

¿Cómo definen los profesionales de sus competencias asistenciales?

Maria Eulàlia Juvé Udina^a, Sara Farrero Muñoz^b, Cristina Matud Calvo^c, David Monterde Prat^a, Gemma Fierro Barrabés^d, Remei Marsal Serra^e, Celia Reyes Martín^f, Benito García Vidal^c, Asunción Pons Prats^g, M.^a José Arnau Vives^b, Rosa Martínez Luque^h y Carmen Flores Moyaⁱ

^a Institut Català de la Salut. Barcelona. España. ^b Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España. ^c Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

^d Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España. ^e Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. España. ^f Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. España.

^g Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona. España. ^h Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España. ⁱ Hospital Joan XXIII. Tarragona. España.

RESUMEN

Objetivos: Este artículo tiene un doble objetivo: presentar la segunda parte del marco conceptual empleado en el desarrollo del proyecto COM VA[®] y los resultados del proceso de definición de un instrumento de competencias asistenciales del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, que enfatiza la participación de los profesionales, la reflexión crítica individual y grupal, y el compromiso profesional.

El marco conceptual explora los significados de los términos toma de decisiones y ámbito de responsabilidad, competencias, estándares y normas de la práctica, dominio competencial, elemento competencial y matriz de competencias.

Material y método: Para el proceso de definición del marco competencial se empleó el modelo de investigación-acción participativa. La muestra incluyó a 487 profesionales de enfermería hospitalarios. Los resultados del análisis definen el ámbito de competencias asistenciales en 6 dominios: 1) cuidar al enfermo; 2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; 3) ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento; 4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; 5) facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento, y 6) trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. Cada dominio queda finalmente definido por 5 elementos competenciales que explican su significado. Cada elemento competencial contiene una definición que incluye las principales intervenciones y actuaciones enfermeras que lo configuran y las conductas que conforman los criterios de valoración de la ejecución competencial.

Palabras clave:

Competencias. Toma de decisiones. Enfermería. Pericia clínica. Hospital. Modelo de adquisición de habilidades. Investigación-acción participativa.

INTRODUCCIÓN

La competencia o facultad de ser competente engloba las características y las cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva. Estos atributos incluyen los conocimientos, las habilidades y las actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más adecuadas en cada caso y actuar en consecuencia. El término competencia también significa ámbito de responsabilidad disciplinar o área profesional en el que la ley confiere el derecho a tomar decisiones autónomas¹⁻³.

La investigación y el desarrollo teórico enfermero en la definición e identificación de las áreas de actuación enfermera en su rol autónomo es prolífica⁴⁻¹³. En el ámbito hospitalario, el cuidado del enfermo agudo y crítico sitúa al profesional de enfermería en un área de práctica profesional en la que muchísimas situaciones y eventos requieren un abordaje interdisciplinar. La literatura científica actual recoge el debate de los límites intercompetenciales especialmente entre profesionales de enfermería y médicos¹⁴⁻¹⁷.

Los límites en la capacidad legal para la toma de decisiones y la ejecución de las intervenciones derivadas quedan en muchos casos desdibujados, creando una sensación de desprotección al profesional de enfermería. En algunos casos, para minimizar el impacto de esta situación y facilitar la fluidez necesaria para la atención a los pacientes, los propios profesionales, a nivel local de una unidad o centro, pactan estos límites formalmente, mediante la definición de protocolos de actuación consensuados, o de manera informal (verbalmente). En otros, la toma de decisiones depende más de la experiencia y la expertez en el manejo y la resolución previa de situaciones similares, independientemente de la titulación universitaria¹⁸⁻³⁴.

En los países anglosajones, el ámbito de responsabilidad es periódicamente analizado y redibujado por los profesionales de enfermería a través de sus asociaciones científicas y organismos de representatividad profesional, en respuesta a los avances de la ciencia y a las necesidades de la sociedad. La definición de competencias en Estados Unidos o en Canadá se recoge en forma de estándares de la práctica, normas de la práctica o buenas prácticas profesionales.

Los estándares de la práctica son las guías teóricas que intentan delimitar el espacio profesional enfermero, en sus diferentes ámbitos de actuación y de

enfermería hospitalarios

especialidad, y diferenciarlo del de otras disciplinas afines. Generalmente, los textos dividen el ámbito competencial, de forma abstracta, en 2 grupos: **a)** estándares de la prestación de cuidados, y **b)** estándares de desarrollo profesional.

Las competencias de la práctica asistencial son elementos explicativos de las áreas de actuación enfermera en el cuidado de las personas sanas o enfermas, por ejemplo valoración, planificación y evaluación del plan de cuidados, etc. Las competencias de desarrollo profesional incluyen los requisitos disciplinares para asegurar no sólo una adecuada práctica clínica enfermera, sino también el avance y el “desarrollo” de la profesión como tal; por ejemplo, la bioética, la investigación, la docencia o el compromiso disciplinar³⁵⁻³⁹.

En España, especialmente durante la última década, múltiples asociaciones científicas enfermeras han definido los “estándares de la práctica profesional enfermera” en una área de “especialización” concreta⁴⁰⁻⁴¹. Existe también un trabajo publicado en 1999 por la Comisión de Especialidades en ciencias de la salud en Cataluña, que, a modo de estándares de la práctica profesional, es un marco de referencia que conceptualiza las principales competencias de la profesión enfermera. Este documento, que al igual que los referenciados anteriormente tiene un nivel de abstracción teórica elevado,

concluye que es necesario avanzar la concreción de las competencias enfermeras en los diferentes ámbitos de la práctica (hospital, atención primaria, atención sociosanitaria)⁴².

Según Eraut¹, “la necesidad de conceptualizar y demarcar lo que los profesionales de enfermería hacen (o pueden hacer), por parte de los organismos profesionales o de las instituciones implica básicamente un intento de dar respuesta a la garantía de calidad de servicio y de protección social”.

Este artículo tiene un doble objetivo: presentar la segunda parte del marco conceptual empleado en el desarrollo del proyecto COM VA[®] y los resultados del proceso de definición del marco de competencias asistenciales del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, que enfatiza la participación de los profesionales, la reflexión crítica individual y grupal, y el compromiso profesional.

MÉTODO

Partiendo del análisis de la legislación que regula la práctica profesional enfermera en España⁴³⁻⁴⁴, de la revisión de la literatura científica sobre desarrollo teórico en relación con el ámbito competencial enfermero citada, y especialmente de los trabajos de la Dra. Benner⁴⁵, el equipo investigador construyó una propuesta de definición de competencias (tabla 1).

Las premisas para la construcción de la herramienta de definición inicial incluían: **a)** definir competencias asistenciales, dado que es la principal área de práctica profesional enfermera en los hospitales, y **b)** reducir al máximo posible la abstracción teórica, conceptualizando las competencias desde una visión holística, garantizando la inclusión de los elementos esenciales de la escuela de pensamiento de necesidades, pero a su vez considerando las intervenciones de la práctica enfermera en la atención al paciente hospitalizado.

Para el proceso de definición de competencias a partir de la propuesta realizada se empleó el modelo de investigación-acción participativa descrito por Holter y Schwartz-Barcott⁴⁶, y el marco definido por Lucia y Lepsinger⁴⁷ para desarrollar el modelo de competencias y la identificación de sus componentes y significados a partir de la información proporcionada por los participantes.

Así, el proceso de definición se estructura mediante un sistema de abstracción bidireccional en 3 niveles: dominio competencial, elementos competenciales y definiciones conceptuales.

- Un *dominio competencial* es un enunciado explicativo de un área de responsabilidad profesional, una competencia, en este caso, derivada

Tabla 1. Borrador inicial de trabajo, basado en los estudios de P. Benner

Aproximación a las competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario
<p>Asistencia al enfermo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Establecer una relación terapéutica ● Preservar la dignidad y la intimidad y favorecer el bienestar ● Suplir, ayudar o supervisar al paciente en la realización de actividades que contribuyen a mantener o mejorar su salud ● Suplir, ayudar o supervisar al paciente en la realización de actividades que contribuyen a una muerte digna ● Presencia: estar al lado del paciente ● Identificar diferentes tipos de dolor y escoger los métodos/actuaciones idóneos para su tratamiento y control ● Tranquilizar y comunicarse a través del tacto u otras formas de comunicación no verbal ● Proporcionar apoyo emocional e información a familiares y allegados ● Orientar al enfermo en los cambios físicos y emocionales que se producen en su proceso
<p>Diagnóstico, supervisión y gestión eficaz de situaciones rápidamente cambiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar el estado basal del enfermo ● Identificar cambios significativos en el estado del enfermo ● Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones ● Anticipar y prevenir complicaciones ● Prever las necesidades asistenciales a corto, medio y largo plazo ● Valorar e influir en la actitud del paciente para recuperarse y responder a las terapias ● Ejecutar de manera precisa actuaciones en caso de extrema urgencia con riesgo para la vida del enfermo ● Abordar de forma ordenada y eficiente situaciones graves "en cadena" ● Evaluar rápidamente necesidades y recursos ● Detectar y tratar una crisis/complicación grave y/o súbita hasta la llegada del médico
<p>Gestión y supervisión de intervenciones terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar los cuidados de iniciación, mantenimiento y retirada de dispositivos terapéuticos, minimizando riesgos y previniendo complicaciones ● Iniciar y mantener la terapia intravenosa minimizando riesgos y previniendo complicaciones ● Administrar de forma segura los medicamentos, incluida la prevención, la vigilancia y la actuación ante los efectos ● Tratar las heridas y lesiones
<p>Garantía de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir las complicaciones derivadas de la enfermedad o los tratamientos ● Prevenir traumatismos y lesiones ● Evitar lesiones/agresiones a uno mismo y/o a los demás ● Abordar la agresividad (verbal o física)
<p>Educación sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir complicaciones derivadas de la enfermedad o los tratamientos ● Valorar la capacidad/voluntad del enfermo para implicarse en su autocuidado ● Valorar los recursos del enfermo para afrontar el proceso ● Valorar los recursos de la familia (o cuidador) para afrontar el proceso ● Valorar los recursos de la familia para asumir el rol de cuidador ● En ausencia de familia, identificar recursos o la figura sustitutiva del cuidador ● Identificar y entender la interpretación que hace el enfermo de su nuevo estado de salud ● Ayudar al enfermo a afrontar la enfermedad y adaptarse al nuevo estado de salud ● Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan el cumplimiento del tratamiento
<p>Minimizar riesgos derivados del sistema de organización asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunicarse con el médico para pactar modificaciones del plan terapéutico más acordes con el estado del paciente. ● Comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las peticiones de pruebas diagnósticas o terapéuticas u otras intervenciones asistenciales al estado del paciente ● Organizar, planificar, priorizar y coordinar las demandas y exigencias de múltiples pacientes, simultáneamente, que sufren cambios más o menos frecuentes en su estado ● Crear cohesión y facilitar que se trabaje en equipo, con diferentes profesionales ● Adaptarse a trabajar con diferentes equipos, dinámicas, disposiciones, ubicaciones, especialidades y entornos ● "Priorizar prioridades"; anticipar y prepararse con antelación ante una sobrecarga de trabajo ● Saber mantener la ayuda mutua entre enfermeras ● Adoptar una actitud abierta, flexible y creativa ante las dificultades y los déficit
<p>Registro</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Registro de actividades terapéuticas (incluida la transcripción de prescripciones médicas) ● Registro de valoración/evolución (incluido el registro gráfico) ● Registro de contingencias ● Registro específico de valoración focalizada ● Informe de alta ● Registros de evaluación de calidad

de la función asistencial, compuesto por diferentes atributos que lo definen, a los que denominamos elementos competenciales.

- Los *elementos competenciales* son los constructos que significan el dominio competencial, de forma que, agregados, explican el significado de cada una de las competencias.

- Las *definiciones de los elementos competenciales* son las proposiciones conceptuales explícitas del contenido de cada elemento, que pueden incluir el detalle de las intervenciones enfermeras, es decir, el conjunto de prescripciones de cuidados y actuaciones enfermeras.

Durante el año 2005 se ofertó la posibilidad de participar en una ronda de talleres/sesiones de discusión a los profesionales de enfermería de los hospitales del Institut Català de la Salut (ICS)^a.

El único requisito para la participación era tener un mínimo de 5 años de experiencia profesional, independientemente del tipo de relación contractual con la empresa (profesionales de enfermería fijos, interinos y eventuales). La estructura de la participación en el proyecto se detalla en la figura 1.

Los talleres incluían unas horas de introducción al significado de la competencia y del ámbito competencial, enmarcado en el Modelo de Benner^{45,48}, y se presentaba el borrador-propuesta, permitiendo a los participantes un tiempo para su lectura individual (tabla 1).

En estas sesiones se realizaba una ronda de discusión grupal, en la que uno de los investigadores recogía por escrito las opiniones de los participantes, mientras el otro moderaba el debate y realizaba preguntas reflexivas sobre el contenido de la propuesta, ofreciendo la oportunidad de discutir si los dominios y elementos competenciales capturaban de forma adecuada su trabajo como profesionales de enfermería y reflejaba su visión, sus valores profesionales y el contenido de su quehacer cotidiano. Posteriormente, se invitaba a los participantes a organizarse

^a Hospital Universitario (HU) Vall d'Hebron, HU Bellvitge, HU Germans Trias i Pujol, HU Dr. Josep Trueta, HU Arnau de Vilanova, HU Joan XXIII, Hospital Verge de la Cinta, Hospital de Viladecans

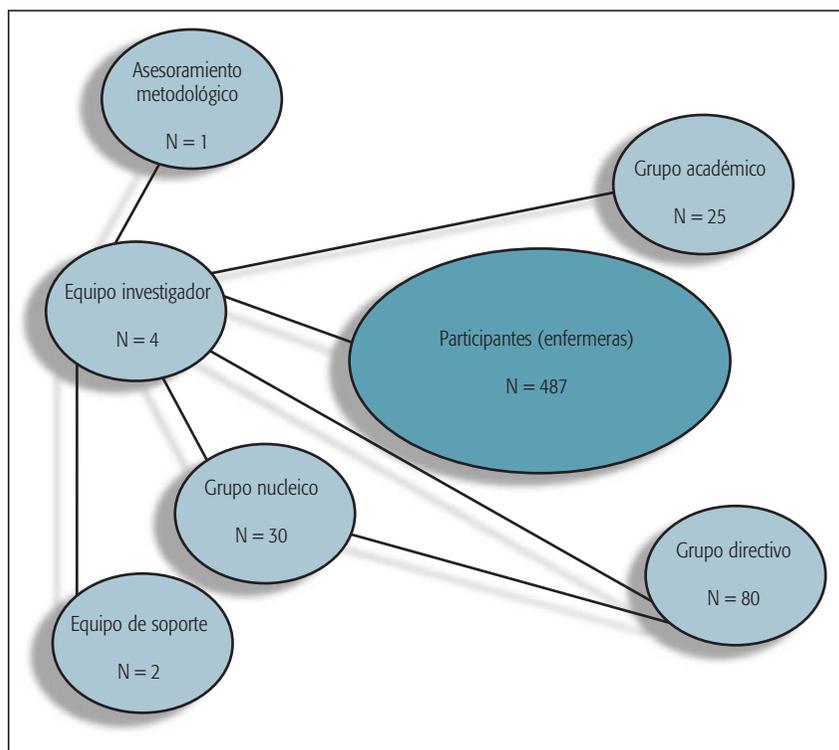


Fig. 1. Estructura de la participación en el proyecto.

en pequeños grupos para discutir y registrar en un formulario el significado de cada uno de los elementos competenciales, tal como ellos lo entendían. En caso de tener dificultades para redactar una definición, se les animaba a describir el significado mediante un ejemplo o un caso de su práctica clínica. Algunas de las definiciones fueron además complementadas con formularios de recogida de información adicional en relación a las intervenciones contenidas en el elemento.

Los cuestionarios y formularios no contenían ningún ítem que pudiera identificar individualmente al participante, y todos fueron codificados mediante un número de caso, escogido por cada profesional de enfermería de un listado de números aleatorios. Su cumplimentación era voluntaria e implicaba el consentimiento en la participación en el estudio.

Toda la información de los formularios, de los textos y de las notas de campo fue procesada en una

base de datos Access (Microsoft Access 2000).

Para extraer los significados y los conceptos clave que explicaban cada elemento competencial, se empleó el modelo de análisis del contenido descrito por Silberman⁴⁹ y el método de triangulación de investigadores. La saturación de información fue el indicador empleado para considerar la inclusión o exclusión de los conceptos clave y su categorización en elementos.

Los conceptos clave emergentes se agruparon en 2 categorías: constructos o proposiciones que explican el significado del elemento competencial y constructos o proposiciones que identifican conocimientos, habilidades o actitudes requeridas para la ejecución del elemento competencial.

Los elementos competenciales que resultaban en idénticos conceptos clave fueron unificados. Finalmente, los elementos competenciales eran categorizados en familias que se traducen en los dominios competenciales finales identificados.

Para aumentar la fiabilidad cualitativa del análisis, se invitó al grupo nucleico del proyecto a realizar un análisis paralelo con la misma metodología.

Resultados

La muestra de participantes incluyó 484 profesionales de enfermería, con una media de edad de 44,2 años, 21,4 años de experiencia y una distribución por sexos de 86% de mujeres y 14% varones. La distribución por puestos de trabajo se describe en la figura 2. El número final de grupos de discusión y definición de los elementos competenciales fue de 73.

Puesto que la transcripción íntegra de los textos no puede incluirse en esta publicación, la tabla 2 recoge los conceptos clave del resultado del análisis cualitativo de las definiciones realizadas por los participantes sobre cada una de las competencias^b.

El resultado principal del estudio, la definición del marco de competencias asistenciales del profesional de

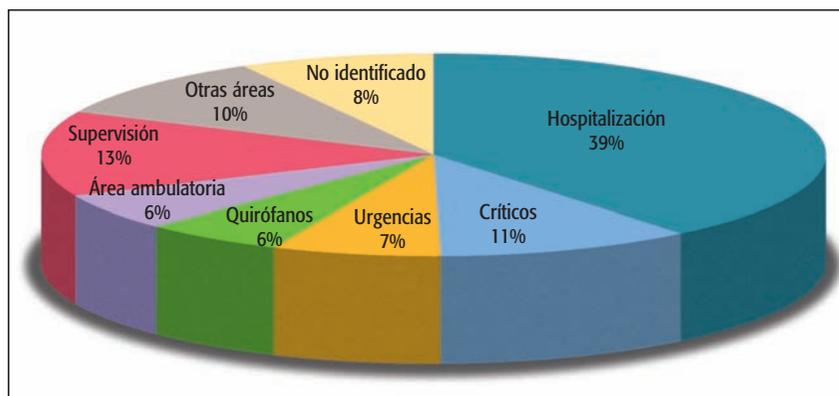


Fig. 2. Distribución de participantes por áreas de trabajo.

^b Los lectores interesados en el contenido íntegro de las transcripciones que recogen las definiciones realizadas por los profesionales de enfermería pueden obtener una copia solicitándola por correo electrónico a la autora (ejuve@gencat.net).

Tabla 2. Conceptos clave

C1. CUIDAR AL ENFERMO	C2. VALORAR, DIAGNOSTICAR Y ABORDAR SITUACIONES	C3. AYUDAR AL ENFERMO A CUMPLIR EL TRATAMIENTO	C4. CONTRIBUIR A GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y EL PROCESO ASISTENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad ● Acompañamiento ● Acompañamiento familiar ● Actitud de ayuda ● Adecuar la información ● Ambiente tranquilo ● Apoyo ● Apoyo emocional ● Apoyo espiritual ● Asesoramiento ● Bienestar físico y emocional ● Confianza ● Contacto ● Control del dolor ● Cordialidad ● Cubrir necesidades ● Deberes ● Derechos ● Discreción ● Disponibilidad ● Empatía ● Equidad en el trato ● Escucha activa ● Evitar juicios de valor ● Favorecer la expresión de sentimientos ● Favorecer la toma de decisiones autónoma ● Flexibilidad ● Fomentar la independencia ● Individualización de los cuidados ● Información ● No discriminación ● Participación en el autocuidado ● Presencia ● Prevención de la dependencia ● Privacidad ● Proporcionar calma ● Proporcionar seguridad ● Respeto ● Secreto profesional ● Sensación de control del paciente ● Tacto terapéutico ● Transmitir optimismo ● Trato amable y respetuoso ● Visión holística 	<ul style="list-style-type: none"> ● Actuación inmediata ● Actuación urgente ● Actualización del plan de cuidados ● Adecuar actuaciones ● Alerta ● Análisis de información ● Antelación al problema ● Anticipar el inicio de una complicación ● Conocimiento tácito ● Contraste de información ● Control ● Autocontrol en situaciones críticas ● Coordinación ● Delegación ● Detección de alteraciones ● Detección precoz ● Diagnóstico situacional ● Evaluar ● Gestión del tiempo ● Gestión del estrés ● Identificación de problemas ● Identificación de nuevos problemas ● Inicio de acciones correctoras ● Inicio de acciones preventivas ● Intensificación de la vigilancia ● Interpretación de manifestaciones inespecíficas ● Interpretación e interrelación de datos ● Intuición ● Juicio clínico ● Monitorización ● Movilización de recursos ● Observación ● Organización ● Planificación de cuidados ● Prescripción de cuidados ● Prevención de complicaciones ● Previsión y organización ● Priorización ● Protocolos ● Razonamiento ● Seguridad de criterio ● Trabajo en colaboración ● <i>Triage</i> ● Valoración continuada ● Valoración focalizada ● Valoración inicial 	<ul style="list-style-type: none"> ● Información ● Asepsia ● Promover la participación del enfermo ● Cinco normas de administración de medicamentos ● Absorción ● Adiestrar ● Aplicación del protocolo ● Caducidad de los medicamentos ● Conocimiento del protocolo ● Contraste de la prescripción con el estado del enfermo ● Control de tratamientos simultáneos ● Cuidados asociados ● Educar ● Efectos secundarios ● Efectos adversos graves ● Ejecución ● Enseñar ● Evaluación de la efectividad ● Experiencia ● Factores de complejidad ● Gestión de la información ● Idoneidad ● Implicar ● Información ● Interacciones ● Intervenciones básicas ● Intervenciones complejas ● Intervenciones de alta complejidad ● Organización ● Planificación ● Prevención/anticipación ● Priorización ● Promover la colaboración del enfermo ● Resolución ● Resultados ● Tranquilizar ● Toxicidad ● Uso correcto del material ● Valorar respuestas ● Vías de administración ● Vigilancia ● Vigilancia de efectos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adecuación de los fármacos ● Adecuación del plan ● Agilización de los circuitos ● Argumentación clínica ● Asertividad ● Comunicación ● Comunicación interdisciplinar ● Consenso interdisciplinar ● Pacto terapéutico interprofesional ● Consulta ● Contención ● Contraste del estado del enfermo con la prescripción farmacológica ● Coordinación entre servicios ● Coordinación interprofesional ● Delegación ● Diálogo ● Documentación ● Empatía ● Entorno seguro ● Evaluación ● Evidencia científica ● Familia ● Firma/Rúbrica ● Gestión del tiempo ● Información de continuidad ● Integridad física ● Juicio clínico ● Lenguaje claro ● Lenguaje unificado ● Modificación del plan ● Modificación del tratamiento ● Negociación ● Optimización del plan ● Organización de las demandas ● Pacto terapéutico con la familia ● Planificación del alta ● Prevención de duplicidades ● Prevención de errores ● Prevención de omisiones ● Priorización ● Procesar información de diferentes enfermos ● Protección ● Razonamiento científico ● Registro ● Relación interprofesional simétrica ● Reorientar ● Seguridad de los aparatos y equipos ● Seguridad emocional ● Sentido común ● Serenidad ● Técnicas conductuales ● Tolerancia ● Tranquilizar ● Valoración situación actual ● Visión de conjunto

enfermería en el ámbito hospitalario, incluye 6 dominios competenciales: **1)** cuidar; **2)** valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; **3)** ayudar al paciente a cumplir el tratamiento; **4)** contribuir a garantizar

la seguridad y el proceso asistencial; **5)** facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento, y **6)** trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. Los 50 elementos competenciales inicialmente propuestos y los elementos

que emergieron en el proceso se redujeron a 30 mediante este análisis del contenido. Así, cada dominio competencial es explicado finalmente por 5 elementos competenciales, con sus diferentes criterios de evaluación (tabla 3).

C5. FACILITAR EL PROCESO DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO	C6. TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE
<ul style="list-style-type: none"> ● Aceptación del rol ● Actitud positiva ● Autoconcepto ● Autocuidado ● Autoestima ● Autonomía ● Capacidades ● Confianza ● Conocimientos previos ● Contexto social ● Creencias ● Creencias sobre la enfermedad ● Cuidados de apoyo a la familia ● Cuidar al cuidador ● Dinámica familiar ● Dosificar la información ● Educación sanitaria ● Esperanza ● Evaluación del estado del cuidador ● Factores culturales ● Grado de aceptación situacional ● Implicación de autocuidado ● Implicación familiar ● Inteligencia emocional ● Interpretación de la información ● Interpretación del estado ● Multiculturalidad ● Nivel cultural ● Orientación en los recursos ● Pérdida ● Posibilidades de implicación ● Prejuicios ● Prevención de conflictos familiares ● Prevención de la dependencia ● Proceso de duelo ● Recuperación de la sensación de control sobre la situación ● Recursos emocionales ● Recursos familiares ● Red de apoyo ● Refuerzo de los logros ● Refuerzo positivo ● Técnicas de apoyo ● Técnicas de apoyo al cuidador ● Técnicas de comunicación ● Tutelar a la familia en el proceso ● Valoración de los conocimientos ● Valoración psicoemocional ● Valoración de los recursos familiares ● Valoración sociocultural ● Valores que influyen en el proceso ● Valores familiares ● Valores individuales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad ● Actitud positiva ● Actitud proactiva ● Actitud resolutive ● Actividades conjuntas ● Actualización de los pactos de delegación ● Adaptabilidad ● Adaptación ● Aprovechamiento de habilidades ● Asertividad ● Autocontrol ● Capacidad de adquirir nuevos conocimientos ● Capacidad de autocrítica ● Capacidad crítica ● Capacidad docente ● Clarificar áreas competenciales ● Colaboración interdisciplinar ● Colaboración multidisciplinar ● Compartir conocimientos ● Competencias ● Compromiso ● Comunicación ● Confianza en el equipo ● Consenso ● Cooperación ● Corresponsabilidad ● Disponibilidad ● Distribución de roles ● Empatía ● Esfuerzo personal ● Espíritu de equipo ● Facilitar la integración ● Flexibilidad ● Gestión del estrés ● Implicación en el grupo ● Implicación en la formación ● Objetivos compartidos ● Organización del trabajo ● Orientación ● Pacto ● Participación ● Polivalencia ● Predisposición a colaborar ● Predisposición a la enseñanza ● Prevención de conflictos ● Refuerzo al aprendizaje ● Respeto a las reglas del juego ● Respeto competencial ● Respeto interprofesional ● Responsabilidad grupal ● Responsabilidad individual ● Tolerancia a la diversidad ● Tolerancia al estrés ● Transferencia de conocimientos ● Tutorización ● Valoración de la actividad a delegar ● Valoración del profesional a delegar

Del análisis de las definiciones sobre la competencia 1 (cuidar) se desprende que los conceptos clave que explican este ámbito de responsabilidad incluyen el establecimiento de una relación terapéutica, la prevención de la

a) elementos transversales tales como la información al enfermo, la asepsia, la implicación del paciente en la toma de decisiones, la suplencia/ayuda en los casos en que el paciente no pueda, no sepa o no desee realizar las actividades

dependencia y el fomento de la autonomía, el acompañamiento, la presencia, incorporando los principios bioéticos y el holismo, mediante la aplicación de habilidades de comunicación tales como la empatía o la escucha activa, capacidades como la gestión de la información, la capacidad de resolución de problemas abstractos, o la relación de elementos de juicio clínico, científico y humanístico; y actitudes como el respeto y la sensibilidad hacia los demás o la aplicación de los principios básicos de la inteligencia emocional.

Los constructos esenciales de la competencia 2 (valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes) incluyen la monitorización, la vigilancia, la planificación de los cuidados, la ejecución de acciones correctoras y/o preventivas y la anticipación/detección precoz de los problemas. En este caso la capacidad analítica, de integración y análisis simultáneo de grandes cantidades de información, el uso del conocimiento tácito (intuición), los patrones de reconocimiento, la gestión del tiempo o el control del estrés son algunas de las capacidades competenciales requeridas para su ejecución.

La competencia 3 (ayudar al paciente a cumplir con el tratamiento) explica el ámbito de responsabilidad a través de

que contribuyen a restablecer su salud, y **b)** elementos específicos, explicitados en intervenciones (procedimientos, actuaciones) enfermeras clasificadas en niveles de complejidad (básicas, complejas y alta complejidad)^c. Las capacidades necesarias incluyen las habilidades técnicas manuales y mecánicas, capacidades relacionales, la capacidad de aprender de la experiencia, así como las habilidades de comunicación o de trabajo en equipo.

En la competencia 4 (contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial) emergen aspectos descriptivos del ámbito de responsabilidad tales como la adecuación del entorno, los pactos terapéuticos, la prevención de errores o la llamada "prescripción colaborativa". Para ello se precisa capacidad para integrar la evidencia científica en las situaciones reales, las habilidades para la comunicación, la negociación y el pacto con otros profesionales, el razonamiento y la capacidad analítica y destrezas organizativas tales como la coordinación.

El análisis de la competencia 5 (facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento) explica conceptos tales como la aceptación del rol, el mantenimiento o la recuperación de la autoestima, la influencia de los valores y las creencias en el proceso, la promoción de la sensación del paciente de control sobre la situación, el uso adecuado de las redes de apoyo, la intervención/monitorización en el proceso de duelo, o la evaluación de la adaptación de las dinámicas familiares. Además del dominio de las técnicas de comunicación e inteligencia emocional, la capacidad para transmitir esperanza sin crear falsas expectativas y la gestión de la incertidumbre también son imprescindibles conocimientos y habilidades de cuidados transculturales.

La competencia 6 (trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante) incluye conceptos clave como la realización de actividades conjuntas, el establecimiento de pactos interprofesionales, la consecución de objetivos comunes, la distribución de roles y responsabilidades, la transferencia

^c Artículo en preparación: "Niveles de complejidad de las intervenciones enfermeras".

Tabla 3. Instrumento COM_VA[©] de evaluación de competencias

	Elemento competencial	Criterios de evaluación / Conductas a valorar
CUIDAR	Establecer una relación terapéutica y estar presente	Empatía. Actitud de ayuda. Cordialidad y trato amable. Escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad . Transmite tranquilidad . Inspira confianza
	Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos	Beneficencia: Procura el bienestar Justicia: No hace diferencias por motivos de edad, sexo, etnia, religión o capacidades (discriminación positiva) Autonomía: Implica al paciente en la toma de decisiones
	Preservar la dignidad, la confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas	Discreción. Mantiene la privacidad de la información personal y clínica (verbal y escrita) Actúa protegiendo la privacidad física y emocional del enfermo Se muestra respetuoso con la situación del enfermo
	Suplir, ayudar o supervisar al enfermo en la realización de actividades que contribuyen a mantener o mejorar su estado de salud (o a una muerte digna)	Favorece la participación del enfermo/familia en el autocuidado. Es sensible a las necesidades Orienta las actuaciones hacia la independencia del paciente
	Proporcionar información y soporte emocional	Adecua la información a las necesidades y capacidades del enfermo. Se expresa claramente con un lenguaje al alcance del paciente Transmite optimismo . Da ánimos, evitando seguridades prematuras. Canaliza la expresión emocional
VALORAR, DIAGNOSTICAR Y ABORDAR SITUACIONES CLÍNICAS CAMBIANTES	Identificar el estado basal del enfermo y planificar los cuidados	Realiza la valoración inicial, identifica los problemas principales derivados y pauta los cuidados pertinentes <i>Situación: ingreso o primer contacto con el paciente</i>
	Identificar cambios significativos en el estado del enfermo y actuar en consecuencia	Conoce el estado del paciente y reconoce nuevas manifestaciones . Contrasta y analiza la información previa con la valoración actual. Actúa o planifica la actuación en concordancia con la nueva situación <i>Situación: evolución, el enfermo presenta signos o síntomas nuevos</i>
	Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones	Sabe interpretar signos inespecíficos y anticipar el inicio de una complicación . Detecta precozmente y se anticipa al problema intensificando la vigilancia e iniciando acciones correctoras y/o preventivas. Rapidez y seguridad de criterio <i>Situación: el enfermo está en las fases más iniciales de una complicación</i>
	Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo, actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del enfermo o en el caso de una crisis o complicación grave súbita	Valora e identifica la gravedad de la complicación . Aplica el protocolo de actuación urgente correctamente adaptado al paciente. Actúa coordinándose con el resto de profesionales <i>Situación: complicación grave con riesgo vital; situación de emergencia (un enfermo)</i>
	Preparar con antelación y abordar de forma ordenada y eficiente el desarrollo de situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi-simultáneos o "en cadena" en diferentes enfermos	Prevé y prioriza las actuaciones en situaciones de pico de presión asistencial. Se organiza adecuadamente el tiempo y se coordina con los demás, actuando como líder en caso necesario. Actúa de forma rápida y eficaz (aplicación del protocolo de actuación urgente si procede) <i>Situación: pico de presión asistencial o situación de urgencia (varios enfermos)</i>

de conocimientos y capacidades, y habilidades tales como el esfuerzo personal, la curiosidad y el interés por aprender, el autocontrol, la tolerancia a la diversidad o la gestión del estrés.

La figura 3 recoge en forma de matriz competencial la interrelación entre las competencias, entendidas como ámbito de responsabilidad y la competencia en su acepción de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes que permiten la toma de decisiones^d.

^d Para más información sobre el significado de las dimensiones competenciales presentadas en la matriz, véase Juvé ME et al. Marco teórico y conceptual para la definición de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Nursing. 2007;25(4):56-61.

Discusión

La investigación-acción participativa se basa en la colaboración total entre investigadores y participantes (profesionales de enfermería). Esta aproximación se fundamenta en la asunción de que los participantes desean implicarse en la mejora de su práctica y quieren comprender mejor y aprender más sobre el ámbito de su responsabilidad profesional⁵⁰. En el proyecto COM_VA se empleó este método porque contempla la implicación activa de los profesionales de enfermería en el desarrollo del proyecto, y así se garantiza su aceptación y su integración en la práctica a corto y a largo plazo⁵¹⁻⁵².

Kelly y Simpson⁵³ sugieren que en los proyectos de investigación-acción la

participación e implicación de los participantes es clave para su éxito, pero a su vez esta implicación puede hacerles sentirse de alguna forma coaccionados a responder. Por ello, Dewing⁵⁴ recomienda centrar en lo posible este tipo de estudios en un enfoque más grupal que individual, porque permite que los participantes se sientan "menos expuestos" y facilita el desarrollo de la confianza en el grupo, al tiempo que el proceso reflexivo de participación en las definiciones de los elementos de interés; en nuestro caso, el significado de las competencias y de los elementos competenciales.

Podría argumentarse que la definición de competencias asistenciales parcializa la visión del ámbito competencial

	Elemento competencial	Criterios de evaluación / Conductas a valorar
AYUDAR AL ENFERMO A CUMPLIR EL TRATAMIENTO Y HACERLE PARTICIPE	Realizar de forma adecuada procedimientos básicos	<p>Información (si procede). Asepsia. Colaboración del enfermo. Privacidad. Organización. Uso adecuado del material. Realización correcta de la técnica o de la intervención terapéutica</p> <p>Procedimientos básicos*: Catéter venoso periférico, constantes vitales, extracción de sangre venosa, ECG, higiene, cura tópica, irrigación de la herida, retirar sutura, glucemia capilar, estado mental, vendaje, balance, ejercicios respiratorios, sedestación, cambios posturales, etc.</p>
	Realizar de forma adecuada procedimientos complejos	<p>Información (si procede). Asepsia. Colaboración del enfermo. Privacidad. Organización. Uso adecuado del material. Realización correcta de la técnica o de la intervención terapéutica</p> <p>Procedimientos complejos*: Cura herida abierta/infectada, cura herida + fistula, cura UPP grado III, Drum, gasometría arterial; reconducción de emociones, curas traqueostomía, RCP, colaboración en procedimientos (intubación, CVC subclavia...), curas NPT, interpretación ECG, etc.</p>
	<p>Realizar de forma adecuada procedimientos de alta complejidad, /o</p> <p>Realizar de forma adecuada cualquier procedimiento en situaciones complejas /o</p> <p>Administrar de manera correcta multiterapia de alto riesgo en diferentes enfermos</p>	<p>Información (si procede). Asepsia. Colaboración del enfermo. Privacidad. Organización. Uso adecuado del material. Realización correcta de la técnica o de la intervención terapéutica</p> <p>Procedimientos de alta complejidad*: Cura heridas catastróficas; cura heridas neoplásicas, Drum a femoral, curas del catéter con balón de contrapulsación, hemofiltración, ventilación mecánica, etc.</p> <p>o</p> <p>Realización de procedimientos en situaciones complejas*, emergencia vital (shock, crisis), extremos de edad (prematuros, recién nacidos, ancianos), extremos de peso (caquexia, obesidad, obesidad mórbida), situaciones de gran impacto emocional (shock emocional por diagnóstico de cáncer, recaída, amputación, duelo), alteraciones de la función cognitiva/percepción (desorientación, obnubilación, psicosis, demencia, inhibición), agresividad, factores culturales (otra lengua, conflicto terapéutico...)</p> <p>o</p> <p>Multiterapia de alto riesgo*: Ejecuta adecuadamente las prescripciones de medicamentos con alto potencial de provocar efectos adversos graves o toxicidad (quimioterapia, vasoactivos, hemoderivados, bioterapia, inmunosupresores, medicamentos en investigación)</p>
	Administrar de manera correcta y segura los medicamentos	<p>Sabe interpretar las prescripciones farmacológicas y realizar la planificación de la administración. Descarta alergias/intolerancias</p> <p>Realiza correctamente la técnica de preparación (cálculo dosis, ritmo, etc.) y administración (todas las vías de administración)</p> <p>Manejo adecuado de los dispositivos de administración (bombas de perfusión, etc.)</p>
	Realizar correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos	<p>Valora la respuesta terapéutica si procede (antitérmicos, analgésicos, antihipertensivos, ansiolíticos, antiarrítmicos, etc.)*</p> <p>Realiza los controles previos o posteriores necesarios (glucemia - insulina; PA - antihipertensivo)*</p> <p>Realiza la planificación de la administración teniendo en cuenta las incompatibilidades medicamentosas</p> <p>Vigila la sintomatología asociada a reacciones o toxicidades y actúa en consecuencia</p> <p>Aborda adecuadamente los diferentes problemas de la terapia intravenosa (vasos comunicantes, etc.).</p>
	CONTRIBUIR A GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y EL PROCESO ASISTENCIAL	Prevenir accidentes y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente o de otros a su alrededor
Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería		<p>Hace un uso correcto de la historia clínica</p> <p>Registra la actividad y la evolución del estado del paciente</p> <p>Sigue las normas básicas de complimentación de los registros (lenguaje claro, legible)</p>
Modificar los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia		<p>Contrasta de manera continuada el estado del paciente con la prescripción que se va a ejecutar, retrasando, suspendiendo o modificando puntualmente el plan terapéutico.</p>
Comunicarse con el médico para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico más acordes con el estado del paciente		<p>Demuestra habilidades de comunicación y relación</p> <p>Sabe describir el estado del paciente. Sabe argumentar las propuestas terapéuticas</p> <p>Pacta/consensúa las modificaciones del plan terapéutico</p>
Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente y/o Comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las intervenciones clínicas al estado del paciente		<p>Es capaz de procesar la información relevante de diferentes enfermos, sin obviar datos importantes.</p> <p>Sabe priorizar</p> <p>Sabe coordinarse con otros profesionales de diferentes servicios (dietética, radiología, admisiones, fisioterapia...)</p>

Tabla 3. Instrumento COM_VA[©] de evaluación de competencias (continuación)

	Elemento competencial	Criterios de evaluación / Conductas a valorar
FACILITAR EL PROCESO DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO	Valorar el estado y los recursos del enfermo para afrontar el proceso	Identifica la interpretación que el enfermo hace de su estado de salud, teniendo en cuenta sus creencias y valores. Evalúa la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en su autocuidado
	Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan recuperar la sensación de control de la situación.	Realiza medidas informativas y de apoyo para ayudarle a comprender los cambios y las pérdidas (duelo) . Dosifica adecuadamente la información en función del estado del paciente
	Enseñar al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo él mismo	Transmite esperanza con una visión realista Realiza adecuadamente actividades educacionales para potenciar la participación del paciente en su recuperación física y para implicarle en la prevención de la dependencia
	Valorar el estado y los recursos de la familia/cuidador para afrontar el proceso y potenciarlos si procede	Identifica la interpretación que hace la familia/cuidador principal del estado de salud del paciente. Evalúa la capacidad/voluntad de la familia/cuidador principal para implicarse en el autocuidado
	Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso	Realiza actividades educacionales para potenciar la participación de la familia/cuidador en el proceso de recuperación y en la prevención de la dependencia
	Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que puedan llevar a cabo	Tutela, cuando es necesario, el proceso de adaptación al rol de cuidador
TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE	Integrarse en el equipo de trabajo	Cordialidad. Sintonía. Ofrece disponibilidad y colaboración con el equipo de trabajo inmediato. Se adapta a la dinámica del grupo <i>Situación: equipo de enfermería</i>
	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (en el equipo de enfermería)	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda Se muestra asertivo . Transmite tranquilidad en situaciones de estrés Canaliza los esfuerzos propios y de los demás hacia la consecución de objetivos comunes Se implica y mantiene una actitud resolutiva <i>Situación: equipo de enfermería</i>
	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo, con diferentes profesionales de múltiples disciplinas	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda Se muestra asertivo . Transmite tranquilidad en situaciones de estrés Canaliza los esfuerzos propios y de los demás hacia la consecución de objetivos comunes <i>Situación: otros profesionales.</i>
	Delegar tareas al personal auxiliar o de soporte basándose en las normativas asistenciales, el pacto en el servicio y la valoración de la capacidad para su ejecución	Favorece y adecua la participación en el proceso de cuidados. Sabe organizar y coordinar la distribución de tareas y asume la responsabilidad
	Participar en el proceso de aprendizaje propio, de los nuevos miembros del equipo y de los alumnos de enfermería	Se expresa claramente con un lenguaje adecuado al interlocutor Comparte su conocimiento . Refuerza positivamente el aprendizaje Reconoce las propias limitaciones de conocimientos o habilidades Actitud abierta al aprendizaje

* Son ejemplos que no implican exclusivamente estos procedimientos, cuidados o medicamentos.

© ICS/ E Juvè. Se autoriza la reproducción de este instrumento con finalidades públicas no comerciales, como actividades/proyectos docentes y/o de investigación, citando esta referencia bibliográfica. Para su uso con otros fines debe solicitarse autorización a los propietarios del copyright.

enfermero, ya que a priori puede parecer que no se incluyen competencias de desarrollo profesional. El equipo investigador y los participantes entendían que la competencia asistencial no puede desligarse de una práctica basada en los principios bioéticos, en los fundamentos teóricos de la disciplina, una práctica que asuma el aprendizaje y la formación continuada u otras competencias de desarrollo profesional, y así se recogió en las definiciones, los elementos y los dominios competenciales.

Asimismo, Benner⁴⁵ explica que en la aplicación del Modelo de adquisición

de habilidades la expertez sólo puede adquirirse mediante la práctica continuada y reflexiva. Esto implica que la competencia se vincula al ámbito de la práctica en el que el profesional de enfermería desarrolla principalmente su labor, sea la asistencia, la docencia, la investigación o la gestión. Aunque, evidentemente, la expertez se nutre de esta interrelación, siempre existe un ámbito o función dominante. Un profesional de enfermería asistencial puede incrementar su nivel de pericia por el hecho de ser capaz de interpretar e integrar de forma sistemática los

resultados de la investigación en su práctica clínica, pero ello no significa necesariamente que sea un experto en investigación, pues su práctica “continuada y reflexiva” se desarrolla en el área asistencial. Las competencias de un profesional de enfermería cuyo ámbito de trabajo principal es la gestión, la docencia o la investigación son necesariamente diferentes de las de un profesional de enfermería asistencial. Sería pues conveniente identificar y definir también las competencias, desde la perspectiva funcional, para permitir el desarrollo y el reconocimiento de otras

Dominio competencial COM_VA®		CUIDAR					PLAN					CUMPLIMIENTO					SEGURIDAD					ADAPTACION					EQUIPO				
Elemento competencial		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DIMENSION	Competencias genéricas																														
Cognitiva	Capacidad de resolución de problemas																														
	Capacidad para generar preguntas/hipótesis																														
	Gestión de la información																														
Aprendizaje	Adquisición de nuevos conocimientos																														
	Capacidad de aprender de la experiencia																														
	Capacidad de atención y curiosidad crítica																														
Técnica	Habilidades manuales para la realización de procedimientos																														
	Habilidades manuales para la resolución de problemas																														
	Destrezas organizativas																														
Integradora	Gestión de la incertidumbre																														
	Aplicación de conocimientos a situaciones reales																														
	Relación de los elementos de juicio clínico, científico y humanístico																														
Contextual	Gestión del tiempo																														
	Aprovechamiento del entorno																														
	Reconocimiento situacional																														
Relacional	Habilidades de comunicación																														
	Gestión de conflictos																														
	Trabajo en equipo																														
Moral y	Capacidad docente																														
	Inteligencia emocional																														
	Capacidad para cuidar y atender																														
	Sensibilidad y respeto hacia los demás																														
	Tolerancia al estrés																														

Fig. 3. Matriz competencial.

áreas de interés disciplinar además de la asistencial. De hecho, ya existen algunos trabajos en este sentido, como el Proyecto Europeo Leonardo Da Vinci "Marc de referència per a la funció de supervisió d'infermeria"⁵⁵, liderado en España por la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona (Barcelona), que describe el marco de competencias enfermeras en gestión asistencial.

También se ha publicado recientemente un trabajo que recoge la propuesta de la Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Instituto de Salud Carlos III-Madrid), sobre competencias en investigación que deben tener los profesionales de salud de los diferentes niveles académicos, en la práctica asistencial y en la formación especializada⁵⁶.

En algunos foros se defiende la postura que la definición de competencias debe mantenerse en un nivel genérico (abstracto) y amplio, y que en ningún caso deben incluirse las intervenciones y actuaciones implícitas en este ámbito de responsabilidad. Pero existen argumentos que justifican la necesidad de reducir el

nivel de abstracción teórica de los documentos de definición de competencias⁵⁷. El CIE define 3 grupos de marcos competenciales, en los que el nivel de abstracción se reduce progresivamente: (1) marco general de competencias; (2) marco de

diferentes foros. En segundo lugar porque, igual que en la definición de la prescripción enfermera de medicamentos es necesario establecer catálogos de fármacos especificando los que son susceptibles de ser prescritos de forma autorizada (legalmente) por el

La investigación-acción participativa se basa en la colaboración total entre investigadores y participantes (profesionales de enfermería). Esta aproximación se fundamenta en la asunción de que los participantes desean implicarse en la mejora de su práctica y quieren comprender mejor y aprender más sobre el ámbito de su responsabilidad profesional. En el proyecto COM_VA® se empleó este método porque contempla la implicación activa de los profesionales de enfermería en el desarrollo del proyecto, y así se garantiza su aceptación y su integración en la práctica a corto y a largo plazo.

competencias curriculares/académicas, y (3) marco de competencias para los diferentes niveles de prestación de cuidados o los distintos perfiles profesionales y académicos³⁶. En primer lugar, para dar respuesta a las demandas de los profesionales reflejadas en la literatura revisada y explicitadas en

profesional de enfermería⁵⁸, es importante realizar un esfuerzo para delimitar las intervenciones enfermeras que construyen los diferentes elementos competenciales, porque ello contribuirá a dilucidar los *claroscuros* del debate sobre los límites competenciales interprofesionales. Por último, porque la

evaluación de competencias no puede emplear elementos de elevada abstracción teórica como herramienta de aplicación práctica. Los mejores métodos de evaluación incluyen la observación directa de la práctica clínica y, por tanto, de las intervenciones y actuaciones enfermeras derivadas de la toma de decisiones en el lugar y el momento en el que se producen^{48,59}.

Del análisis de este trabajo se desprende que:

1. Los profesionales de enfermería hospitalarios vinculan el ámbito de responsabilidad acorde con los principios esenciales de la escuela de necesidades y de los principios esenciales de la ética del cuidados.

Instrumentalizar las competencias, aun haciéndolo desde los relatos, las narrativas y las experiencias de los profesionales de enfermería asistenciales, no deja de ser un ejercicio de teorización. Aunque el instrumento de competencias asistenciales recoge los ámbitos de responsabilidad y los criterios de ejecución, su estructuración en dominios, elementos y criterios no debe interpretarse como compartimentos estancos y totalmente independientes.

2. Hay acuerdo en que el profesional de enfermería no sólo realiza sino que toma importantes decisiones en la valoración, el diagnóstico y el abordaje preventivo, terapéutico y paliativo de las diferentes situaciones clínicas, especialmente en la prevención, la detección precoz y el tratamiento de complicaciones y en el control de síntomas.

3. La realización de intervenciones, procedimientos y/o técnicas de enfermería se empieza a comprender desde la perspectiva descrita por Henderson⁶⁰: “el profesional de enfermería ayuda al paciente en la realización de las actividades que contribuyen a restablecer su salud, cuando éste no puede por falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad”, y que por lo tanto hay una reinterpretación del concepto de “orden médica” en cuanto a que la “orden” o indicación terapéutica se dirige al enfermo y que el profesional de enfermería vehiculiza su cumplimiento por parte del paciente mediante la supervisión, la ayuda o la suplencia. Evidentemente, el estado, las capacidades y la voluntad del paciente son determinantes, pero el nivel de

complejidad de la intervención que se va a realizar también influye definitivamente en quien la ejecutará finalmente.

4. Se evidenció un cierto grado de dificultad en la definición de la competencia 5 (favorecer el proceso de adaptación y afrontamiento); un gran número de participantes asociaban esta competencia al hecho mismo de cuidar, reconociendo que implicaba “algo más” o “intervenir más allá de la escucha y de la información”, aunque en los grupos en los que participaron un mayor número de profesionales de enfermería de áreas de atención a pacientes oncológicos, con insuficiencias orgánicas avanzadas, o enfermos terminales, no se observó este problema de definición. Es probable que

el tiempo de contacto del profesional de enfermería con el paciente, en determinadas áreas, sea un factor contribuyente. Este fenómeno también podría asociarse a un déficit de formación de algunos profesionales de enfermería en este campo. Sería conveniente realizar más estudios que verifiquen esta suposición.

La principal limitación de este estudio es que aunque la muestra de participantes es considerable e incluye profesionales de enfermería de todas las áreas asistenciales hospitalarias, el ámbito del estudio se limita a los hospitales públicos no concertados en Cataluña.

Instrumentalizar las competencias, aun haciéndolo desde los relatos, las narrativas y las experiencias de los profesionales de enfermería asistenciales, no deja de ser un ejercicio de teorización. Aunque el instrumento de competencias asistenciales recoge los ámbitos de responsabilidad y los criterios de ejecución, su estructuración en dominios, elementos y criterios no debe interpretarse como compartimentos estancos y totalmente independientes. Todas las competencias están

interrelacionadas entre sí y la ubicación de un elemento en un dominio u otro no excluye su asociación con los demás.

Profundizar sobre el significado y el contenido de cada dominio y elemento competencial puede contribuir a aportar luz al debate nacional sobre las competencias enfermeras, teniendo en cuenta que las competencias no son estancas y definitivas en el tiempo, sino que deben revisarse y actualizarse periódicamente como respuesta a las innovaciones de la ciencia y a las demandas de la sociedad.

La ampliación de competencias asistenciales del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario es probablemente innecesaria si se permite el pleno desarrollo de las competencias definidas (incluyendo la prescripción autónoma, colaborativa y suplementaria de fármacos) y se reconoce a nivel jurídico-legal el área de responsabilidad y de corresponsabilidad para la toma de decisiones en la práctica clínica. Las disciplinas científicas de la salud trabajan hoy en día en redes de conocimiento, buscando la complementariedad competencial y promoviendo dinámicas de trabajo en equipo que contemplen el respeto a la aportación específica de cada grupo profesional. Como afirma Benner, “mucho debemos aprender y valorar en el momento en que los profesionales de enfermería asistenciales desvelan los significados comunes adquiridos como resultado de su preparación, de su ayuda y de su contribución y participación en los episodios genuinamente humanos que integran el arte y la ciencia enfermera”⁶¹.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente la colaboración de los profesionales de enfermería participantes y los profesionales de enfermería miembros de los grupos nucleico, directivo y académico del proyecto. También deseamos agradecer el apoyo y las aportaciones críticas de los doctores Mateu Huguet, Eduard March, Eudald Ballesta, Joan Escarrabill, y Ana Ochoa, de la División hospitalaria del Institut Català de la Salut (2005-2006).

Damos las gracias a las Sras. Cinta Gomez y Marta Mercader por el excelente soporte administrativo prestado, y a Josep Maria Riera,

responsable de la unidad de formación del ICS, por su contribución en la planificación y la gestión de los talleres. Finalmente, agradecer al Prof. Josep Maria Argimon sus consejos y asesoramiento. **ae**

Bibliografía

1. Eraut M. Developing professional knowledge and competence. Londres: The Falmer Press; 1994.
2. Aswath P. Being competent and having "competencies". Journal of Further and Higher Education. 1992;16:8-17.
3. Bradshaw A. Defining "competency" in nursing. Journal of Clinical Nursing. 1997;6:347-57.
4. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. Int Nurs Rev. 1992;39:109-12.
5. Brand SL. Nurses' role in discharging decision making in an adult high dependency unit. Intensive Critical Care Nursing. 2006;22:106-14.
6. Mrayyan MT. American nurses' work autonomy on patient care and unit operations. British Journal of Nursing. 2005;14:962-7.
7. Mrayyan MT. A unit-based protocol to enhance Jordanian nurses' autonomous decision making. Journal of Nursing Management. 2006;14:391-6.
8. Mrayyan MT. Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. Journal of Advanced Nursing. 2004;45:326-36.
9. Lilley M, Marshall J, McIntosh N, Bisland K, McNeil E, Morton E. Independent nurse prescribing in acute hospital setting. Paediatric Nursing. 2005;17(4):14-18.
10. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney J. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005;51:73-82.
11. Clegg A, Meades R, Croderick W. Reflections on nurse independent prescribing in the hospital. Nursing Standard. 2006;21(12):35-8.
12. Courtenay M, Carey N, Burke J. Preparing nurses to prescribe medicines for patients with dermatological conditions. Journal of Advanced Nursing. 2006;55:698-707.
13. Gallagher J, O'Garra C, Sessay M, Luty J. Nurse prescribing in addiction services: client benefits. Nursing Standard. 2006;20(48):42-4.
14. Wolf ZR. Transforming the doctor-nurse game to improve patient safety. Pa Nurse. 2006;61(3):18-33.
15. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluc L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care team. Critical Care. 2004;8:R403-8.
16. Bass M. Oncology nurses' perceptions of their role in resuscitation decisions. Professional Nurse. 2003;18(12):231-9.
17. Stewart J, Stansfield K, Tapp D. Clinical nurses' understanding of autonomy: accomplishing patient goals through interdependent practice. Journal of Nursing Administration. 2004;34:443-50.
18. Goodman B. Ms B and legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy. Nursing Critical Care. 2004;9(6):271-6.
19. Jones A. Supplementary prescribing: relationship between nurses and psychiatrist on hospital psychiatric wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2006;13(1):3-11.
20. Coombs M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. Intensive and Critical Care Nursing. 2003;19:125-35.
21. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Horton D. Medical decision-making in the nursing homes: a comparison of physician and nurse perspectives. Journal of Gerontological Nursing. 2006;32(12):14-21.
22. Takase M, Maude P, Manias E. Role discrepancy: is it a common problem among nurses? Journal of Advanced Nursing. 2006;54(6):751-9.
23. Coombs M, Ersser SJ. Medical hegemony in decision-making-a barrier to interdisciplinary working in intensive care? Journal of Advanced Nursing. 2004;46:245-52.
24. West SL. Physical assessment: whose role is it anyway? Nursing Critical Care. 2006;11(4):161-7.
25. Adlesberg M. Is it within the scope of RN practice or is it delegation? Nurse BC. 2006;38(3):19.
26. Anderson AK, Komberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors nurses consider when making decisions. Nursing Critical Care. 2006;11(3):136-45.
27. Odom-Forren J. The propofol debate continues. Journal of Perianesthesia Nursing. 2006;21(2):77-8.
28. Smallwood A. Nurse-initiated thrombolysis: a systematic review of the literature. Nursing Critical Care. 2004;9(1):4-12.
29. Smallwood A. Nurse-led elective cardioversion: an evidence-based practice review. Nursing Critical Care. 2005;10(5):231-41.
30. De Bijl NP. Legal implications of task rearrangement for nurses in the Netherlands. Nursing Ethics. 2005;12(5):431-9.
31. Claudot F. Délégation de tâches et transfert de compétence: approche juridique. Soins. 2005;696 Suppl 1:1517-9.
32. De Bie J, Cuperus-Bosma JM, Gevers JK, Van der Wal G. Reserved procedures in Dutch hospitals: knowledge, experiences, and views of physicians and nurses. Health Policy. 2004;68(3):373-84.
33. De Bie J, Cuperus-Bosma JM, van der Jagt MA, Gevers JK, van der Wal G. Risky procedures by nurses in hospitals: problems and refusals of orders by physicians, and views of physicians and nurses: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2005;42(6):637-48.
34. Currey J, Botti M. The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision-making following cardiac surgery. Intensive Critical Care Nursing. 2006;22(4):194-205.
35. Rushforth H, McDonald H. Decisions by nurses in acute care to undertake expanded practice roles. British Journal of Nursing. 2004;13(8):482-90.
36. International Council of Nurses. ICN Framework of competencies for generalist nurse. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003. Disponible en: www.icn.org
37. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Fitness for practice. Londres: UK Central Council for Nursing; 1999.
38. Ordre des infirmières de Québec. Normes et critères de compétence pour les infirmières. Disponible en: <http://www.oiiq.org>
39. American Nurses Association. Standards of Nursing Practice. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/>
40. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Estándares de la práctica de la enfermería oncológica. Disponible en: <http://www.seeo.org/>
41. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Estándares de la práctica de la enfermería de urgencias y emergencias. Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/
42. VVAA. Competències de la professió d'infermeria. Barcelona: Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut - Comissió d'infermeria i les seves especialitats. Institut d'estudis de la Salut; 1999.
43. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.
44. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
45. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Barcelona: Grijalbo; 1987.
46. Holter IM, Schwartz-Barcott D. Action research: what is it? How it has been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing. 1993;18:298-304.
47. Lucia AD, Lepsinger R. The art and science of competency models. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer, Wiley Co.; 1999.
48. Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición y la evaluación de competencias de la enfermera en el ámbito hospitalario. Nursing. 2007;25(4):56-61.
49. Silberman D. Interpreting qualitative Data: Methods for analysis talk, text and interaction. Londres: SAGE Pub; 1993.
50. Coghlan D, Casey M. Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. Journal of Advanced Nursing. 2001;35:674-82.
51. Webb C. Action research: philosophy, methods and personal experiences. Journal of Advanced Nursing. 1989;14:403-10.
52. Williamson GR, Prosser S. Action research: politics, ethics and participation. Journal of Advanced Nursing. 2002;40:587-93.
53. Kelly D, Simpson S. Action research in action: reflections on a project to introduce clinical practice researchers to an acute hospital setting. Journal of Advanced Nursing. 2001;33:652-9.
54. Dewing J, Traynor V. Admiral nursing competency project: practice development and action research. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:659-703.
55. Teixidor M, editor. Projecte Leonardo da Vinci: Marc de referència per a la funció de supervisor d'infermeria. Barcelona: Fundació "La Caixa"; 1999.
56. Funtelsaz C, Navalpotro S, Ruzafa M. Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en Enfermería (Investéniscu). Enferm Clin. 2007;17:117-27.
57. Schober M. Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. Journal of Advanced Nursing. 2006;275-6.
58. National Council of Nurses. Nurse Prescribers' extended formulary. Londres: NCN; 2006.
59. O'Hearn Róbelos M. A review of methods to assess competency. Journal of Nurses in Staff Development. 2006;22(5):241-5.
60. Henderson V. Basic Principles of Nursing Care. Ginebra. International Council of Nurses; 1960.
61. Benner P, Tanner C. Clinical judgement: how expert nurses use intuition. Am J Nurs. 1987;87:23-31.

Correspondencia:

M.E. Juvé Udina.
C/ Anóia, 2. 08790 Gelida. Barcelona.
España

Correo electrónico:

ejuve@gencat.net