceso de tutorización clínica acorde a los nuevos retos planteados por el EEES.

La competencia de comunicación, ha sido considerada en nuestro estudio como una competencia importante, no sólo en relación con el alumno, también en su relación con el profesor responsable de la asignatura y con el resto de los miembros del equipo asistencial. Este resultado coincide con la afirmación de otros autores¹⁹⁵ donde la comunicación es considerada un proceso necesario en cualquier interacción profesional y de forma muy especial en el proceso de tutorización de los estudiantes, y pasa a ser un requisito imprescindible en la relación tutor-alumno. Este tipo de comunicación es etiquetada por algunos autores²³⁹ como “comunicación efectiva”, entendida como un proceso que ayuda a reflexionar sobre la práctica mediante una realimentación constructiva, escucha activa que ayuda a identificar en qué estilo de comunicación se expresa el alumno. Según los autores, este estilo de comunicación, está orientado a desarrollar un trabajo positivo que ayude al alumno a comprender mejor las explicaciones e instrucciones de su tutor. Según este mismo autor, implica *“hacer preguntas, escuchar con atención tratando de entender las necesidades e intereses del alumno, lo que demuestra una actitud de cuidado”*. Señala además otras características específicas intrínsecas al TPCE, siendo coincidentes con los resultados de nuestro estudio como son: el liderazgo, la integridad y el pensamiento creativo mientras que no aparecen en nuestro estudio las habilidades políticas y las habilidades de juicio o discernimiento. Una de las dimensiones analizadas por estos autores en este estudio es la de “apoyo psicosocial”. En ella se encuentran competencias como la motivación y la empatía, que sí aparecen en nuestro estudio, merece la pena mencionar la inclusión de unas competencias, que no han sido recogidas en ningún otro de los estudios consultados, como la de “responder a cuestiones de diversidad cultural”. Para estos autores la comprensión de las diferencias individuales y culturales influye en la relación que se da entre el tutor y el alumno.

Otra competencia que tampoco ha sido mencionada en otros estudios consultados, ni en los resultados de nuestro estudio es la capacidad de “resiliencia” considerada como un atributo esencial en el tutor que debe ser transmitida al alumno mediante la representación de un modelo para éste

Un estudio sobre el perfil de competencias del Tutor Residente realizado en Murcia²⁴⁴ en el año 2014, y ya situados en el contexto del EEES, presenta un conjunto de competencias o cualidades que debe tener un tutor, siendo coincidentes con los resultados de nuestro estudio en la denominada “ser un buen clínico” que engloba competencias o cualidades clínicas, y la de “ser un buen docente” que implica competencias o cualidades formativas, así como las competencias de comunicación.

Además de “ser un buen clínico” y “ser buen docente”, las características de “humanismo en toda acción de salud” son destacadas también para algunos autores¹²⁷ como una condición imprescindible para garantizar una atención de calidad, tanto al alumno como al usuario del sistema de salud y debe por tanto incorporarse al perfil del TPCE.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, es necesario expresar la dificultad en la búsqueda y manejo de la bibliografía ya que no sólo había que enfrentarse a la escasez de estudios relacionados, sino también a la ausencia de una terminología común y que por tanto nos obligaba a trabajar con múltiples conceptos, sujetos a diversas interpretaciones, en diversos ámbitos, con el fin de poder recoger toda la información relevante y significativa en este entorno multidisciplinar.

Este trabajo también ha contado con la dificultad de estar delimitado al contexto de la Comunidad de Madrid, hubiera sido de especial interés haber podido recoger la información de otros actores del territorio español. Esta limitación, se ha intentado compensar partiendo de la premisa de estar ante una formación homogénea en todo el territorio nacional donde se comparte el plan de estudios, con una unificación en lo esencial. También se ha recurrido a ampliar la muestra, y se ha estimado una amplia muestra de profesionales que abarca todos los perfiles enfermeros, estudiantes y docentes y que permitiera dar cabida a toda la realidad de la tutorización.

Otra de las dificultades encontradas, ha sido la necesidad de utilizar dos estrategias diferentes para la recogida de datos. Y esto ha podido provocar en alguna medida las divergencias en los resultados obtenidos en los tres grupos de estudio. Merece destacar las diferencias entre el consenso alcanzado entre los grupos de tutores y estudiantes y el de profesores (siendo este último el de menor consenso respecto al resto). La homogeneidad alcanzada en el grupo de tutores y estudiantes donde se ha utilizado la técnica de consenso "Panel de expertos", en determinados ítems hace pensar que la falta de debate, en relación a la utilización de un cuestionario auto-administrado, y la falta de estrategia de consenso, podría explicar las diferencias en cuanto al número de elementos que componen cada uno de los listados de actividades y competencias, con un rango entre 12 y 32 elementos en el grupo de profesores.

6. UN PUNTO DE PARTIDA

6. UN PUNTO DE PARTIDA

La evolución de la figura del TPCE y la orientación de la tutoría están vinculadas y van a depender del desarrollo competencial de cada tutor, y esto va a permitir utilizar un abanico de estrategias didácticas, acordes a los fines que se persigan en cada momento y para cada estudiante.

Son muchas las críticas y las demandas, dentro de los propios enfermeros y enfermeras, que reconocen la falta de competencias necesarias para desempeñar el rol de TPCE con los estudiantes y las estudiantes de enfermería, con los que año tras año se ven involucrados en su formación. Esta demanda, está siendo contemplada, por diferentes instituciones y organismos, con el resultado de una oferta formativa (normalmente a través de los planes de formación continuada) sobre los aspectos y estrategias didácticas en las diferentes fases del proceso de tutorización. El hecho de poder contar con un perfil de competencias, previamente establecido, facilitará el diseño y orientación de unos planes de formación específicos y adaptados a las diferentes necesidades individuales y/o institucionales.

Algunas propuestas relacionadas con mejorar las condiciones y el proceso de tutorización de los estudiantes de enfermería, serían:

- La actividad de recepción y acogida de los alumnos: Debería existir un protocolo en todas las Unidades de Enfermería que permitiera estandarizar la recepción y evitar que se omitan informaciones, que puedan ser importantes para su estancia en la Unidad. La disponibilidad de este protocolo o guía es considerado un criterio de calidad en las auditorias docentes.²³¹
- El TPCE debe ser el referente e interlocutor del alumno en su interacción con el resto de los miembros del equipo asistencial, de manera que solucione cualquier incidencia que se produzca durante el periodo de prácticas clínicas.

La elaboración del perfil competencias del tutor de prácticas clínicas se convierte en un requisito necesario para garantizar el proceso aprendizaje exigido en el EEES. El análisis en profundidad que se ha realizado por parte de los expertos, sobre las actividades y competencias del TPC, se convierten en el paso imprescindible para abrir nuevas líneas de investigación que permitan definir en términos de comportamientos, cada uno de los niveles de las competencias aquí referenciadas.

Disponer de un criterio y unos indicadores bien definidos, posibilitarán llevar a cabo los procesos de selección, evaluación y desarrollo que permitan identificar los mejores tutores de prácticas

clínica. Así como encontrar líneas de formación focalizada en el proceso de tutorización y la capacidad de ordenar dicho proceso, de manera que garanticemos una mejor formación como elemento clave en la capacitación de los estudiantes.

6.1. Futuras líneas de investigación y acciones recomendadas:

Una vez establecidas las actividades claves así como el perfil de competencias del TPCE, sería imprescindible continuar con líneas de investigación orientadas a:

- elaborar un diccionario de comportamientos, de manera que cada una de las competencias seleccionadas en la propuesta del perfil que se presenta en esta tesis, quedara perfectamente definida en términos de conductas observables. Cada una de estas competencias debe contar, como mínimo, con tres niveles de desarrollo (bajo, medio y alto). La definición de los comportamientos, en cada uno de estos niveles, servirá como criterio para realizar los procesos de evaluación, selección y desarrollo necesarios. Una vez elaborado el Diccionario de comportamientos del TPCE, estaremos en condiciones de poder realizar
- la validación del perfil de competencias del TPCE, -mediante un estudio comparativo que permita evidenciar que las competencias elegidas son las competencias claves que establecen la diferencia entre los TPCE que evidencian un excelente desempeño del proceso de tutorización de la práctica clínica y los que no evidencian dicho desempeño.
- Estudios exploratorios que permitan conocer la percepción de los TPCE sobre las condiciones en la que estos están desarrollando sus actividades, así como de los recursos disponibles y si estos son o no suficientes.

Por otra parte, para la aplicación de un modelo de Gestión por Competencias, es necesario diseñar, desarrollar y validar una serie de herramientas partiendo de lo elaborado en esta investigación y que nos permitan:

1. evidenciar las competencias que estamos buscando en los candidatos al puesto de TPCE. Para ello se deben diseñar diferentes pruebas, simulaciones y ejercicios que nos permitan evidenciar si el candidato posee o no las competencias que se están buscando. Estas pruebas y simulaciones serían útiles en los procesos de selección y evaluación de candidatos.
2. Elaborar Guías, que faciliten a la persona evaluada el desarrollo de cada competencia (lecturas recomendadas, ejercicios de reflexión, visionado de películas o documentales, procesos de *coaching* o *mentoring*, actividades formativas, etc.) un ejemplo se presenta en el (ANEXO 12).

Todas las líneas y acciones que hemos comentado en los puntos anteriores, estarían relacionados con la parte operativa de nuestra propuesta. Sin embargo no podemos concluir este trabajo sin mencionar una serie de aspectos, absolutamente necesarios, incluso urgentes, sobre los que queremos reflexionar en todos y cada uno de los niveles en los que se toman decisiones y se adoptan posturas sobre la práctica de la acción tutelar con los alumnos de enfermería. Desde la función asistencial hasta la función gestora, pasando por la función docente y sin duda la de investigación.

En primer lugar proponer un foco de atención a la forma de conjugar la función asistencial y la docente, en este caso a través de la tutorización de alumnos de Enfermería. De manera que se convierta en una invitación a la reflexión sobre el desarrollo disciplinar y la autonomía profesional.

Este foco de atención a través de la tutoría, debe iluminar nuestras acciones cuidadoras mediante un cuestionamiento permanente de los valores y saberes implicados en el cuidado, entendiendo la tutoría como una estrategia de desarrollo y mejora continua de la práctica cotidiana.

Es imprescindible analizar el tipo de racionalidad, que dirige la toma de decisiones, de los líderes enfermeros en gestión, así como su compromiso evidenciado en la dotación de recursos que ponen a disposición de los enfermeros para poder llevar a cabo la tutoría en las mejores condiciones posibles.

Los TPCE deben incorporarse a los procesos de diseño y toma de decisiones en la elaboración de las Guías docentes de la asignatura de prácticas clínicas así como en la elaboración de herramientas y recursos de evaluación de las competencias, que los alumnos deben adquirir en cada uno de los periodos de formación práctico clínica.

Y para concluir, resulta necesario incentivar y promover proyectos de investigación conjuntos entre la Universidad y los Centros Asistenciales, que estén orientados al desarrollo del conocimiento y a evidenciar las competencias y las actividades del TPCE que mejor correlacionan con el aprendizaje clínico.

Desde un compromiso personal con la gestión, la docencia y la formación de TPCE a la que he dedicado un gran tiempo de mi vida, concluyo con un profundo anhelo de que la propuesta del perfil de competencias del TPCE, así como las recomendaciones y reflexiones que se han presentado sirvan para mejorar y enriquecer el proceso de tutorización llevado a cabo, por todas las personas que participamos de forma activa en el desarrollo personal y profesional de los futuros enfermeros y enfermeras de este país.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

Si bien el trabajo se ha desarrollado en el marco de la Comunidad de Madrid, contexto geográfico donde ha tenido lugar. Las conclusiones que se extraen, podrían extrapolarse a un contexto más amplio, si tenemos en cuenta la homogeneidad del contexto profesional y educativo de la disciplina enfermera en el territorio nacional, y la variabilidad en los participantes de los diferentes grupos de estudio. Muchas de las conclusiones aquí expuestas, por tanto, podrían ser igualmente válidas para otros entornos geográficos del estado español.

Tomando como referencia los objetivos planteados, los resultados obtenidos y la discusión en la que se ha tenido en cuenta la evidencia sobre el tema planteado, se ha llegado a las siguientes conclusiones.

En primer lugar destacar que se ha planteado un marco de comprensión teórica, respecto al termino competencia, que ha permitido la utilización de este término de una manera univoca y adaptada al contexto.

Se ha definido la competencia como, la manifestación de un comportamiento que evidencia un dominio específico en un determinado contexto y situación, pudiendo ser evaluado y desarrollado en relación a un criterio previamente definido para ese comportamiento.

Se identifican las actividades que deben formar parte del puesto de trabajo del TPCE. Donde el mayor consenso alcanzado ha estado en la dimensión acogida, planteando diferencias entre los grupos respecto a la posición que ocupa la evaluación. Muchas de las actividades seleccionadas son coincidentes en los tres grupos, este hecho no hace más que expresa la sensibilidad y la importancia que cada uno de los grupos concede a cada una de ellas.

La actividad de evaluación continua, según los tutores, debe estar enmarcada en un análisis previo de los conocimientos del alumno que permitan identificar y evaluar su situación de partida antes de iniciar un plan de aprendizaje clínico. Conocer los conocimientos previos, sus experiencias y expectativas es una necesidad incuestionable para realizar un proceso de tutorización orientado a conseguir los objetivos marcados desde un aprendizaje constructivista

Resultados como promover la autonomía del alumno o enseñar desde la evidencia, indica un abandono del modelo tradicional centrado en la racionalidad técnica para dar paso a un nuevo modelo con una orientación más crítica y reflexiva. Desde esta perspectiva se postula la calidad de los entornos clínicos como una de las claves para garantizar la formación y socialización de unos profesionales enfermeros reflexivos, líderes del cuidado.

Se han identificado las competencias del TPCE en el ámbito de Atención Primaria y Atención Especializada. Donde la competencia conocimiento disciplinar actualizado, esta relaciona con la necesidad de abandonar una serie de dogmas enfermeros que se han venido transmitiendo como verdades absolutas y que se forjan únicamente desde el conocimiento experiencial alejado de un pensamiento crítico y basado en evidencia.

La figura del TPCE debe ser un profesional con habilidades de comunicación, comprometido con los procesos de aprendizaje clínico. La utilización de metodologías didácticas con un enfoque pedagógico del cuidado deberá ir desplazando la técnica como centro de la práctica.

Y por último destacar que la metodología con Panel de experto, se presenta como la estrategia idónea para definir y desarrollar perfiles competenciales en este ámbito. Además también ha permitido visibilizar la necesidad de un cambio que se dirige al empoderamiento de la figura del tutor y a una reivindicación de su aportación en el desarrollo de los futuros profesionales de enfermería.

8. REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

1. García Fernández A. La tutoría y la relación profesor-alumno en la formación para la inserción laboral. *Rev Educ.* 2006;341:197–211.
2. McClelland DC. Testing for competence rather than for “intelligence.” *Am Psychol.* 1973;28(1):1–14.
3. Shippmann J, Ash R, Battista M, Carr L. The practice of competency modeling. *Pers Psychol.* 2000;53(3):703–40.
4. McLagan P. Great ideas revisited. Competency models. Creating the future of HRD. *Train Dev.* 1996;50(1):60–5.
5. Bloom BS. *Taxonomie des objectifs pédagogiques T. 1, T. 1.*. Montréal: Education Nouvelle : [puis] Presses de l’Univ. du Québec; 1969.
6. Echeverría Samanes B. Gestión de la competencia de acción profesional. *Rev Investig Educ.* 2002;20(1):7–43.
7. Spencer LM, McClelland DC, Spencer SM. *Competency assessment methods: history and state of the art.* USA: Hay/McBer Research Press; 1994.
8. Gardner H, Hatch T. Multiple intelligences go to school: Educational implications of the theory of Multiple Intelligences. *Educ Res.* 1989;18(8):4–10.
9. Lévy-Leboyer C. *Evaluación del personal: los métodos a elegir.* Madrid: Díaz de Santos; 1992.
10. Levy-Leboyer C. *Gestión de las competencias: cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas.* Barcelona: Gestión 2000; 1997.
11. Boterf G. *Ingeniería de las competencias.* Barcelona: Gestión 2000; 2001.
12. Boyatzis RE. *The competent manager: A model for effective performance.* New York: John Wiley & Sons; 1982.
13. Spencer Lyle M. *SSM. Competence at work: models for superior performance.* New York: Wiley; 1993.
14. López Quero M, Berrocal Berrocal F, Pereda Marín S. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. *DYO.* 2002;(28):43–54.
15. García Sáiz M. Entrenamiento en competencias. *Encuentros Psicol Soc.* 2003;1(3):27.
16. Tejada Fernández J, Navío Gámez A. El desarrollo y la gestión de competencias profesionales; una mirada desde la formación. *Rev Iberoam Educ.* 2005;37(2):1–15.
17. Repetto Talavera E, Pérez González JC. Formación en competencias socioemocionales a través de las prácticas en empresas. *Rev Eur Form Prof.* 2007;40:92–112.
18. Gómez del Pulgar M. *Evaluación de competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior: un instrumento para el Grado en Enfermería [tesis].* Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
19. Consejo Internacional de Enfermeras. *El valor de la enfermería en un mundo cambiante.* Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras; 1996.
20. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567-20588.;
21. Tuning Educational Structures in Europe [Internet]. [cited 2011 Nov 14]. Available from: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
22. González J, Wagenaar R, editores. *Tuning educational structures in Europe. Informe final. Fase uno.* [Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003 [cited 2015 Jul 9]. Available from: http://www.ub.edu/cubac/sites/default/files/tuning_educational_structures_espanyol_0.pdf
23. ANECA. *Glosario* [Internet]. 2010. [cited 2015 Mar 5]. Available from: <http://www.aneca.es/media/163138/pei-0607glosario.pdf>

24. Pavié Nova A. Las competencias profesionales del profesor de lengua castellana y comunicaciones en Chile: aportaciones a la formación inicial [tesis]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2012.
25. García San Pedro MJ. Diseño y validación de un modelo de evaluación por competencias en la universidad [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
26. Haro García JM, Agut Nieto S. Fundamentos de psicología para profesionales de los recursos humanos. Madrid: Civitas; 2004.
27. Guerrero Dávalos C, Valverde Aparicio M, Gorjup MT. Un análisis de la gestión por competencias en la empresa española. De la teoría a la práctica. *Contaduría y Adm.* 2013;58(1):251–88.
28. García Sáiz M. Factores clave en el desarrollo de la competencia. In: Agullo E, Remeseiro C, Fernández A, editors. *Psicología del trabajo y de las organizaciones y de los recursos humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.
29. Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F. Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2001.
30. Hooghiemtra T. Gestión integrada de recursos humanos. In: Dalziel M, Cubeiro JC, Fernández G, editors. *Las competencias claves para una gestión integrada de recursos humanos*. Bilbao: Deusto; 1996. p. 17–46.
31. Cuevas Santos C. La gestión por competencias en enfermería: ¡Hazlo diferente. Madrid: DAE; 2006.
32. Mertens L, Velasco ME. El enfoque de competencia laboral de la empresa. México: Conocer; 1999.
33. Blanco Prieto A. Trabajadores competentes: Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: ESIC; 2007.
34. Luhmann N. *Sistemas sociales : lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos; 1998.
35. The Further Education Funding Council. *National vocational qualifications in the further education sector in England*. Coventry: FEFC; 1994.
36. Gonczi A, Athanasou J. Instrumentación de la educación basada en competencias: perspectiva de la teoría y la práctica en Australia. México: Limusa; 1996.
37. National Council for Vocational Qualifications. *Guide to National Vocational Qualifications*. London: NCVQ; 1991.
38. Mertens L. *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor/OIT; 1996.
39. Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F. *Gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1999.
40. Grinder J, Bandler R. *La estructura de la magia (v. 1): Lenguaje y terapia*. Madrid: Cuatro Vientos; 1998.
41. O'Connor J, Seymour J. *Introducción a la programación neurolingüística*. Barcelona: Urano; 1995.
42. Satir V. *The satir model: Family therapy and beyond*. USA: Science and Behavior Books; 1991.
43. Perls F. *El enfoque Gestalt y testigos de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 2001.
44. Erickson MH. *The nature of hypnosis and suggestion*. Vol. 1. New York: Irvington; 1980.
45. Tejada Fernández J. Acerca de las competencias profesionales. *Rev Herramientas*. 1999;(56):20–30.
46. Torrens Sigalés RM, Zapico Yáñez F, Blanco Sánchez R. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas Enferm.* 2005;8(1):60–6.
47. Villa Sánchez A, Poblete Ruiz M. Prácticum y evaluación de competencias. *Profesorado, Rev curriculum y Form del Profr.* 2004;8(2):1–19.
48. García Sáiz M. Psicología del trabajo, de las organizaciones y de los recursos humanos: nuevas aproximaciones. In: Agulló Tomás E, Remeseiro C, Fernández Alonso JA, editors. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.
49. Jolis N. *Compétences et compétitivité: la juste alliance*. Paris: Ed. d'organisation; 1998.
50. Domingo J, Delgado M. Modelo de gestión por competencias [Internet]. Fundación Iberoamericana del Conocimiento; [cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2008551/lecciones/descargas/competencias2.pdf>
51. Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F, Editores. *Elaboración del perfil de exigencias del puesto*. In: *Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2001. p. 57–81.
52. Hay/McBer. *Diccionario de competencias. Nivel gerencial*. Bilbao: Ediciones Deusto; 1996.
53. Alles M. *Gestión por competencias. El diccionario*. Buenos Aires: Granica; 2007.
54. Arráiz JI. *Retribución y competencias: ¿Cómo garantizar su éxito?* *Cap Hum.* 2000;133:6–8.
55. Rodrigo P. *Selección por competencias (I): Importancia del perfil a definir y técnicas*. *Cap Hum.* 2000;134:6–7.
56. Fernández G. *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos*. Bilbao: Deusto; 2007.

8. REFERENCIAS

57. Gallego M. Gestión humana basada en competencias contribución efectiva al logro de los objetivos organizacionales. *Univ Eafit*. 2012;119:63–71.
58. Medina Elizondo M, Armenteros Acosta M, Guerrero Ramos L, Barquero Cabrero J. Las competencias gerenciales desde una visión estratégica de las organizaciones: Un procedimiento para su identificación y evaluación del desempeño (Managerial Skills from a Strategic Viewpoint: A Procedure for Their Identification and Performance Assessm. *Intern Admin Finanz*. 3012;5(2):79–100.
59. Oliveros L. Identificación de competencias: una estrategia para la formación en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev Complut Educ*. 2006;17(1):101–18.
60. Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F, Sanz P. Los perfiles de exigencias en la ocupación del profesional de recursos humanos. *Psicol desde el Caribe*. 2003;12:13–38.
61. Confederación de Empresarios de Aragón. Guía para el desarrollo de competencias básicas de gestores empresariales. Zaragoza: CREA; 2008.
62. Ketele JM, Roegiers X. Metodología para la recogida de información. México: La Muralla; 1994.
63. España. Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado*, 19 de mayo de 1995, núm. 119, pp. 14601-14644.
64. España. Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de junio de 2002, núm. 147, pp. 22437-22442.
65. Markus LH, Cooper-Thomas HD, Allpress KN. Confounded by competencies? An evaluation of the evolution and use of competency models. *NZ J Psychol*. 2005;34(2):117–26.
66. Ketele JM. Enfoque socio-histórico de las competencias en la enseñanza. *Rev Currículum Form Profr*. 12(3):1–12.
67. España. Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de febrero de 2008, núm. 40, pp. 8351-8355.
68. Pales Argullos J, Nolla Domenjo M, Oriol Boscho A. Proceso de Bolonia (I): Educación orientada a competencias. *Rev Educ Médica*. 2010;13(3):127–35.
69. Grau Compani JS, Et_al. Presente y futuro de la enseñanza universitaria: El programa de redes de investigación en docencia universitaria. In: Gómez Lucas C, Álvarez Teruel JD, editors. *El trabajo colaborativo como indicador de calidad del Espacio Europeo de Educación Superior Vol 1*. Alicante: Universidad de Alicante; 2011.
70. Consejo de las Comunidades Europeas. Tratado de la Unión Europea. Bruselas: CECA; 1992.
71. Tratado de la Unión Europea de 7 de febrero de 1992 firmado en Maastricht [Internet]. [cited 2015 Jun 25]. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>
72. Aguilera García JL. La tutoría en la universidad: selección, formación y práctica de los tutores: ajustes para la UCM desde el Espacio Europeo de Educación Superior [tesis]. 2010.
73. EEES. Ministros Representantes de Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido. Declaración de La Sorbona [Internet]. 1998 [cited 2015 Nov 25]. Available from: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/15.pdf>
74. EEES. Ministros Europeos de Educación Superior. Declaración de Bolonia [Internet]. 1999 [cited 2015 Jun 25]. Available from: http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf
75. EEES. Ministros Europeos en Funciones de la Educación Superior. Declaración de Praga, 2001: Hacia el Área de la Educación Superior Europea [Internet]. Praga; 2001 [cited 2015 Feb 22]. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/links/language/2001_Prague_Communique_Spanish.pdf
76. Convención de Instituciones Europeas de Enseñanza Superior. Perfilando el Espacio Europeo de la Enseñanza Superior [Internet]. Salamanca; [cited 2014 Sep 20]. Available from: <http://www.eees.es/pdf/Salamanca2001.pdf>
77. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior: Documento-Marco [Internet]. 2003 [cited 2015 Jun 17]. Available from: http://www.uhu.es/convergencia_europea/documentos/documentos-2007/docmarco_MEC_feb2003.pdf
78. EEES. Ministros de Educación Superior Europea. Comunicado de la Conferencia de Ministros responsables de la Educación Superior, mantenida en Berlín el 19 de Septiembre de 2003 [Internet]. Berlín: Espacio Europeo Educación Superior; 2003 [cited 2016 Mar 4]. Available from: <https://goo.gl/EvVI06>
79. España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de septiembre de 2003, núm. 224, pp. 34355-34356.
80. España. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de octubre de 2007, núm. 260, pp. 8088-8091;
81. El Espacio Europeo de Educación Superior - Alcanzando las metas [Internet]. Bergen: EEES; 2005 [cited 2015 Apr 17]. Available from: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/2.pdf>

82. España. 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. Boletín Oficial de Estado, 25 de enero de 2005, núm. 21, pp. 2842-2846.
83. EEES. Comunicado de Londres. Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado [Internet]. Londres: Espacio Europeo Educación Superior; 2007 [cited 2016 Jan 22]. Available from: <https://goo.gl/7vpW1j>
84. Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April 2009 [Internet]. [cited 2015 Aug 12]. Available from: http://www.eees.es/pdf/Leuven_Louvain-la-Neuve_Communique_April_2009.pdf
85. Feixas M. De Bolonia a Berlín. Rev Interuniv Form Profr. 2004;49(149-164).
86. García F, Morant JL. Declaración de Bolonia. El Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: Acta; 2005.
87. Sánchez Delgado P, Gairín Sallán J. Planificar la formación en el Espacio Europeo de Educación Superior [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 25]. Available from: http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=408&Itemid=66
88. Canalejas Pérez M. Enseñanza de grado en Enfermería en el marco de la Convergencia Europea. Metas Enferm. 2006;9(1):28-31.
89. García Martínez J. La orientación académica ante los desafíos (y las oportunidades) del Espacio Europeo de Educación Superior. Rev Fuentes. 2009;9(42):52.
90. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco: Título de Grado de Enfermería [Internet]. 2004 [cited 2015 Apr 5]. Available from: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
91. Falcó Pegueroles A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educ Médica. 2004;7(1):42-5.
92. Delors J, editor. La educación encierra un tesoro [Internet]. París: UNESCO; 1996 [cited 2015 Oct 2]. Available from: http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
93. España. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes ó no á Comunidades religiosas. Boletín Oficial del Estado, 21 de mayo de 2015.
94. Sellán Soto C. La profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea. Madrid: FUDEN; 2010.
95. España. Orden de 4 de agosto de 1953. Escuela de Enfermeras: Normas de Estudio. Boletín Oficial del Estado, 1 de septiembre de 1953.
96. España. Orden de 4 de julio de 1955. Ayudantes técnicos sanitarios: Normas para nueva organización de sus estudios. Boletín Oficial del Estado, 2 de agosto de 1955.
97. España. Orden de 7 de septiembre de 1978 por la que se aprueba el Plan de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería dependientes de la Universidad Autónoma de Madrid. Boletín Oficial del Estado, 19 de octubre de 1978, núm. 250, pp. 24156-24157.
98. Miró Bonet M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976) [tesis]. Universidad de la Islas Baleares; 2008.
99. Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades [Internet]. Madrid: Fundación Alternativas; 2010 [cited 2016 Feb 3]. Available from: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/055a5e37064013682804231c1369b45e.pdf
100. Allen D. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. Nurs Inq. 2004;11(4):271-83.
101. España. Real Decreto 1561/1997, de 10 de octubre, por el que se modifican parcialmente diversos Reales Decretos por los que se establecen títulos universitarios oficiales y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de . Boletín Oficial del Estado, 4 de noviembre de 1997, núm. 264, p. 31804.
102. Fernández Sola C, Granero Molina J, Márquez Membrive J, Aguilera Manrique G, Castro Sánchez A. Implantación del nuevo modelo de formación práctico-clínica en Andalucía: una evaluación cualitativa en las titulaciones de Enfermería y Fisioterapia. Enferm Clin. 2014;24(2):136-41.
103. Rodríguez García M, Martínez Miguel E, Tovar Reinoso A, González Hervias R, Goday Arean C, Pulido Mendoza R. Hacia un prácticum reflexivo en Enfermería. Metas Enferm. 2009;12(3):56-9.
104. Cortina Orts A, Conill J. 10 palabras clave en ética de las profesiones. Estella: Verbo Divino; 2000.
105. Feito Grande L. Ética y enfermería. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2009.
106. Marcelo García C, Estebaranz García A. Cultura escolar y cultura profesional: Los dilemas del cambio. Educar. 1999;24:47-69.

8. REFERENCIAS

107. Siles González J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm.* 2005;14(50):7–9.
108. Rodríguez Izquierdo RM. Un modelo de formación basado en las competencias: hacia un nuevo paradigma de la enseñanza universitaria. *Context Educ Rev Educ.* 2008;11:131–47.
109. Biggs JM. *Calidad del aprendizaje universitario.* Madrid: Narcea; 2004.
110. Miguel Díaz M. *Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias : orientaciones para el profesorado universitario ante el espacio europeo de educación superior.* Madrid: Alianza; 2006.
111. García Jiménez E. Prácticas externas. In: Miguel DÍa M, editor. *Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias Orientaciones para el profesorado universitario ante el Espacio Europeo de Educación Superior.* Madrid: Alianza Editorial; 2006. p. 103–27.
112. España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 19 de julio de 2008, núm. 174, pp. 31680-31683.;
113. Hart G, Rotem A. The clinical learning environment: Nurses perceptions of profesional developement in clinical settings. *Nurse Educ Today.* 1994;15(3–10).
114. Dunn S V, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *J Adv Nurs.* 1997 Jun;25(6):1299–306.
115. Severinsson EI. Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *J Adv Nurs.* 1998;27(6):1269–77.
116. Moreno Tello MA, Nelly Prado E, García Avendaño DJ. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. *Rev Cuid.* 2013;4(1):444–9.
117. Dolmans D, De-Grave W, Wolfhagen I, Van-der-Vleuten C. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educ.* 2005;39:732–41.
118. Davies P. Approaches to evidence-based teaching. *Med Teach.* 2003;22(1):14–21.
119. Scheuer N, Pozo J, Pérez Echeverría M, Al. E, Editores. *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje.* Barcelona: Graó; 2009.
120. Nolla Domenjó M. Formación Continuada. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educ Médica.* 2006;9(1):11–6.
121. Godden DR, Baddeley AD. Context-dependent memory in two natural enviroments: On land and underwater. *Br J Psychol.* 1975;66(3):325–31.
122. Pérez Andrés C, Alameda Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión [Internet]. Vol. 76, *Rev Esp Salud Pública.* 2002 [cited 2016 Mar 15]. p. 517–30. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500013
123. Vizcaya Moreno MF, Joaquín JH, Pérez Cañaveras RM. El clima social: valoración del entorno de aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería. Madrid: Ministerio de Educacion, Cultura y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa; 2005.
124. Chan DS. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *Int J Nurs Stud.* 2001;38(4):447–59.
125. Parrilla Saldaña J, Guerra Martín MD. Percepción de los alumnos de Enfermería sobre la función tutorial en las prácticas. *Enferm Glob.* 2009;15:1–13.
126. Vizcaya Moreno MF, Pérez Cañaveras RM, Juan Herrero J, Domínguez Santamaría JM, Cibanal Juan L, Siles González J. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: El clima social. *Evidentia.* 2004;1(2).
127. Illesca Pretty M, Cabezas González M, Nuin Orrio C, Jürschik Jiménez P. Competencias del docente clínico enfermera/o, universidades Lleida (España) y La Frontera (Chile): percepción del estudiante. *Cienc y Enfermería XVI.* 2010;(2):99–106.
128. March G, Bardallo L, Cabrera E, Ginestí M, Aloy A. Pensando como licenciados: Sisema de evaluación de prácticas de Atención Primaria de Salud desde la óptica de la práctica reflexiva [Internet]. Universitat Internacional de Catalunya; [cited 2014 Nov 15]. Available from: http://www.scele.org/web_s
129. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, F. M. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
130. Medina JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.* Barcelona: Laertes; 1999.
131. Schön DA. *El profesional reflexivo: Cómo piensan los profesionales cuando actúan.* Barcelona: Paidós; 1998.
132. Mezirow J. Contemporary paradigms of learning. *Adult Educ Q.* 1996;46(3):158–73.
133. Habermas J. *Acción comunicativa y razón sin trascendencia.* Barcelona: Pai; 2002.

134. Minguez Moreno I, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichán*. 2014;14(4):594–604.
135. Morán L, Quezada Y, García A, González P, Godínez S, Aguilera M. Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. *Análisis de la literatura. Enferm Univ*. 2016;13(1):47–54.
136. Schön DA. *The reflective practitioner : how professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
137. Moya JLM. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Rev Enferm Albacete*. 2002;15:27–32.
138. Sanjuán Quiles A, Martínez Riera JR. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. *Investig y Educ en Enfermería*. 2008;26(Supl 2).
139. Rodríguez García M. *El arte del cuidado: Un legado reflexivo del saber [tesis]*. Madrid: Universidad Europea de Madrid; 2012.
140. Lancaster J. *Improvements in Education*. London: Darton & Harvey; 1803.
141. Finkelstein D. *Le monitorat: S'entraider pour reussir*. Pars: Hachette Education; 1994.
142. Dubón E, Navarro Climent JC, Segura Abad L, Pakhrou T, Sepulcre Martínez JM. La mentoría como herramienta para la mejora de la calidad de la docencia en el primer curso de grado. In: IX Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria : Diseño de buenas prácticas docentes en el contexto actual [Internet]. Alicante: Universidad de Alicante; 2011. p. 1279–89. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4131641>
143. Pérez Boullosa A. Tutorías. In: *Metodología de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias Orientaciones para el profesor universitario*. Madrid: Alianza; 2006. p. 133–63.
144. Isern MTI, Segura AMP, Pedreny Oriol R Úbeda Bonet I, Roca M. Prácticas de Enfermería Comunitaria: Evaluación de una muestra de enfermeras tutoras (curso 2001-02). *Educ Médica*. 2003;6(4):143–8.
145. Prat Corominas J, Oriol Bosch A. Proceso de Bolonia (IV): Currículo o plan de estudios [Internet]. Vol. 14, *Educ Med*. 2011 [cited 2014 Nov 6]. p. 141–9. Available from: https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=545611e3-606a-4026-bb74-88965ba0f2b0&groupId=115466
146. Gimeno Sacristán J, A.I PG. *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata; 1992.
147. Ferrer Ferrandis E. Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. *Educare21*. 2003;2(1).
148. Rodríguez-de-Castro F. Proceso de Bolonia (V); El currículum oculto. *Rev Educ Medica*. 2012;15(1):13–22.
149. Jackson PW. *La vida en las aulas*. Madrid: Morata; 1998.
150. Miro Bonet M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y la relación de poder en la constitución de la identidad profesional de los/las enfermeros/as en España. 2008.
151. Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia Rev Enferm Salud Ment [Internet]*. 2005 [cited 2016 Apr 5]; Available from: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
152. Freire P. *La educación como práctica de libertad*. México: Siglo XXI; 1992.
153. Galicia Ayala LC, Rodríguez Jiménez S, Cárdenas Jiménez M. El proceso de integración del alumno al entorno clínico para el aprendizaje reflexivo. *Rev Enferm Univ [Internet]*. 2010 [cited 2015 Oct 10];53–61. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu104h.pdf>
154. Sellán Soto C. *Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España*. Universidad Autónoma de Madrid; 2007.
155. Savater F. *El valor de educar*. Barcelona: Ariel; 1997.
156. Wagner AL, Seymour ME. A model of caring mentorship for nursing. *J Nurses Staff Dev*. 2007;23(5):210–1.
157. Bardallo MD. *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir [tesis]*. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2010.
158. Martínez E, Raposo M. Funciones generales de la tutoría en el practicum: entre la realidad y el deseo en el desempeño de la acción tutorial. *Rev Educ*. 2011;354:155–81.
159. Calvo B, Michavila F. *La universidad española hacia Europa*. Madrid: Fundación Alfonso Martín Escudero; 200AD.
160. Morin E. *Sobre la reforma de la universidad*. In: Porte J, Lladonosa Vall-Llebrera M, editors. *La universidad en el cambio de siglo*. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
161. Marcelo C. Marco general de investigación sobre la enseñanza en la universidad. *Rev Bras Docência, Ensino e Pesquisa em Educ Física*. 2009;1(1):4–24.
162. Rodríguez Espinar S, editor. *Manual de tutoría universitaria: Recursos para la acción*. Barcelona: Octaedro; 2004.
163. García Nieto N. La función tutorial de la universidad en el actual contexto de la educación superior. *Rev Interuniv Form Profr*. 2008;22(1):21–48.

8. REFERENCIAS

164. Shea GF. *Mentoring: Helping employees reach their full potential*. New York: American Management Association; 1994.
165. Carr R. *Alcanzando el futuro: el papel de la mentoría en el nuevo milenio: Un documento preparado para el Programa de Apoyo al Liderazgo y la Representación de la Mujer (PROLID)* [Internet]. Victoria (Canadá): Peer Resources; 1999 [cited 2015 Jun 15]. Available from: <http://www.peer.ca/spanish1.pdf>
166. Nieto Munuera J, Abad Mateo MA, Esteban Albert M, Tejerina Arreal M. *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2004.
167. Bimbela JL. El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *An Sist Sanit Navar*. 24(Supl 2):33–42.
168. Dilts R. *Coaching: Herramientas para el cambio*. Barcelona: Urano; 2006.
169. España. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de agosto de 1970, núm. 187, pp. 12525-12546.
170. España. Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de julio de 1985, núm. 159, pp. 21015-21022.; 1985.
171. España. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de octubre de 1990, pp. 28927-28942.
172. España. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207.
173. España. Real Decreto 898/1985, de 30 de abril, sobre régimen del profesorado universitario. *Boletín Oficial del Estado*, 19 de junio de 1985, núm. 146, pp. 18927-18930.
174. España. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de diciembre de 2001, núm. 307, pp. 49400-49425.
175. España. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, 13 de abril de 2007, pp. 16241-16260.
176. García Nieto N, Asensio Muñoz I, Carballo Santaolalla R, García García M, Guardia González S. La tutoría universitaria ante el proceso de armonización europea. *Rev Educ*. 2005;37:189–210.
177. Álvarez González M. La tutoría académica en el Espacio Europeo de la Educación Superior. *Rev Interuniv Form Profr*. 2008;22(1):71–8.
178. Fretwell JE. *Ward teaching and learning: sister and the learning environment*. London: Royal College of Nursing; 1982.
179. Ogier ME. *An ideal sister?* London: Royal College of Nursing;
180. Orton HD. *Ward learning climate: A study of the role of the ward sister in relation to student nurse learning on the ward*. London: Royal College of Nursing; 1981.
181. Botma Y, Hurter S, Kotze R. Responsibilities of nursing schools with regard to peer mentoring. *Nurse Educ Today*. 2013;33(8):808–13.
182. Ousey K. Socialization of student nurses – the role of the mentor. *Learn Heal Soc Care*. 2009;8(3):175–84.
183. Elkan R, Robinson J. Project 2000: the gap between theory and practice. *Nurse Educ Today*. 1993;13(4):295–8.
184. Elboj Saso C, Puigdemívol Aguadé I, Soler Gallart M, Valls Carol R. *Comunidades de aprendizaje: Transformar la educación*. Barcelona: Graó; 2002.
185. Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. *Guía del tutor de Pregrado de Enfermería*. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2005.
186. Consejería de Salud Junta de Andalucía. *Guía para la tutoría de la formación práctico clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía* [Internet]. [cited 2015 Jan 1]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/plan_formacion/guia_tutorizacion_clinica.pdf
187. D'Abate C, Eddy ER, Tannenbaum SI. What's in a name? A literature-based approach to understanding mentoring, coaching, and other constructs that describe developmental interactions. *Hum Resour Dev Q*. 2003;2(4):4360–84.
188. Solano Ruiz MC, Siles González J. La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. *Index Enferm*. 2013;22(4).
189. Hayes E, Harrell C. On being a mentor to nurse practitioner students: the preceptor-student relationship. *Nurse Pract Forum*. 1994;5(4):220–6.
190. Cónsul Giribet M, editor. *Historia de un cambio. Un currículo integrado con el aprendizaje basado en problemas*. Barcelona: Enciclopedia Catalana CAU; 2007.
191. Scheuer N, Pozo JI, Pérez Echeverría MP, Mateos M, Martín Ortega E, Cruz M, et al. *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje : las concepciones de profesores y alumnos*. Barcelona: GRAÓ; 2006.

192. Morin E. *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral; 2000.
193. Agencia Laín Entralgo. *Guía del tutor de pregrado de enfermería*. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2005.
194. Armengol Asparó C, Castro Ceacero D, Jariot García M, Massot Verdú M, Sala Roca J. El Prácticum en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): mapa de competencias del profesional de la educación. *Rev Educ*. 2011;354:71–98.
195. Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de Enfermería. *Metas Enferm*. 2008;11(3):28–32.
196. España. 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*, 21 de febrero de 2008, núm. 45, pp. 10020-10035.
197. ANECA, AQU, ACSUC, Ed. Programa AUDIT: Herramientas para el diagnóstico en la implantación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de la formación universitaria [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://www.aqu.cat/doc/doc_14248290_1.pdf
198. Cohen NH, Galbraith MW. Mentoring in the learning society. *New Dir Adult Contin Educ*. 1995;66:5–14.
199. Colliere MF. *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1993.
200. Csikszentmihalyi M. *Fluir (flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós; 1997.
201. Peiró JM. *Psicología social de las organizaciones*. In: Álvaro JL, Garrido A, Torregosa JR, editors. *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 155–97.
202. Gutiérrez Izquierdo MI, Latorre Fernández I. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectivas de los estudiantes de primer curso. *Metas de Enfermería*. 2002;5(49):50–3.
203. Cuñado Barrio A, Sánchez Vicario F, M.J. ML, Rodríguez Gonzalo A, Gómez García I. Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *Nure Inv*. 2011;52:1–12.
204. Cibanal Juan L, Gabaldón Bravo EM, Cartagena Peña E, Pérez Cañaveras RM, Vizcaya Moreno MF, Domínguez Santamaría JM, et al. Perfil emocional de los estudiantes de enfermería en prácticas clínicas: experiencias de aprendizaje en el Hospital General Universitario de Alicante. *Inv Edu Enferm*. 2008;26(2):226–35.
205. Schön DA. *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones (Educador)*. Barcelona: Paidós; 1992.
206. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D, editors. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books; 1997. p. 3–31.
207. Goleman D. *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos; 1996.
208. Sanjuán Quiles A, Ferrer Hernández ME. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. *Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones*. *Investig y Educ en Enfermería*. 2008;26(2):227–35.
209. Barrribal L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence. Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing student. *Nurse Educ Today*. 2011;31(8):855–60.
210. Manenti S, Ciampone M, Mira V, Minami L, Soares J. The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):727–33.
211. Consejería de Sanidad. *Plan de ordenación de recursos humanos del Servicio Madrileño de Salud*. Madrid: Comunidad de Madrid; 2012.
212. Alles MA. *Diccionario de comportamientos: Gestión por competencias*. Buenos Aires: Granica; 2004.
213. González Chorda V, Mena Tudela D, Salas Medina P, Cervera Gasch A, Orts Cortes I, Maciá Soler L. Assessment of bachelor's theses in a nursing degree with a rubrics system: Development and validation study. *Nurse Educ Today*. 2016;37:103–7.
214. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376–80.
215. Ervás JJ, Fernández Pérez MM. El grupo nominal: Un método de consenso. *Clínica Rural*. 1989;313:42–50.
216. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? 2000. 74(4).
217. Gil-Flores J. La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza Teach Rev Interuniv didáctica*. 10–11:199–214.
218. Krueger RA. *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide; 1991.
219. García Jiménez E, Rodríguez Gómez G, Gil-Flores J. Análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza Teach Rev Interuniv didáctica*. 1994;12:183–200.
220. McMillan JH, Schumacher S. *Investigación educativa*. Madrid: Pearson; 2005.

8. REFERENCIAS

221. Cuervo-Arango MA. Metodología de cuestionarios: Principios y aplicaciones. Bol ANABAD. 1993;43(3-4):263-72.
222. Martínez Olmo F. El cuestionario. Un instrumento para la investigación de las ciencias sociales. Barcelona: Laertes; 2002.
223. Alaminos Chica A, Castejón Costa JL. Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Alicante: Universidad de Alicante; 2006.
224. España. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, 6 de mayo de 2005, núm. 108, pp. 15480-15486.
225. Humphreys H. Recommendations to regions for the establishment of criteria for the approval and reapproval of trainers in general practice. London: The Joint Committee on Postgraduate Training for General Practitioners; 1993.
226. Morales Santos A, Cura Rodríguez J, Vieito Fuentes X. Normativa de la formación del residente de Radiodiagnóstico: estatuto del residente y ley de especialidades. Radiología. 2010;52(1):58-66.
227. Bardallo L, Rodríguez E, Chacón M. La relación tutorial en el prácticum de enfermería. Docencia Univ. 2012;12.
228. Martinañez N, Terrón M, Gallego T, Álvarez M. Competencias en las prácticas clínicas en ciencias de la salud. Madrid: Panamericana; 2016.
229. Álvarez Sánchez J. El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid. Análisis e interpretación mediante grupos focales. Rev Educ Medica. 2003;6(2):100-11.
230. Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. Educ Médica. 2015;16(1):57-67.
231. Alpízar Caballero L, Añorga Morales J. La actividad del tutor de la educación médica desde los principios de la educación avanzada. Rev Cub Med Mil. 2014;43(2):237-48.
232. España. Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. Boletín Oficial del Estado, 30 de junio de 1995, núm. 155;
233. Cura Rodríguez JL. El papel de los tutores en la formación de los residentes. Perspectivas de futuro. Rev Radiol. 2011;53(1):61-6.
234. Ruiz Gauna P, González Moro V, Morán Barrios J. Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. Educ Médica. 2015;16(1):34-42.
235. González Gil T. "Ruleta de emociones": el juego como estrategia para la educación emocional en el Grado de Enfermería. Metas Enferm. 2016;19(8):1.
236. Watkins C. An experiment in mentor training. In: Wilkin M, editor. Mentoring in Schools. London: Kogan Page; 1992. p. 97-115.
237. Shea GF. Mentoring. London: Kogan Page; 1992.
238. WHO. Nurse educator core competencies [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 15]. Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educator050416.pdf
239. Abedin Z, Biskup E, Silet K, Garbutt J, Kroenke K, Feldman M, et al. Deriving competencies for mentors of clinical and translational scholars. Clin Trans Sci. 2012;5(3):273-80.
240. García M, López M, Lorente A, Echevarría P. La formación de tutores prácticas enfermeras: un compromiso de todos. Index Enferm. 2008;17(2):149-50.
241. Martínez P, Martínez M, Parra J. Análisis de las funciones del tutor sanitario. Rev Inves Educ. 2009;27(1):223-45.
242. Council N& M. Standards to support learning and assessment in practice Preparation for mentors, practice teachers and teachers [Internet]. 2008 [cited 2015 Feb 25]. Available from: <https://goo.gl/vAqyLs>
243. Luhanga FL, Dickieson P, Mossey SD. Preceptor preparation: an investment in the future generation of nurses. Int J Nurs Educ Scholarsh [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 12];7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044038>
244. Saura Llamas J, Sebastián Delgado M, Martínez Garre N, Leal Hernández M. Perfil y competencias del tutor de residentes de las especialidades hospitalarias de Murcia [Internet]. Vol. 20, Rev Med La Paz. 2014 [cited 2015 Dec 3]. p. 30-42. Available from: <http://goo.gl/lc8SvC>

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. PROGRAMA DE LA INTERVENCIÓN FORMATIVA: APRENDER A ENSEÑAR PARA ENSEÑAR A APRENDER

EL TUTOR DE PREGRADO DE ENFERMERÍA

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN (Rellenar con letra legible y en MAYÚSCULAS)	
Nombre y Apellidos:	
NIF:	Área Sanitaria:
Centro de trabajo:	
Servicio:	
Puesto/Cargo:	
Dirección:	
C.P.:	Localidad:
Teléfono trabajo (*):	Teléfono móvil (*):
Otro teléfono (*):	FAX:
E-mail (*):	
Titulación Académica:	
Participación como tutor en: <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado	
Justificación del interés para realizar el curso:	
Visto Bueno del/de la Jefe/a del servicio, coordinador/a de E.A.P. o Resp. de la Unidad	Fecha y firma del/de la solicitante, que declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud
La solicitud deberá ser presentada al responsable de formación continuada de la Dirección General, Hospital o área de Atención Primaria correspondiente, quien la remitirá a la Agencia Lain Entralgo	
* LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS	



Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero, perteneciente a la Agencia Lain Entralgo, cuya finalidad es gestionar las solicitudes de participación de alumnos en los subprogramas de formación y facilitar la difusión de la oferta formativa de la Agencia. Dicho fichero se halla incluido en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.comunidad.madrid) y podrá ser objeto de las acciones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Agencia Lain Entralgo, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición está situada en C/ Gran Vía, 27 - 28013 - Madrid, toda la cual se le tiene en cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

CURSO ACREDITADO CON 3,5 CRÉDITOS

EL TUTOR DE PREGRADO DE ENFERMERÍA

Aprender a enseñar para enseñar a aprender.

XXXXVII Edición.

2 y 3 de febrero de 2009

Agencia Lain Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

SaludMadrid **Comunidad de Madrid**

Enfermería

Objetivos:

Motivar a los profesionales de enfermería del Servicio Madrileño de Salud. Promover las nuevas corrientes del Espacio Europeo de Educación Superior en el ámbito asistencial. Propiciar la participación activa de los profesionales asistenciales en la Formación del Pregrado de enfermería. Proveer a los profesionales de enfermería de habilidades y actitudes que potencien su capacidad como educadores. Definir la misión y la función del Tutor en la formación del pregrado de enfermería. Proporcionar metodologías educativas para el desarrollo de la función de Tutor de Pregrado de enfermería.

Metodología:

Informaciones
Entrenamiento de habilidades
Experiencias de interacción

Duración: 30 horas. **Asistencia obligatoria al 100%**

Número de plazas: 30.

Fechas y horario: 2 y 3 de febrero de 9 a 14 horas y de 15,30 a 20,30 h

Lugar de celebración:

Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. C/ Gran Vía, 27. 28013, Madrid

Coordinación:

M^a Victoria Antón. Agencia Lain Entralgo
Teléfono: 913089553. victoria.anton@salud.madrid.org

Fecha límite de inscripción:

Dos semanas antes del inicio

II.- ENSEÑAR A APRENDER

De la mentalidad-conocimiento a la mentalidad-alumno.
Hacia una motivación ecológica.
Gestión de conflictos y solución de incidencias.

III.- PERFIL DE COMPETENCIAS DEL TUTOR DE ENFERMERÍA

Modelo de Gestión por Competencias: Desarrollo del Talento Profesional.
Técnicas y herramientas del Modelo.
Elaboración del Perfil.

IV.- PERSPECTIVAS DE LA FORMACIÓN PRÁCTICO CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN EL SIGLO XXI

El Espacio Europeo de Educación Superior.
Las nuevas propuestas metodológicas
El Tutor como facilitador del proceso de integración teórico-práctico

Profesorado:

M^a Victoria Antón Nardiz
M^a Teresa Arguello López
ACAP Consultores


Información:

Agencia Lain Entralgo. Teléfonos: 913089425 / 913089553
Fax: 913089459. Correo: concepcion.bartolome@salud.madrid.org

Toda la información actualizada del curso en:

<http://www.madrid.org>
<http://saluda.salud.madrid.org>

9.2. ANEXO 2. GUIA DE LA ASIGNATURA “GESTIÓN Y LEGISLACIÓN SANITARIA”



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
Código: 18395
Centro: Facultad de Medicina
Titulación: Enfermería
Nivel: Grado
Tipo: formación Obligatoria
Curso Académico: 20012-2013

1 ASIGNATURA / COURSE

Gestión y legislación sanitaria

1.1. Código / Course Code

18395

1.2. Materia / Content area

CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

1.3. Tipo / Type of course

Formación obligatoria / Compulsory subject

1.4. Nivel / Course level

Grado / Bachelor (first cycle)

1.5 Curso / Year of course

3º / 3rd

1.6. Semestre / Semester

2º / 2nd (Spring semester)

1.7. Número de créditos / Credit allotment


6 ECTS / 6 ECTS

1.8. Requisitos Previos / Prerequisites

Ninguno.

1.9. Requisitos mínimos de asistencia a las sesiones presenciales / Minimum attendance requirement

La asistencia a las clases magistrales es muy recomendable. La asistencia a los seminarios, tutorías de asignatura y presentación de los trabajos es obligatoria en un 90%, dado que estas actividades forman parte del tiempo presencial del



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
Código: 18395
Centro: Facultad de Medicina
Titulación: Enfermería
Nivel: Grado
Tipo: formación Obligatoria
Curso Académico: 20012-2013

estudiante y, como se indicará más adelante, tienen un peso específico en la calificación final.

1.10. Datos del profesor/a / profesores / Faculty Data

Docente/Lecturer: M^a Teresa Argüello López

Correo electrónico/Email: mteresa.arguello@uam.es

1.11. Objetivos del curso / Objective of the course


PROPÓSITO GENERAL DEL PROGRAMA
Se pretende que los estudiantes adquieran el conocimiento de los mecanismos básicos del funcionamiento de la Gestión en los Servicios de Salud en nuestro Estado, revisando los conceptos que definen los diferentes modelos de Sistemas de Salud, analizando la influencia de la Economía en la provisión de servicios sanitarios y describiendo los conceptos generales de la gestión de los Servicios Sanitarios. En el campo de la Gestión de Servicios de Enfermería, se hará hincapié en que el alumno comprenda y maneje las técnicas y procedimientos más usuales en la gestión de servicios, recursos humanos, materiales, económicos y financieros.

COMPETENCIAS

- Conocer los principios de financiación sanitaria y socio-sanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
- Trabajar con el equipo multidisciplinar de las organizaciones asistenciales.
- Conocer los sistemas de información sanitaria.
- Conocer las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados, así como ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de equipos.
- Conocer el sistema sanitario español y la legislación vigente en el ámbito sanitario

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Explica los modelos y procesos de gestión de los servicios de salud y su interrelación con la gestión de cuidados.
- Demuestra los conocimientos básicos para poder aplicar el proceso administrativo a la práctica profesional en el ámbito de la gestión.
- Analiza los factores determinantes de la calidad asistencial y los instrumentos de evaluación y mejora.



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
Código: 18395
Centro: Facultad de Medicina
Titulación: Enfermería
Nivel: Grado
Tipo: formación Obligatoria
Curso Académico: 20012-2013

- Conoce y aplica las técnicas de dirección de equipos, a través del modelo de gestión por competencias.
- Analiza los conceptos de investigación, desarrollo e innovación como instrumentos para la gestión ética en la profesión enfermera.
- Argumenta las características más representativas de los tipos de sistemas sanitarios y sus modelos de financiación, producción, distribución y evaluación.
- Describe la legislación en el ámbito de la salud y analiza las normativas legales que regulan los derechos y deberes de pacientes y profesionales.

1.12. Contenidos del Programa / Course Contents

UNIDAD I.- INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN.

TEMA 1.- Teoría General de la Administración (TGA). Objetivos y concepto de la Administración. La Administración como ciencia.

TEMA 2.- Orígenes y antecedentes históricos de la Administración.

TEMA 3.- Principales teorías administrativas y sus diversos enfoques.

UNIDAD II.- SISTEMAS DE SALUD GESTIÓN Y LEGISLACIÓN SANITARIA.


TEMA 4.- Sistemas de Salud: Modelos principales y elementos diferenciales. Economía de la Salud: Características económicas de la salud. La salud como bien económico.

TEMA 5.- El Sistema de Salud Español: Evolución legislativa. Ley General de Sanidad. Cambios organizativos del Sistema Sanitario Español.

TEMA 6.- Legislación sanitaria: Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Ley de régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (La Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria).

UNIDAD III.- GESTIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

TEMA 7.- La Dirección de Enfermería como sistema abierto. La función gestora en Enfermería y sus diferentes niveles de gestión.



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
Código: 18395
Centro: Facultad de Medicina
Titulación: Enfermería
Nivel: Grado
Tipo: formación Obligatoria
Curso Académico: 20012-2013

TEMA 8.- El proceso administrativo en Enfermería: Etapas y características.

TEMA 9.- La planificación de los servicios enfermeros. Importancia y fines de la planificación. Modelos y Cuadro de mando integral.

TEMA 10.- La organización y su estructura. Los recursos humanos. El trabajo y la formación en equipo.

TEMA 11.- La dirección de los servicios en enfermería. Liderazgo y motivación. Resolución de conflictos y toma de decisiones. Comunicación.

TEMA 12.- El control y la evaluación de los servicios enfermeros. Ámbito, tipos e instrumentos del control.

UNIDAD IV.- HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS ENFERMEROS.


TEMA 13.- El Departamento de Calidad en Enfermería. Evolución de los movimientos por la calidad. Enfoques de la valoración de la calidad. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. Indicadores, criterios y estándares de calidad. Programas de calidad.

TEMA 14.- La ética empresarial como conciencia social de la empresa. La ética como valor añadido. Institucionalización de la ética empresarial.

TEMA 15.- Gestión por competencias: Paradigma de competencias, procesos de Selección y Desarrollo.

1.13. Referencias de Consulta / Course bibliography

- Ayuso D. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. Madrid: Díaz Santos, 2006
- Marriner-Tomey A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. Octava edición. Barcelona: Elsevier, 2009.
- Mompert MP, Durán M. Administración y Gestión. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2001.
- Mora JR. Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- Muñoz L, Monfort E. Aplicación Práctica del Cuadro de Mando Integral. Barcelona. Edit. Gestión 2000



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
 Código: 18395
 Centro: Facultad de Medicina
 Titulación: Enfermería
 Nivel: Grado
 Tipo: formación Obligatoria
 Curso Académico: 20012-2013

- Ortega Vargas MC, Suárez MC. Manual de Evaluación de los Servicios de Enfermería: Estrategia para su aplicación. 2009. books.google.es

- Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill, 2004.

- Salvadores P et al. Manual de Administración de los Servicios de Enfermería. Madrid: Ariel Ciencias Médicas, 2002.

- Vuori H. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1989.

Enlaces de interés:

- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/Calidad/Manual_Calidad_Asistencial-SESCAM_SCLM.pdf


2. Métodos Docentes / Teaching methodology

Se utilizará una metodología de aprendizaje constructivista e integral, orientada a la adquisición de las competencias descritas en esta materia. Los contenidos se trabajaran de forma secuencial a través de un conjunto de métodos de enseñanza, que orienten la experiencia de aprendizaje que el alumno debe recorrer a lo largo de la materia, facilitando la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes hacia los procesos de Gestión de los Servicios de Enfermería en el marco de las Estructuras y Legislación Sanitaria vigente en nuestro país.

Métodos de enseñanza utilizados para facilitar el proceso de aprendizaje:

CLASES TEÓRICAS	Docencia teórica en aula.
SEMINARIOS	Sesiones monográficas supervisadas por el profesorado con participación compartida (profesorado, estudiantes, expertos, etc.)
TUTORIAS PROGRAMADAS	Sesiones en grupos para seguimiento y corrección de trabajos.
CLASES PRÁCTICAS EN AULA	Actividad práctica en aula orientada a la aplicación de conocimientos a situaciones concretas. Se presentarán los trabajos elaborados por los alumnos.

Será necesaria la implicación crítica y activa de los estudiantes a lo largo de la asignatura para la consecución eficaz de las competencias planteadas.



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
 Código: 18395
 Centro: Facultad de Medicina
 Titulación: Enfermería
 Nivel: Grado
 Tipo: formación Obligatoria
 Curso Académico: 20012-2013

3. Tiempo estimado de Trabajo del Estudiante / Estimated workload for the student


CONCEPTO	HORAS	%
Clases Teóricas y Teórico-prácticas	38	25,3%
Seminarios	10	6,6%
Tutoría de asignatura programada	5	3,3%
Examen	2	1,3%
Presentación de los trabajos	5	3,3%
TOTAL PRESENCIAL	60	40%
Preparación de actividades y trabajo	40	26,6%
Preparación de examen	25	16,6%
Estudio personal	25	16,6%
TOTAL NO PRESENCIAL	90	60%
TOTAL	150	100%

4. Métodos de Evaluación y Porcentaje en la Calificación Final / Assessment Methods and Percentage in the Final marks

La valoración del aprovechamiento del alumno se llevará a cabo de forma continuada a lo largo del desarrollo del programa, mediante ejercicios, intervenciones en clase, asistencia a las tutorías.

Criterios de evaluación continua: asistencia y participación en las clases, seminarios y exposición de los trabajos en equipo. Al término de los contenidos se realizará una prueba que constará de cincuenta preguntas de múltiple respuesta correspondientes a las unidades que componen el programa.

La calificación final será la suma de los porcentajes asignados a las distintas actividades realizadas por el estudiante, siendo imprescindible la superación del examen final y la entrega del trabajo obligatorio realizado en equipo.



Asignatura: Gestión y Legislación Sanitaria
 Código: 18395
 Centro: Facultad de Medicina
 Titulación: Enfermería
 Nivel: Grado
 Tipo: formación Obligatoria
 Curso Académico: 20012-2013

CONCEPTOS DE EVALUACIÓN	%
Evaluación continua y participación	(30%)
Prueba escrita de múltiple respuesta	(40%)
Trabajo obligatorio realizado en Equipo	(30%)

En la convocatoria extraordinaria: la evaluación consistirá en una prueba de 60 preguntas de múltiple respuesta correspondientes a las Unidades que componen el programa. Para la calificación final se tendrán en cuenta las notas obtenidas en la evaluación continua (30%) y el trabajo obligatorio (30%), así como la calificación obtenida en la prueba escrita (40%). Si no ha sido presentado el trabajo obligatorio, a lo largo del curso, se presentará el día del examen.

5. Cronograma/Course Calendar

El cronograma que a continuación se presenta tiene carácter orientativo, ya que depende del grado de comprensión y asimilación de los conceptos expuestos y del proceso de elaboración de los ejercicios prácticos y exposiciones orales por parte de los estudiantes.

SEMANAS	TEMAS
1 y 2	Unidad I.- Introducción a la teoría general de la administración. Unidad II.- Sistemas de Salud, gestión y legislación sanitaria.
3 a 9	Aprendizaje clínico
10 14	Unidad III.- Gestión de servicios de Enfermería. Unidad IV.- Herramientas y técnicas en el proceso de gestión de los servicios enfermeros.
15 y 16	Prueba final

9.3. ANEXO 3. CUESTIONARIO



Estamos realizando un estudio sobre el “perfil de competencias” del tutor de prácticas clínicas de los alumnos de enfermería. Para ello necesitamos contar con su opinión mediante la cumplimentación, voluntaria, de los siguientes cuestionarios. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos en este cuestionario

Este cuestionario es anónimo, no debe poner su nombre ni firmarlo.

EDAD: SEXO.....:.....HOMBRE.....MUJER.....

AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIVERSIDAD:

UNIVERSIDAD PÚBLICA.....PRIVADA.....CIUDAD:

CATEGORÍA ACADÉMICA:

1. Por favor enumere las 7 ACTIVIDADES más importantes, que a su juicio, debe realizar el tutor de prácticas clínicas de enfermería.
2. Por favor, enumere las 7 COMPETENCIAS más importantes, que a su juicio debe poseer el tutor de prácticas clínicas de enfermería.
3. ¿Considera que las competencias del tutor de prácticas clínicas de los alumnos de enfermería, deben ser las mismas independientemente del curso al que pertenezca el alumno?

SI NO

En caso de que su respuesta haya sido NO, explique las diferencias.

¡Muchas gracias por su colaboración!

9.4. ANEXO 4. CONTENIDOS DEL MODULO

MODULO III: PERFIL DE COMPETENCIAS DEL TUTOR DE ENFERMERÍA.

CONTENIDOS:

1. *Modelo de Gestión por Competencias:*

- *Origen del Modelo*
- *Conceptos claves: competencia, perfiles de competencias*
- *Elementos de la competencia: conocimientos, habilidades y actitudes*

2. *Desarrollo del Talento Profesional.*

- *Evaluación por competencias mediante entrevistas focalizadas*
- *Guías para el desarrollo de competencias*
- *Las preguntas mágicas como desarrollo del talento*

3. *Técnicas y herramientas del Modelo.*

- *Técnica de consenso: Panel de expertos*
- *Diccionario de competencias*
- *Criterios e indicadores de conducta*
- *Assessmen Center*

4. *Elaboración del Perfil.*

- *Realización de Panel de expertos: “Competencias del tutor de prácticas clínicas de enfermería”*

9.5. ANEXO 5. EJERCICIO INDIVIDUAL



1. Describa las **8 ACTIVIDADES** más importantes que, a su juicio, debe realizar un TUTOR DE PRACTICAS CLINICAS, con los alumnos de enfermería.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

(anverso)



2. Describa las **8 COMPETENCIAS** más importantes que, a su juicio, debe poseer un TUTOR DE PRACTICAS CLINICAS, con los alumnos de enfermería.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

(reverso)

9.6. ANEXO 6. EJERCICIO GRUPO



1. Mediante consenso de todos los miembros de su grupo, seleccionar las **6 ACTIVIDADES** más importantes que, a juicio de todos, debe realizar un TUTOR DE PRACTICAS CLINICAS, con los alumnos de enfermería.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

(anverso)



2. Mediante consenso de todos los miembros de su grupo, seleccionar las **6 COMPETENCIAS** más importantes que, a juicio de todos, debe realizar un TUTOR DE PRACTICAS CLINICAS, con los alumnos de enfermería..

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

(reverso)

9.7. ANEXO 7. PROTOCOLO DE PRESENTACIÓN



PROTOCOLO DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Presentación del encuestador
2. Justificación de su realización
3. Presentación de los motivos de la encuesta
4. Dar a conocer el organismo desde el que se realiza la investigación
5. Garantizar el anonimato del encuestado
6. Agradecer, de antemano, su colaboración
7. Presentación del encuestador
8. Justificación de su realización
9. Presentación de los motivos de la encuesta
10. Dar a conocer el organismo desde el que se realiza la investigación
11. Garantizar el anonimato del encuestado
12. Agradecer, de antemano, su colaboración

9.8. ANEXO 8. DOCUMENTO DE PRESENTACIÓN



PROTOCOLO DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Presentación del encuestador
2. Justificación de su realización
3. Presentación de los motivos de la encuesta
4. Dar a conocer el organismo desde el que se realiza la investigación
5. Garantizar el anonimato del encuestado
6. Agradecer, de antemano, su colaboración

1. del investigador:

- Autora de la investigación: M^a Teresa Argüello López
- Doctoranda
- Universidad Autónoma de Madrid

2. Datos de la investigación:

- Título de la tesis doctoral: Desarrollo del perfil de competencias del tutor de las prácticas clínicas de enfermería
- Lugar de realización: Universidades públicas y privadas de la Comunidad Autónoma de Madrid, en las que se imparta la titulación de enfermería.
- Finalidad de la investigación: Describir las actividades y competencias que debe poseer el tutor de prácticas clínicas de enfermería.

9.9. ANEXO 9. PANEL DE TUTORES

GRUPO	Nº PART	Nº GRUP	PUESTO DE TRABAJO	PERFIL DE COMPETENCIAS
1	30	5	Acogida y valoración. Formación en conocimientos y habilidades Guiar y apoyar. Motivar y estimular. Transmitir valores y ética. Evaluación continua y global	Capacidad pedagógica Conocimientos actualizados Trabajo en equipo. Capacidad organizativa. Relaciones sociales. Resolutivo
2	28	4	Acogida y ubicación. Enseñar Técnicas y habilidades de enfermería. Conseguir objetivos previstos Trabajo en equipo Evaluación continua y reciproca	Resolución de problemas. Toma de decisiones. Capacidad de gestionar. Capacidad de aprender a aprender. Trabajo en equipo.
3	34	6	Acogida. Ayudar a poner en práctica los conocimientos teórico-prácticos. Habilidad social. Dirigir aprendizaje y favorecer autonomía. Motivar. Evaluación.	Capacidad de organización. Liderazgo. Habilidades de comunicación Motivación personal y profesional. Formación continua. Autocontrol Trabajo en equipo.
4	28	4	Acogida. Coordinación. Transmitir conocimientos. Evaluación.	Conocimiento disciplinar. Capacidad de transmitir información/conocimiento Trabajo en Equipo. Capacidad de observación evaluación y crítica
5	34	7	Acogida. Fomentar relación interpersonal. Docencia. Evaluación.	Conocimiento disciplinar. Capacidad organizativa. Resolución de problemas Habilidades interpersonales. Capacidad de observación Evaluación y crítica
6	25	4	Acogida. Planificar. Motivar Enseñar. Evaluación Continua.	Conocimiento disciplinar. Trabajo en equipo Habilidades docentes Motivación docente. Asertividad.
7	28	4	Acogida. Definir objetivos y criterios de evaluación Enseñar. Evaluar	Didáctico. Trabajo en equipo Autocontrol Habilidades interpersonales. Flexibilidad.
8	36	6	Acogida. Motivar Enseñar fomentando autonomía Evaluación continua con acciones de desarrollo	Conocimiento y habilidad disciplina Objetivo Comunicación Autocontrol Motivado y saber motivar.

9. ANEXOS

9	30	5	Acogida recepción. Conocer objetivos Dirigir aprendizaje Evaluación.	Conocimiento y habilidad disciplinar Comunicación Capacidad docente Pensamiento crítico.
10	33	5	Acogida recepción. Planificar Guiar las practicas Apoyar al alumno. Evaluar permanentemente	Conocimientos actualizados Capacidad de enseñar Flexibilidad. Paciente Objetivo
11	24	4	Acogida. Planificar la formación Enseñar Motivar. Evaluadora	Conocimientos científicos y técnicos Habilidades comunicación Habilidades de relación Habilidades docentes Autocontrol (tolerancia, paciencia, respeto)
12	33	6	Acogida: presentación y entrevista. Planificar la formación: Elaborar un plan individualizado. Enseñar para el cuidado Dirigir, guiar y acompañar. Evaluar y comunicación con profesor asociado	Conocimientos profesional y docente. Trabajo equipo Habilidades de relación interpersonales Habilidades docentes Transmitir cuidado integral (Humanización)
13	30	5	Acogida e integración en Unidad. Enseñar trabajo enfermero Reflexionar después de hacer. Evaluar aprendizaje	Conocimiento profesional act. Autocontrol Habilidades de comunicación Flexibilidad. Pensamiento crítico
14	25	4	Acogida y ubicación Pactar objetivos conjuntamente Conocer al alumno Guiar y enseñar (técnicas y habilidades) Evaluar y supervisar	Liderazgo Trabajo en equipo Habilidades de comunicación Autocontrol Habilidades de comunicación.
15	30	6	Recepcionar y acoger Aportación de conocimientos teóricos y prácticos Motivar el aprendizaje Asesorar y guiar Evaluar continua	Conocimiento disciplinar Habilidades sociales Trabajo en equipo Habilidades sociales Ser buen comunicador.
16	32	6	Recibimiento y acogida Planificar la formación Transmitir conocimientos y valores Motivar Evaluar conocimientos y habilidades	Conocimiento teóricos y prácticos Habilidades de comunicación Capacidad docente Autocontrol Trabajo en equipo.
17	30	6	Acogida Definir objetivos Formación teórico-práctica Motivar Evaluación continua	Conocimiento teóricos y prácticos Habilidades de comunicación y sociales Autocontrol Capacidad de trabajo en equipo. Valorar la profesión enfermera
Totales	510	87		

9.10. ANEXO 10. PANEL ALUMNOS

GRUPO	Nº PART	Nº GRUP	PUESTO DE TRABAJO	PERFIL DE COMPETENCIAS
1	51	8	Orientar , guiar Ser nexo de unión entre los enfermeros/as de la unidad Realizar evaluación continua Integra al alumno en la Unidad de enfermería Fomentar la autonomía del alumno	Empatía Conocimiento disciplinar actualizado Comprensión Ser objetivo Capacidad docente
2	48	6	Acogida Enseñar con objetivos de aprendizaje Planificar el aprendizaje del alumno Enseñar con evidencia Evaluación continua	Empatía Flexibilidad Orientación al logro Autocontrol Conocimiento disciplinar actualizado o
3	51	8	Acogida Enseñar con objetivos de aprendizaje Seguimiento Evaluación continua Fomentar autonomía	Orientación al logro Ser objetivo Comunicación Conocimiento disciplinar actualizado Comunicación
4	64	8	Acogida Evaluación continua Trabajar con evidencia Fomentar autonomía en el alumno Seguimiento	Responsabilidad Flexibilidad Empatía Asertividad Ser objetivo
5	70	10	Acogida Enseñar con objetivos de aprendizaje Enseñar desde la evidencia Motivar al alumno Evaluación continua	Flexibilidad Empatía Asertividad Iniciativa Orientación al logro
6	24	4	Acogida Integración Enseñar desde la evidencia Motivar Evaluación continua	Empatía Responsabilidad Conocimiento disciplinar actualizado Capacidad docente Exigente
7	23	4	Enseñar desde la evidencia Enseñar a trabajar en equipo Seguimiento al alumno Evaluación continua	Comunicación Comprensión Responsabilidad Objetivo Respetuoso
TOTAL	329	48		

9.11. ANEXO 11. GUIA DE DESARROLLO COMPETENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO

Guía de desarrollo de la competencia:

TRABAJO EN EQUIPO

Definición de Trabajo en Equipo y Cooperación:

Implica la intención de colaboración con otros, formar parte de un conjunto de personas que trabajar unidos con fines y propósitos comunes y compartidos, como opuesto a hacerlo individualmente.

Actividades de desarrollo en el puesto: Reflexión

1. Profundiza en el conocimiento del equipo al que perteneces:
 - Cuál es su propósito, sus objetivos, su misión principal
 - Quién son sus miembros y cuál es la responsabilidades de cada uno
 - Métodos de trabajo y actividades realizadas
 - Qué “formas de hacer” se valoran y cuáles están desprestigiadas
2. Reflexiona sobre cuál es tu papel y que se espera de ti:
 - ¿Cuál es mi contribución específica?
 - ¿Cómo puedo mejorar?
 - ¿En qué plazo de tiempo?
 - ¿Qué normas explícitas o implícitas tengo que seguir?

Actividades de desarrollo en el puesto: Acciones

- *Trata con amabilidad, asertividad y respeto a tus compañeros.*
- *Practica el arte de la sonrisa. Comprueba sus efectos sobre el clima del equipo.*
- *Sé prudente con los comentarios que puedan enturbiar el ambiente.*
- *Informa a los demás de tus cargas de trabajo y tus prioridades. Pide ayuda, si es necesario*
- *Cuando el equipo atraviese situaciones complicadas, muéstrate optimista.*
- *Adquiere el hábito de buscar la parte positiva, reformulando el problema y utilizando un lenguaje positivo “se pueden buscar más opciones”, “hay más alternativas”*
- *Aplica el sentido del humor para “quitar hierro” a la situación.*
- *Las emociones son contagiosas. Muéstrate optimista.*
- *Transmite a tus compañeros la información que necesitan para su trabajo.*
- *Pon atención para detectar quién puede necesitar tu ayuda o quién puede beneficiarse de tu conocimiento.*
- *Toma la iniciativa de ayudarlos cuando estén sobrecargados o apoyarlos en la resolución de un problema.*

Recursos de desarrollo

1. Libros:
 - Borrell, F. *Cómo Trabajar en Equipo y crear relaciones de calidad entre jefes y compañeros.* Gestión 2000. Barcelona, 2001
 - DeBono, E. *Conflictos. Cómo resolverlos de la mejor manera.* Plaza y Janés. Barcelona, 1990
2. Películas:

- La gran evasión
- Ocean's eleven
- 300
- Titanes
- La tormenta perfecta

Citas y proverbios

- *“La forma en que un equipo juega como un todo determina el éxito. Se puede tener el grupo de individuos más brillante del mundo, pero si no juegan juntos, el club no ganará un partido”*

Babe Ruth

- *“Los grupos que se divierten juntos -que disfrutan estando en compañía, que pueden bromear y que comparten buenos momentos- disponen de suficiente capital emocional no sólo para sacar provecho de los buenos momentos sino también para afrontar los malos. Es muy probable que, cuando se encuentren sometidos a presión, los grupos que no comparten este vínculo emocional se estanquen, funcionen mal o terminen desintegrándose.”*

Daniel Goleman

9.12. ANEXO 12. ARTICULO PUBLICADO

Docencia

Análisis mediante panel de expertos de las competencias Y ACTIVIDADES DE LOS TUTORES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Resumen

Aunque la formación práctica siempre ha tenido un peso importante en los estudios de Enfermería, dicha formación adquiere una nueva dimensión desde el Espacio Europeo de Educación Superior. Esto ha supuesto una adaptación de los planes de estudio, en los que una de las novedades es la consideración de las prácticas clínicas como asignatura independiente y la incorporación del concepto de competencia como el resultado de aprendizaje que los alumnos deben alcanzar. La figura del tutor se convierte en una de las piezas clave y para ello es necesario definir sus actividades así como sus propias competencias.

OBJETIVO. Enumerar y priorizar por consenso las principales actividades y competencias del tutor de Prácticas Clínicas de los alumnos de Enfermería en la Comunidad Autónoma de Madrid.

METODOLOGÍA. Enfoque cuantitativo, análisis mediante grupo de expertos, desarrollado en el periodo comprendido entre 2010 y 2013.

RESULTADOS. Han participado un total de 510 enfermeras/os, se han realizado 17 paneles de expertos y se ha obtenido consenso en 22 competencias y 12 actividades.

CONCLUSIONES. La descripción de actividades y competencias puede ser de gran utilidad en los procesos de selección, evaluación y desarrollo de los tutores de Prácticas Clínicas de Enfermería, al convertirse en el criterio orientado a disminuir la variabilidad en el desarrollo de la tutoría según las nuevas demandas del Espacio Europeo de Educación Superior.

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS, COMPETENCIA CLÍNICA, MENTORES.

ANALYSIS USING AN EXPERT PANEL OF ACTIVITIES AND COMPETENCIES WHICH NURSING CLINICAL PRACTICE TUTORS IN THE COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID SHOULD POSSESS

Summary

Although practical training has always been important in Nursing, it has reached a new dimension in the European Higher Education Area. This has involved adapting the syllabus, where one of the new features is considering clinical practice as an independent subject and also including the concept of competence as a result of the students' learning. The figure of the tutor becomes one of the key factors and therefore their activities and competencies must be defined.

OBJECTIVE. To enumerate and prioritize, by agreement, the main activities and competences by the tutor of clinical practices in the Comunidad Autónoma de Madrid should possess.

METHODOLOGY. Quantitative focus, analysis by group of experts between 2010 and 2013. **RESULTS.** A total of 510 nurses have participated, 17 panels of experts have met and consensus has been reached on 22 competencies and 12 activities.

CONCLUSIONS. The description of activities and competencies can be extremely useful for selecting, evaluating and developing nursing clinical practice tutors, becoming a baseline and reducing the subjectivity in the development of tutors according to the new demands of the European Higher Education Area.

KEYWORDS: COMPETENCY BASED TRAINING, CLINICAL COMPETENCE, MENTORS.

MARÍA TERESA ARGÜELLO LÓPEZ: DUE. Licenciada en Ciencias de la Educación. Profesora en el grado de Enfermería. Facultad de Medicina (Universidad Autónoma de Madrid).

Correo e.: mteresa.arguello@uam.es

ANA MARÍA PALMAR SANTOS: Doctora por la Universidad Autónoma de Madrid. Doctora contratada en el grado de Enfermería. Facultad de Medicina (Universidad Autónoma de Madrid).

Correo e.: ana.palmar@uam.es

CARMEN SELLÁN SOTO: Doctora por la Universidad Autónoma de Madrid.

Vicedecana de Enfermería. Doctora contratada en el grado de Enfermería.

Facultad de Medicina (Universidad Autónoma de Madrid).

Correo e.: carmen.sellan@uam.es

Introducción

La enseñanza clínica es el punto clave en la formación de los estudios de grado en Enfermería, donde el alumno aprende dentro de un equipo y en un entorno real, bien en centros hospitalarios, bien en centros de Atención Primaria. Esta parte práctica de los estudios de Enfermería se ha visto reforzada por las exigencias derivadas de la integración de los estudios de Enfermería en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) [1], en cuyo plan de estudios se han incorporado seis nuevas asignaturas, totalmente prácticas, denominadas Prácticas Clínicas. Estas se cursan, en la mayoría de los casos, entre el 2.º y el 4.º curso del grado, constan de una calificación independiente, y se desarrollan siguiendo un mapa de competencias que va evolucionando y haciéndose más complejo en función del momento formativo.

Los nuevos planes de estudio basados en la declaración de Bolonia plantean un aprendizaje en términos de competencias para el cual es necesario unos requisitos y recursos, entre los que se encuentra la figura del tutor de Prácticas Clínicas [2].

El papel que juegan los tutores de Prácticas Clínicas (TPC) se convierte en una misión cuya visión estratégica es guiar la enseñanza clínica del alumno [3]. Está orientado a formar enfermeros con un perfil competencial que les permita liderar los cuidados desde el conocimiento adaptado a los permanentes cambios del entorno y respondiendo a las demandas sociales.

La validez social de los nuevos graduados se evidenciará en la forma en que estos afronten los desafíos permanentes que les depara el futuro. Esto dependerá, entre otros factores, aunque de forma determinante, de la formación que hayan recibido [4, 5].

La figura del TPC es tan antigua como los estudios de Enfermería. Desde sus inicios acompañar al alumno ha formado parte de su actividad cotidiana, aunque otra cosa es cómo esta figura ha evolucionado a lo largo del tiempo y cómo se debe contemplar en la actualidad.

En este nuevo contexto, se puede entender la figura del tutor como aquel profesional de Enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje

práctico-clínico de uno o más estudiantes en su ámbito de trabajo, planificando y coordinando dicho aprendizaje y siendo un referente y un soporte pedagógico para el estudiante durante su estancia en el centro donde realiza las prácticas clínicas [6].

Su actividad consiste en propiciar la adquisición de las competencias clínicas y ampliar la formación del estudiante relativa a los principios éticos en defensa de la dignidad de la persona [7].

Dentro de las múltiples definiciones que se pueden encontrar en la literatura sobre el término de «competencia», se toma como referencia la que define dicho concepto como «un conjunto de comportamientos observables que conducen a desempeñar con eficacia y eficiencia un puesto de trabajo, específico, en una organización determinada» [8]. En el ámbito educativo, la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) la define como el «conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil del egresado del programa» [9].

Los nuevos planes de estudio basados en la declaración de Bolonia plantean un aprendizaje en términos de competencias

Otro concepto que forma parte del enfoque por competencias es el perfil de competencias. El perfil de competencias es el grupo de estas necesario para desempeñar unas funciones específicas. Su utilidad viene determinada porque permite:

- Establecer las características para desempeñar un puesto determinado.
- Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora de cada profesional.
- Seleccionar al profesional que mejor se adapte al perfil establecido.
- Diseñar acciones de formación y desarrollo [10].

Se recomienda trabajar con diccionarios de competencias para identificar los comportamientos, ya que estos muestran el grado de capacidad que se tiene sobre una determinada competencia [11].

A pesar de la importancia que se concede a las competencias, existe poca evidencia sobre la definición y validación de perfiles [12]. Sin embargo, algunos estudios indican que, mediante la validación de herramientas como perfiles o diccionarios de competencias, en los que se definen las conductas en términos de indicado-

Docencia

res, se puede medir el nivel de competencia de los profesionales [13].

Desde el ámbito educativo, el enfoque por competencias adquiere un gran protagonismo en los nuevos planes de estudios.

Algunos autores apuntan la necesidad de definir un perfil competencial del TPC, de manera que permita identificar a aquellos enfermeros y enfermeras que mejor se adaptan al perfil, lo que ayudaría a resolver el problema de la no discriminación entre el profesional novel y el experto [14]. En la actualidad no hay criterios de selección, más allá de estar en posesión del título de diplomado o graduado en Enfermería.

Por lo tanto, deben realizarse estudios para identificar a aquellas enfermeras y enfermeros que realicen mejor las actividades requeridas dentro de la función docente, y para ello hay que definir el perfil competencial del TPC, de manera que se obtenga un criterio con el que se pueda seleccionar y establecer planes de desarrollo que garanticen un proceso de tutoría acorde con las demandas formativas y que evite la variabilidad en el desempeño [3].

El objetivo general de este estudio es enumerar y priorizar por consenso de expertos las principales actividades que un tutor de Prácticas Clínicas debe realizar, así como las principales competencias que ha de tener, en centros asistenciales de la Comunidad de Madrid.

Como objetivos específicos, se plantean:

1. Enumerar las actividades más importantes del tutor de Enfermería, que deben formar parte de la función docente.
2. Identificar las competencias necesarias para el desarrollo de dichas actividades.

Método

Diseño

Estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado mediante una técnica de consenso (panel de expertos), que permitiese determinar las actividades y competencias que los tutores de Prácticas Clínicas deben realizar y poseer.

El enfoque metodológico para abordar un perfil de competencias ha de basarse en seleccionar las más importantes [11]. Una de las técnicas más utilizadas para esto es la técnica de consenso denominada «panel de expertos», que se utilizó por primera vez por la Consultora Hay Group y que se define como «una reunión a modo de «lluvia de ideas» en que las personas que conocen un determinado puesto de trabajo llegan a un consenso acerca de las características personales que los ocupantes de ese puesto deben tener para llevar a cabo de forma óptima las actividades de dicho puesto» [10]. En esta técnica deben participar individuos que sean conocedores de las actividades que en este caso se derivan de la función docente como tutores.

Ámbito de estudio

Los sujetos que han participado en el estudio son enfermeras y enfermeros que desempeñan las funciones asistencial y docente, en cualquiera de los niveles asistenciales de la red de sanidad pública de la Comunidad de Madrid, y que realizaron, de forma voluntaria, la acción formativa «Formación pregrado en Enfermería: aprender a enseñar para enseñar a aprender», en el marco del Plan de Formación de Tutores de Pregrado de Enfermería, desarrollado por la Comunidad Autónoma de Madrid, dirigido a actualizar la formación de los tutores de Práctica Clínica tras la implantación de los nuevos planes de estudio de la formación superior en el periodo comprendido entre 2010 y 2013.

Los criterios de acceso a la acción formativa fueron: ser enfermeras/os que participan o han participado en la formación práctico-clínica de los estudiantes de la diplomatura y grado de Enfermería, en los diversos niveles asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicio de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Dichos criterios se han utilizado como criterios de inclusión de los participantes en el estudio.

Variables

- Variables sociodemográficas: edad y sexo.
- Variables laborales: años de experiencia laboral, años de experiencia docente, nivel en el que desempeña su puesto de trabajo: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicio de Urgencias.
- Variables relacionadas con el estudio:
 - Actividades que debe realizar el tutor de Práctica Clínica.
 - Competencias que debe poseer el TPC.

Procedimiento para la recogida de datos

En todos los grupos se siguió el mismo procedimiento, utilizando la técnica de consenso mediante paneles de expertos.

Se empezó explicando a los participantes el objetivo del panel de experto, su carácter voluntario y anónimo, así como la garantía de confidencialidad de los datos personales. Dicho procedimiento lo realizó el mismo investigador en todos los grupos.

Las fases del proceso fueron las siguientes:

1. Cada participante debía cumplimentar un registro con un máximo de ocho actividades, las más importantes que a su juicio ha de desempeñar un tutor de Prácticas Clínicas, y las ocho competencias que tiene que poseer para realizar dichas actividades, en un tiempo máximo de 15 minutos.
2. Finalizado el ejercicio individual, se formaron grupos al azar de entre 6 y 8 personas (los sujetos se numeraban del 1 al 6 o del 1 al 8, de manera que los grupos quedaban constituidos por dichos números). Cada grupo debía seleccionar mediante consenso una lista con seis

actividades y seis competencias, del total de las aportaciones de cada miembro del grupo. Para ello disponían de un tiempo máximo de 45 minutos.

3. Una vez elaborada una lista por cada grupo, se seleccionaron mediante consenso las cuatro o cinco actividades y competencias que obtuvieron un mayor grado de coincidencia, entre todos los asistentes al curso.

Del total de los diecisiete paneles descritos, se ha definido un único panel, utilizando frecuencias absolutas, para describir las actividades y las competencias del «tutor de Prácticas Clínicas en Enfermería».

Análisis de datos

Paquete estadístico SPSS.13, técnica de consenso (panel de expertos).

Resultados

En los diecisiete paneles de expertos realizados han participado un total de 510 enfermeras y enfermeros que desempeñan la función docente como tutores de Prácticas Clínicas. Se han elaborado diecisiete paneles para identificar las actividades correspondientes a la función docente y para seleccionar las competencias que debe poseer el tutor.

La población ha estado mayoritariamente compuesta por mujeres 444 (87.05 %) con una edad media de 38.39 años (DS: 9.58). La experiencia dentro de la organización es de 15.88 años de media (DS: 9.68), y como tutor de 9.64 años (DS: 9.24).

En cuanto a la distribución del puesto de trabajo, los porcentajes fueron: Atención Especializada (74.3 %); Atención Primaria (24.9 %); Servicios de Urgencias Extrahospitalarias (0.78 %).

En relación con las doce actividades que forman parte del puesto de trabajo (tabla 1):

1. Existe unanimidad entre todos los grupos (cien por cien) en lo concerniente a las funciones de acogida y

ubicación del alumno en la unidad de realización de las prácticas clínicas, así como en la actividad de evaluación continua.

2. Se incluye la formación en conocimientos teóricos (70 %) que debe facilitarse al alumno, no solo la formación en habilidades para la ejecución de técnicas y procedimientos.

3. Se da un consenso medio-alto (53 %) en las actividades de promover la autonomía del alumno, así como de estimularlo y motivarlo.

4. La planificación y la definición de objetivos y criterios de evaluación tiene un consenso medio-bajo (23.5 %).

5. El menor consenso (5.88 %) es para las actividades como: coordinación con los profesores de la universidad y otros miembros del equipo (médicos, psicólogos, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos); fomento de las relaciones interpersonales; revisión de los objetivos previstos; conocimiento del alumno y promoción de la reflexión después de la acción.

Respecto al consenso alcanzado sobre las competencias del tutor de Prácticas Clínicas (tabla 2):

1. El conocimiento disciplinar actualizado es la competencia que mayor consenso ha alcanzado (cien por cien).

2. El trabajo en equipo obtiene un consenso alto (64.7 %) y se considera una de las competencias clave. Los expertos opinan que todos los alumnos del grado de Enfermería han de desarrollar esta competencia, ya que es imprescindible en cualquier profesional de la salud.

3. El autocontrol y la habilidades de comunicación tienen un consenso medio-alto (58.8 %). Bajo esta etiqueta se incluyen aspectos relacionados con el proceso de aprendizaje del alumno.

4. La capacidad pedagógica, expresada también como habilidad docente, alcanza un consenso medio-alto (53 %).

5. Las habilidades interpersonales consiguen un consenso medio-bajo (29.4%).

6. Con un 17.6 % (consenso bajo), se agrupan las compe-

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL TUTOR DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

ACTIVIDADES	N.º GRUPOS	PORCENTAJE DE CONSENSO
• Acogida, valoración y ubicación del alumno en la Unidad de Enfermería	17	100
• Evaluación continua con acciones de mejora	17	100
• Impartir formación en conocimientos y habilidades	12	70.6
• Dirigir aprendizaje, guiar y promover autonomía.	9	53
• Motivar y estimular	9	53
• Planificar	4	23.5
• Definir objetivos y criterios de evaluación	4	23.5
• Coordinación con la universidad y profesionales del equipo	1	5.88
• Fomentar relaciones interpersonales	1	5.88
• Revisar objetivos previstos	1	5.88
• Fomentar la reflexión después de la acción	1	5.88
• Conocer al alumno	1	5.88

TABLA 1

Docencia

COMPETENCIAS QUE DEBE POSEER EL TUTOR DE PRÁCTICAS CLÍNICAS		
COMPETENCIAS	N.º GRUPOS	PORCENTAJE DE CONSENSO
· Conocimiento disciplinar actualizado	17	100
· Trabajo en equipo	11	64.7
· Habilidades de comunicación	10	58.8
· Autocontrol	10	58.8
· Capacidad pedagógica, habilidades docentes	9	53
· Habilidades de relación interpersonales (sociales)	5	29.4
· Capacidad organizativa	3	17.6
· Motivación (profesional, personal y docente)	3	17.6
· Flexibilidad	3	17.6
· Ser objetivo	2	6
· Pensamiento crítico	2	6
· Resolución de problemas	2	6
· Liderazgo	2	6
· Capacidad de observación y evaluación crítica	2	6
· Toma de decisiones	1	5.8
· Capacidad de gestionar	1	5.8
· Capacidad de aprender a aprender	1	5.8
· Transmitir cuidado integral del paciente (humanización)	1	5.8
· Asertividad	1	5.8
· Valorar la profesión enfermera	1	5.8
· Autoridad	1	5.8
· Capacidad autocrítica	1	5.8

TABLA 2

tencias de: capacidad organizativa; motivación (relacionada con aspectos profesionales, docentes y personales); flexibilidad.

7. Obtienen un 6 % (consenso muy bajo) las competencias: ser objetivo; pensamiento crítico; resolución de problemas; liderazgo; capacidad de observación; evaluación crítica.

8. El menor consenso alcanzado (5.8 %) es para: toma de decisiones; capacidad de gestionar; capacidad de aprender a aprender; asertividad; transmitir cuidado integral al paciente (humanización); valorar la profesión enfermera; autoridad.

Discusión

Existe un mayor consenso entre los expertos sobre las actividades que el tutor debe realizar que sobre las competencias que este debe tener (doce elementos seleccionados en las actividades, frente a los veintidós seleccionados en el perfil de competencias).

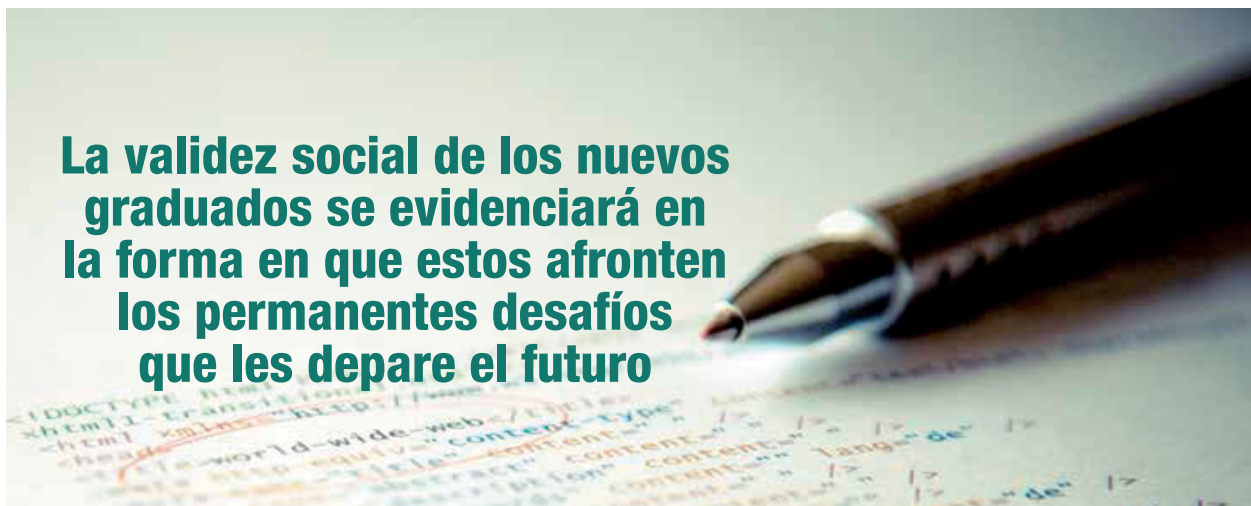
En relación con los elementos que los expertos han seleccionado para definir el perfil de competencias, cabe señalar que no se ha trabajado con un diccionario de competencias, de manera que se han definido e interpretado las características y atributos de forma libre. Esto en muchos casos ha repercutido en largas y enriquecedoras discusiones para acordar un concepto unívoco entre todos los miembros de cada grupo.

Las habilidades de comunicación se han considerado importantes, no solo en lo que respecta al alumno, sino también en su relación con el profesor responsable de la asignatura. Este resultado coincide con la afirmación de otros autores [15].

La mayoría de las actividades que seleccionadas coinciden con los estándares que describe el Nursing and Midwifery Council del Reino Unido [16]. En cuanto a las competencias, hay coincidencia en la de liderazgo. Sin embargo, otras competencias como evaluar el aprendizaje o facilitar el aprendizaje los expertos de este estudio las consideran actividades, y no competencias.

Sorprende que actividades orientadas a promover la autonomía del alumno, estimularlo y motivarlo hayan alcanzado un mayor consenso que actividades de planificación, definición de objetivos y establecimiento de criterios de evaluación, que otros autores estiman prioritarias [17]. Es posible que este resultado esté relacionado con el hecho de que cada tutor suele orientar el proceso de aprendizaje hacia aquello que considera más apropiado según su experiencia, y no con los objetivos de aprendizaje que el alumno tiene programados. Se ha demostrado que esto tiene consecuencias negativas para los alumnos [18].

A modo de reflexión final, se considera que la elaboración del perfil de competencias del tutor de Prácticas Clínicas es uno de los requisitos necesarios para garan-



La validez social de los nuevos graduados se evidenciará en la forma en que estos afronten los permanentes desafíos que les depare el futuro

tizar el proceso de aprendizaje exigido en el EEES. El análisis en profundidad que se ha realizado por parte de los expertos, sobre las actividades y competencias del TPC, se convierte en el paso imprescindible para abrir nuevas líneas de investigación que permitan definir en términos de comportamientos cada uno de los niveles de las competencias aquí referenciadas. Disponer de un criterio y unos indicadores posibilitará llevar a cabo los procesos de selección, evaluación y desarrollo que permitan identificar los mejores tutores de Prácticas Clínicas, así como encontrar líneas de formación focalizada en el proceso de tutoría y ordenar dicho proceso, para que se garantice una mejor formación como elemento clave en la capacitación de los estudiantes.

Una de las limitaciones que se han considerado en este estudio, y asimismo una futura línea de investigación, es la idoneidad de completar dicho perfil con la opinión tanto de los estudiantes como de los profesores de la universidad.

Otra limitación relacionada con el ámbito de estudio es no haber accedido a la opinión de otros tutores del territorio español. Esta restricción se ha intentado compensar teniendo en cuenta que el plan de estudios es el mismo por estar unificado a nivel nacional, y mediante la selección de una amplia muestra de profesionales de todos los perfiles enfermeros.

Se considera que la adquisición de competencias por parte de los futuros profesionales del cuidado enfermero pasa por un proceso de aprendizaje en el que la figura del tutor de Prácticas Clínicas se convierte en un requisito imprescindible. Para ello, es necesario que los tutores realicen unas actividades y posean unas competencias específicas –como las que se presentan en este estudio–, las cuales garanticen la calidad en el proceso de aprendizaje clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Espacio Europeo de Educación Superior. 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.
- [2] The Bologna Declaration of 19 June 1999. Joint declaration of the European Ministers of Education [Internet]. 1999 [Acceso 4 Feb 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/Ku8zPa>
- [3] Manenti SA, Trench MH, Mira VL, Minami LF, Sousa JM. The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 722-8.
- [4] García Martínez J. La ordenación académica ante los desafíos (y las oportunidades) del Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev Fuentes*. 2009; 9: 42-52.
- [5] Luhanga FL, Dickieson P, Mossey SD. Preceptor preparation: an investment in the future generation of nurses. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2010 Oct 22; 7. Art. 38.
- [6] Agencia Laín Entralgo. Guía del tutor de pregrado de enfermería. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2005.
- [7] Medina Moya JL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*. 2002; 15: 27-32.
- [8] Pereda S, Berrocal F, López M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. *Dirección y Organización*. 2002; 28: 46.
- [9] ANECA. Glosario de términos de ANECA [Internet]. [Consulta 2 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.aneca.es/media/163138/pei0607glosario.pdf>
- [10] The Hay Group. Las competencias. Clave para una gestión integrada de los recursos humanos. Barcelona: Deusto; 2007.
- [11] Alles M. Diccionario de comportamientos. Buenos Aires: Granica; 2004.
- [12] Guerrero C, Valverde M, Gorjup MT. Un análisis de la gestión por competencias en la empresa española: de la teoría a la práctica. *Contaduría y Administración*. 2013; 58(1): 251-288.
- [13] Carvalho R, Paes MJ, Denis PM, Conceicao MM. Helping Relationship Skills in nurses: The validation of a measurement instrument. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2011; 45(6): 1383-90.
- [14] Lleixa M, Gisbert M, Marqués L, Albacar N. La profesión enfermera y los niveles competenciales. *Rev ROL Enf*. 2009; 32(11): 742-6.
- [15] Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería. *Metas de Enfermería*. 2008; 11(3): 28-32.
- [16] Nursing and Midwifery Council. Standards to support learning and assessment in practice. NMC standards for mentors, practice teachers and teachers. London: Nursing and Midwifery Council; 2006.
- [17] Villa Sánchez A, Poblet Ruiz A. Practicum y evaluación por competencias [Internet]. 2011 [Consulta 8 Jul 2014]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/15212.pdf>
- [18] Botma Y, Hurter S, Kotze R. Responsibilities of nursing schools with regard to peer mentoring. *Nurse Educ Today*. 2013 Ago; 33(8): 808-13.