



UBA
Universidad de Buenos Aires

UBA190
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ANIVERSARIO



- FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

**- CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA,
CON ORIENTACION EN CIENCIAS VETERINARIAS Y BIOLÓGICAS.**

- TESINA (Trabajo Final Integrador).

- TÍTULO:

**¿Docente o Cirujano? Tensiones en la docencia de
cirugía en el Hospital Escuela de la Facultad de
Ciencias Veterinarias de la UBA.**

- AUTOR: M.V GABRIEL JULIÁN ONGAY

- TUTOR: Dr. SABÁS HERNÁNDEZ

- Abril 2013 -

Índice:

1. Introducción:	_____	4
1.1 - Aspectos generales de la Tesina.		
1.2 - Objetivos generales		
1.3 - Objetivos particulares		
1.4 - Alcances		
2. Planteo del tema y problemas:	_____	5
2.1 - Escenario. Actores. Destinatarios de la investigación. Descripción.		
2.2 - Planteo de la problemática.		
3. Marco teórico/estado del arte:	_____	8
3.1 - Tensión: definición.		
3.2 - Teorías explicativas:		
- Teoría de cambio.		
- Diseño Organizacional. Comportamiento y cambio organizacional.		
- Práctica profesional reflexiva.		
3.3 - Representación gráfica y listado de posibles tensiones.		
4. Desarrollo:	_____	12
4.1 - Entrevistas de relevamiento.		
4.2 - Diseño del Cuestionario para la población docente.		
Formulación de ejes problemáticos, tensiones subyacentes.		
Premisas a confrontar.		
4.3 - Resultados y análisis estadístico.		
4.3. 1 - Información demográfica.		
4.3. 2 - "Tensiones" dentro de los ejes problemáticos planteados.		
4.3. 3 - Pregunta general: (Toma de consciencia/ Grado de valoración).		
4.3. 4 - Proyectos/ Propuestas pedagógicas.		
4.3. 5 - Pregunta final (Área de interés profesional).		
4.3. 6 - Comentarios generales. Análisis de contenido.		
5. Conclusión final:	_____	52
6. Bibliografía:	_____	53
7. Anexo: modelo del cuestionario.	_____	54

PARA PENSAR.....

Segunda sugerencia: Nos lo recuerda, con frecuencia incómodamente, nuestra inteligencia técnica y nuestra deontología profesional: Los profesores de Universidad solemos tener dos lógicas, dos técnicas, dos éticas (dos barajas: no parece juego limpio). Pero dejemos que nos lo diga con sus palabras un brillante catedrático de Medicina, Director de Departamento en su Universidad, al concluir un intenso Seminario sobre Didáctica Universitaria para su especialización profesional, donde tuve la oportunidad de exponerme a exponer mis ignorancias y preguntas para el progreso, en el contexto de un proyecto de profesionalización pedagógica para docentes universitarios:

“Es increíble la facilidad con que podemos ignorar tan toscamente, nosotros, brillantes intelectuales universitarios (se supone) y honrados ciudadanos (por supuesto), cosas tan gruesas como ésta: Cuando realizamos intervenciones quirúrgicas en nuestros quirófanos, actuamos con una inteligencia, con una lógica, con una tecnología y con una responsabilidad profesional ejemplares, en la medida de nuestros límites, claro es. Todos sabemos el “por qué” de lo que hacemos y de lo que evitamos, el lugar y recorrido preciso de las incisiones, la dosis precisa de anestesia, previo minucioso estudio del expediente clínico de nuestros pacientes y tenemos previstas, por supuesto, una serie de alternativas para posibles incidencias o problemas que pueden presentarse a lo largo de nuestra intervención: desde una parada cardíaca hasta una alergia fulminante imprevista a algún fármaco específico. Pues bien, sonroja literalmente el hecho de que toda esa exigencia de nuestra lógica científica, toda la precisión técnica de nuestros dedos “neuronados” desde nuestro cerebro, toda nuestra ética profesional, que aplicamos a raudales en los quirófanos de los hospitales, se nos olvidan asombrosamente cuando, con el bisturí de nuestra enseñanza, intervenimos, en el metafórico (y sin metáfora...) quirófano de nuestras aulas, sobre tejidos millones de veces más complejos y más decisivos, tanto para nuestros alumnos, como para sus futuros clientes: la mente de seres humanos que intentan aprender. Si no sabemos qué significa aprender, si no estamos informados acerca de los desarrollos habidos en las últimas décadas (no digo meses) en materia de optimización de nuestras intervenciones didácticas, a pesar de la ingente cantidad de literatura bibliográfica producida al respecto en todas las latitudes de nuestro planeta “internetado”, ¿cómo nos atrevemos a poner el pie en el quirófano pedagógico de las clases?

¿En nombre de qué lógica, en nombre de qué técnica mínimamente racional, en nombre de qué ética, nos atreveríamos a intervenir con nuestro bisturí en neurocirugía, por ejemplo, si no tenemos ni la menor noción acerca de la anatomía (estructura) y fisiología (funcionamiento) del cerebro humano? ¿Cómo nos atrevemos a intervenir, pues, sobre la mente/cerebro de un ser humano que aprende, si ignoramos lo más elemental acerca de la anatomía y la fisiología del aprender? Si un historiador, economista, sociólogo o político, por muy brillante que fuese su expediente académico universitario, se atreviera a poner el pie en un quirófano de nuestros hospitales para practicar alguna intervención quirúrgica de lo que fuere, nos faltaría tiempo para presentar la pertinente denuncia, en el juzgado de guardia más próximo, por intrusismo profesional, delito que figura en todos los códigos de Derecho Penal del mundo.

¿En nombre de qué inconsciente arrogancia, a partir de ahora, después de este Seminario, ya no tan inconsciente, podemos seguir ignorando y negando en nuestras aulas, como docentes, el mínimo de sensatez lógica, técnica y ética profesional, que tan generosamente se nos ha enseñado para el ejercicio de nuestra profesión médica?” Huelgan comentarios.

Sugerencias para navegantes: la depauperante “domesticación académica” de las disciplinas en la docencia universitaria.

Miguel Fernández Pérez (2001): Extracto de la conferencia impartida al profesorado de la Universidad de Granada (España) en el Curso de Elaboración de Proyectos Docentes organizado por esta Universidad.

1- Introducción:

1.1- Aspectos generales:

El autor de esta Tesina ha transitado 24 años de profesión en la práctica profesional privada (clínica y cirugía en pequeños animales) y los últimos 11 años como docente del Área de Cirugía y cirujano del Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Veterinarias.

Ya finalizando la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria su interés particular se ha enfocado en uno de los aspectos más importantes de la pedagogía universitaria que es el de facilitar el análisis de las condiciones institucionales que contextualizan al proceso educativo, ya que el desempeño de las personas que trabajan en una institución está condicionado profundamente por la naturaleza de la misma.

En sentido opuesto y citando a Chris Argyris “Las organizaciones son así porque nosotros, los humanos, somos de esa manera”. Es en este proceso de “resolución dialéctica”, donde se ensambla el motor de avance de una organización.

En el ámbito de la unidad quirúrgica del Hospital Escuela se desarrollan actividades de formación en la práctica tanto en alumnos de grado en su carrera de intensificación en pequeños animales como de postgrado, colegas en pasantías y especializando.

Las situaciones de formación en la práctica pueden definirse como un arreglo de condiciones espacio-temporales, de actividades y artificios técnicos – organizadas en torno a un régimen de alternancia, con el propósito de facilitar un proceso de desarrollo personal que habilite para el ejercicio de una profesión u oficio (Andreozzi, 1998). La alternancia implica una organización en la que convergen momentos de enseñanza y momentos de formación que remiten al universo del trabajo. Implica “momentos de desarrollo de las competencias en situaciones de trabajo y allí no estamos en la cultura de la enseñanza ni en la de la formación, sino en el espacio y la cultura de la profesionalización”. (Barbier, 2007)

Coincidentes con una lógica técnico-academicista las situaciones de formación en la práctica se presentan como experiencias aisladas y fragmentadas, o circunscriptas a los ciclos de práctica y residencia ubicados en el tramo final de las carreras universitarias. Sin embargo, por ser el primer contacto con la cultura laboral y profesional, constituyen instancias de alto impacto formativo en el trayecto profesional de los sujetos. El pasaje del ámbito académico al mundo del trabajo constituye una tarea difícil, en la que el estudiante en proceso de formación se encuentra ante la necesidad de responder a situaciones de trabajo que se presentan invariablemente como ajenas y extrañas.

Las situaciones de formación en la práctica pueden caracterizarse como instancias formativas complejas. Esto se manifiesta en principio en dos aspectos:

- “Los aprendizajes que deben construirse y que orientan el desarrollo profesional como la adquisición de competencias, en tanto conocimientos, destrezas y actitudes prácticas y sociales requeridas para un buen desempeño dentro de un ámbito determinado”. (Mastache, 2007)

- La tensión inevitable entre las lógicas de la enseñanza y del trabajo. “En estos espacios coexisten, se articulan – y por lo tanto se tensan – lógicas diferentes con propósitos, intenciones y ritmos propios, no siempre compatibles entre sí”. (Lucarelli, 2007)

Es en este último punto donde se explicita la problemática a desarrollar por este trabajo integrador. Intentar conocer las tensiones que inevitablemente se producen en dicho escenario entre las lógicas de la enseñanza y el trabajo, en que medida afectan al docente y establecer su grado de impacto en la práctica pedagógica.

“El docente universitario, en comparación con el de los otros niveles educativos, es atípico, debido a que requiere una doble profesionalización. Por un lado posee una profesión de origen, con un saber acreditado dentro de un determinado campo científico. Por otro está involucrado en una función compleja y distinta a la de su saber disciplinario, la docencia, para la que también se requiere capacitación que no siempre se recibe.” (Infonet, 2007)

Como he planteado anteriormente, en mi caso y en el de otros colegas ha sido la acreditación previa en mi saber técnico lo que me ha conducido a la docencia universitaria. Es decir la lógica del trabajo ha precedido y acompañado a la de la enseñanza.

¿En qué sentido profundo los cirujanos nos vamos volviendo docentes, en la universidad? ¿Será por el uso prolongado de ciertas palabras, vestimentas o rituales? ¿Qué papel juegan nuestras creencias y

convicciones? ¿Cómo evolucionan nuestras ideas y se hacen carne otras formas de ser y sentir la profesión? (Bertone, 2010)

Para referirse a estas cuestiones, el catedrático español Miguel Angel Zabalza sostiene que las maneras en que los docentes enfocamos la enseñanza dan lugar a distintas “coreografías didácticas”.

La identidad de una organización se manifiesta de múltiples formas. Las semióticas no lingüísticas hacen que “hablen” las paredes, los sistemas, las decisiones, los modos de reunirse y discutir. Hay niveles de comunicación lingüísticos (lo verbal en sentido estricto), semiolingüísticos (por ejemplo, los códigos de indumentaria o del arreglo personal), semióticos (el arte, la escenografía o la decoración) y semioergonómicos (la arquitectura y el equipamiento). (Chaves, 1988 en Diseño de organizaciones: Tensiones y paradojas. Leonardo Schvarstein, 2004). En cada una de estas formas los cirujanos encontramos rasgos distintivos de nuestra identidad.

Si se asume que la reflexión supone una reconstrucción crítica de la propia experiencia –tanto individual como colectiva– se entiende que entran en discusión no sólo aspectos referidos a los contenidos de la enseñanza y la relación entre los sujetos, sino también aspectos relacionados con las estrategias didácticas, los intereses subyacentes y los contextos en los que se inscriben las prácticas docentes.

Este trabajo ha intentado objetivar la experiencia de los docentes del Servicio en ese doble rol y con esa doble lógica. Por lo tanto las tensiones involucran a casi todas las variables del proceso de enseñanza- aprendizaje.

1.2 - Objetivos generales:

- Identificar, conocer y describir las principales tensiones que afectan a los docentes del Servicio.

1.3 - Objetivos particulares:

- Producir una investigación cualitativa que incluya aspectos exploratorios y descriptivos.

- Que el conocimiento adquirido colabore en la comprensión de problemáticas del área y ayude al docente en la toma futura de decisiones. Es decir, que el diseño del trabajo contempla aspectos de una investigación participativa.

- Crear un instrumento de evaluación (cuestionario) que maneje premisas universales y que sea aplicable a otros centros quirúrgicos de formación del país y del exterior.

1.4 - Alcances

Seguir con las investigaciones y completar este diagnóstico de situación. Saber que opinan el resto de los actores (alumnos de grado y postgrado), personal administrativo y clientes usuarios del Servicio y a partir de esta información poder generar propuestas o innovaciones, obtener recursos que mitiguen estas tensiones y permitan en lo posible cumplir con la mayor parte de las expectativas a través de una Gestión y Administración hospitalaria adecuada.

2 - Planteo del tema:

2.1 Descripción del Servicio. Actores, actividades, aspectos edilicios, objetivos, destinatarios principales.

La destreza quirúrgica implica una combinación de conocimientos, habilidad técnica, toma de decisiones, capacidad de comunicación y trabajo en equipo. La adquisición de técnicas básicas es el punto de partida del proceso de aprendizaje de estas destrezas. Aunque buena parte de los conocimientos, la capacidad de toma de decisiones y la experiencia se adquiere en el quirófano, las técnicas básicas se enseñan y evalúan en la sala de prácticas, fuera del quirófano.

El alumno de esta facultad inicia su aprendizaje básico en cirugía casi promediando su carrera en las aulas de la Cátedra de Cirugía cursando la materia Cirugía (código: 502). Accede a un variado contenido teórico

práctico con teóricos e introductorios con presentaciones en proyección de presentación de diapositivas (*Power Point TM*) y prácticos donde ejercita técnicas de simulación como juego de roles (*role-playing*), uso de maquetas de diversos materiales y observación de procedimientos quirúrgicos básicos reales. Aprende fundamentos generales y adquiere destrezas básicas que lo preparan para su ingreso a un ámbito hospitalario (Hospital Escuela).

Uno de los objetivos principales del Hospital Escuela es cumplir con una función pedagógica a distintos niveles de enseñanza: grado, posgrado y formación continuada de docentes del Área.

El destinatario “privilegiado” debe ser el alumno de grado de nuestra institución.

En el Servicio de Cirugía de Pequeños Animales del Hospital Escuela se realizan intervenciones quirúrgicas de todo tipo. Allí concurren estudiantes de distintos cursos de grado del Módulo Común como Práctica Hospitalaria en Pequeños Animales I (código: 508) para desarrollar actividades no muy complejas en el Quirófano y aplicar los conocimientos adquiridos en Cirugía Básica. También asisten alumnos de la Intensificación en Medicina de Pequeños Animales para cursar Práctica Hospitalaria en Pequeños Animales II (código: 539) con actividades exclusivamente en Consultorio Quirúrgico y de Cirugía en Pequeños Animales (código: 565) de la Intensificación en Pequeños Animales que en el Quirófano deben formar parte de equipos quirúrgicos y desempeñar un rol activo en las cirugías.

Este curso era optativo pero a partir del nuevo Plan de Estudios en vigencia pasó al Tronco común.

Además en forma extracurricular hay pasantías para alumnos de grado. (12 alumnos: aprobado el curso de Cirugía del Módulo Común).

También alumnos de posgrado, hacen sus prácticas enriqueciendo su formación en Pasantías postgrado, dos años de duración. (9 alumnos) y en la Carrera de Especialista en Cirugía de Pequeños Animales, de dos años de duración. (5-6 cursantes).

El Servicio cuenta con dos áreas bien diferenciadas. Los consultorios quirúrgicos (dos), donde se practica la clínica quirúrgica. Allí se examinan los pacientes, se determina si el problema es operable o no, se indican estudios pre quirúrgicos y se otorgan turnos, atendándose además los controles posoperatorios.

El centro quirúrgico, que es el área donde se hacen las intervenciones, cuenta con una zona “sucio-intermedia” y otra “limpia”. Los alumnos, depende qué materia estén cursando, van a uno u otro sector.

En resumen, todos los alumnos de grado que estudian la carrera de Veterinaria concurren al Servicio. En el curso de Práctica Hospitalaria I aplican en el quirófano los conocimientos adquiridos en el curso de Cirugía del Módulo Común. Luego, en la Intensificación en Medicina de Pequeños Animales, en el curso de Práctica Hospitalaria II participan de las actividades del consultorio quirúrgico y en el curso de Cirugía II, en el quirófano, desempeñando un rol activo en las cirugías.

Hay además pasantías para alumnos de grado, para las que se exige como único requisito que tengan aprobado el curso de Cirugía del Módulo Común. Los pasantes alumnos desarrollan actividades de apoyo en el Servicio durante seis meses y aprenden mucho participando en el trabajo cotidiano del Hospital.

Los colegas egresados pueden acceder a un perfeccionamiento quirúrgico de posgrado por medio de pasantías (de primer y segundo año) o por el cursado de la Carrera de Especialista en Cirugía de Pequeños Animales, de dos años de duración. El número de pasantes es variable, en la actualidad hay 12 alumnos de grado, 9 de posgrado y 5 a 6 cursantes de la Carrera de Especialista en Cirugía de Pequeños Animales. Es importante mencionar que el Servicio también juega un importante rol en la formación continuada de los docentes del área de Cirugía.

El cuerpo de cirujanos del Servicio está compuesto por 29 profesionales que trabajan con cargo docente, 27 de los cuales pertenecen al Área de Cirugía y 2 a otras Cátedras. Esta será la población a estudiar.

Asimismo se cuenta con un plantel de 9 médicos de planta. Estos se desempeñan en un turno vespertino y no serán objeto de esta investigación.

Funcionamiento: desde hace muchos años, la actividad diaria del Servicio comienza con un ateneo, en el que se evalúan las historias clínicas de los pacientes que van a ser intervenidos ese día.

Ésta es una instancia pedagógica muy importante tanto para los estudiantes –de grado y posgrado- como para los docentes, porque se presentan los casos quirúrgicos programados del día, sobre los cuales se hacen preguntas y se debate.

Es muy difícil manejar horarios fijos en un servicio como el de Cirugía, porque hay una serie de circunstancias que son contingentes: cirugías que se prolongan más de lo planeado, imprevistos en la inducción o recuperación anestésica del paciente, animales que ingresan y deben ser atendidos de urgencia, etc.

Los alumnos, siempre bajo la supervisión de un docente, realizan maniobras sobre los pacientes y cada uno tiene sus tiempos, que se respetan, porque no es lo mismo un estudiante que un profesional.

El Servicio de Cirugía es, por naturaleza, un servicio “complejo”; sus actividades requieren la participación de varios profesionales. A diferencia de un consultorio, donde un médico clínico atiende un paciente, cada operación supone el trabajo de todo un equipo quirúrgico: cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas, enfermeros de quirófano. Además hay que contener a los propietarios, que están en situaciones emocionales particulares.

Contamos con cirujanos especializados en todas las disciplinas. Se efectúan todo tipo de intervenciones quirúrgicas. Se hacen tanto cirugías de tejidos blandos como de ortopedia y traumatología (fracturas, luxaciones). También funciona, como un centro de referencia y derivación. Si bien la mayoría de los pacientes llega al Servicio desde las consultas en el Hospital, muchos vienen derivados por un veterinario externo.

Los animales que se atienden más comúnmente son los perros y los gatos. Un día a la semana, se realizan además intervenciones sobre especies no tradicionales: reptiles, aves, etc.

Por año, en el Servicio se practican alrededor de 1100 cirugías y en consultorio quirúrgico se atienden 5 mil consultas. El horario de atención del Servicio de Cirugía es el mismo que el del Hospital Escuela, lunes a viernes de 8:30 a 21 hs. Contando con un servicio de internación permanente.

Todas las intervenciones se realizan con turno previamente acordado. Se reserva un turno diario para urgencias.

2.2 - Planteo de la Problemática

El alumno de grado ingresa a la unidad quirúrgica y se encuentra con un caso real, en el que casi toda la responsabilidad recae en la labor del cirujano quien debe desempeñar eficientemente un doble rol, por un lado como docente y por otro como cirujano asignado al caso hospitalario, con la presión permanente que significa ser el responsable directo del paciente. Resultaría lógico pensar que a la hora de actuar el profesional podría priorizar su rol de cirujano al de docente, o al menos atravesará por esta tensión. Además debe procurar la participación del alumno de grado cumpliendo roles dentro de un equipo quirúrgico. Debemos situarnos además en el “imaginario colectivo” que significa para muchos alumnos considerar a la cirugía como una situación riesgosa en sí misma.

Todos hemos observado situaciones de tensión en nuestros alumnos que ya, no observan o simulan situaciones sino que deben ejecutarlas en pacientes vivos. En sentido inverso esta tensión posee otro polo desde la mirada docente, tensión que se genera entre el hacer y el dejar hacer. ¿Qué son capaces de hacer nuestros alumnos, pasantes o tutorandos sobre nuestros preciados pacientes? O bien ¿Somos capaces de solucionar la patología de este paciente? ¿Aceptamos y exponemos nuestras limitaciones, errores o fracasos ante alumnos y pares?. Ante el propietario de la mascota somos los responsables y no podemos argumentar tan fácilmente la permisividad al error aceptada para nuestros aprendices Estas situaciones tensionantes se producen cotidianamente.

Esto se ve complejizado por la presencia en el mismo momento de otros docentes, pasantes graduados, especializandos, pasantes alumnos y alumnos, lo que implica que confluyen en el mismo espacio y tiempo personas con distintos intereses, conocimientos previos, aptitudes, habilidades y necesidades. Es posible que esta heterogeneidad con una clara disparidad intelectual produzca de manera no planeada un status jerárquico que convierta al alumno de grado en un observador marginal, con pocas posibilidades de participación en roles activos dentro del equipo quirúrgico. Esta posibilidad debe ser analizada y prevista.

Así se presenta otra problemática en la unidad quirúrgica, sobre todo en el área limpia donde la masividad se hace patente, echo agravado por aspectos edilicios, dimensiones reducidas del quirófano, carga bacteriana ambiental y riesgo de infecciones, circulación del personal y comunicación efectiva tanto verbal como visual, entendida como la observación adecuada del campo operatorio y por ende la comprensión del procedimiento. Se producen aquí ejemplos de tensión, en aspectos como la comunicación, circulación, participación u observación del procedimiento.

Además el equipo quirúrgico debe controlar que el paciente reúna los requisitos preoperatorios de rutina (laboratorio e imágenes), específicos según el procedimiento (suturas especiales, prótesis, instrumental especial), además del tipo administrativo (reserva de turno, autorización de práctica) y en algunos casos gestionar la internación posterior del paciente, la adquisición de insumos no previstos (sangre y hemoderivados) y la atención sin dilaciones de emergencias quirúrgicas. Se suelen observar aquí tensiones de rol y entre la eficiencia y burocracia en el ámbito de la gestión administrativa.

El docente de cirugía debe desempeñar también sus funciones en el consultorio quirúrgico atendiendo un número prefijado de casos clínico-quirúrgicos que allí se presentan. A estos se suman casos no programados

u “off shore” desde Clínica Médica y otras especialidades. Además del consabido peregrinar para la obtención de los requisitos preoperatorios. En este otro escenario (consultorio quirúrgico) se ubican los alumnos de PH II que deben pasar este lugar intentando cumplir con estos objetivos principales:

1. Esquematizar los grandes síndromes clínicos, reconociendo las vías diagnósticas más adecuadas a través de los métodos complementarios disponibles.
2. Discernir entre los signos clínicos principales y secundarios al cuadro que presentan los pacientes.
3. Aplicar una correcta semiología general y particular para la detección signológica.
4. Instituir un adecuado tratamiento sintomático y esbozar uno específico.

La mayoría de los docentes del área desarrolla también sus funciones en el ámbito privado y sabe que no es lo mismo revisar al paciente, procesar la información y transmitirla al cliente, que guiar a los alumnos en esta práctica pre profesional. Obviamente, que el caso clínico quirúrgico con una intencionalidad didáctica, no puede tener como principal enemigo o limitante al tiempo. Esto posiblemente constituya otra tensión entre eficiencia administrativa y pedagógica a tener en cuenta.

Este escenario se verá aun más complejizado para el año 2014 ya que se espera un aumento importante del número de alumnos de grado en el quirófano. Esta situación se producirá debido a que Cirugía en Pequeños Animales (565) con 20 horas de carga horaria y con carácter de curso optativo dentro de la Intensificación en Pequeños Animales, pasará en el Plan de Estudios Resol. (CS) 7309/09 (para los ingresantes al CBC 2008 en adelante) a formar parte del tronco común.

Esta materia está destinada a que el alumno sea capaz de determinar la pertinencia de cada intervención quirúrgica y la técnica según el estado del animal y la patología a tratar, formando parte de los equipos quirúrgicos y ejercitando el rol de cirujano en cuanto a la planificación de la intervención, determinación y control de roles y cuidados terapéuticos necesarios antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Constituye pues, un verdadero desafío definir el presente y prepararnos para un futuro no muy lejano.

Se producen problemáticas, algunas predominantes que generan tensiones a enumerar, definir y analizar.

- Escenario complejo: Masividad y Heterogeneidad grupal.
- El Grado y el Postgrado en un mismo tiempo y espacio compartiendo recursos.
- Docente cumple multiplicidad de roles.

3 - Marco teórico/ Estado del arte.

3.1 - Tensión: Definición

El reconocimiento de las tensiones está indisolublemente ligado a la experiencia humana.

El lenguaje incorpora estas tensiones dando lugar al *oxímoron*, expresión que aúna dos términos de naturaleza contradictoria: aprender sin errores, trabajar sin esfuerzo o curarnos sin sufrir.

“Sentimos” cotidianamente la tensión entre los principios que caracterizó Sigmund Freud: el principio de placer, guiado por la fantasía de satisfacción de nuestras necesidades y deseos, y el principio de realidad, emergente del reconocimiento de nuestros límites internos y externos. También nuestras necesidades y deseos respecto de las organizaciones en las que participamos se enfrentan con estas contradicciones. (Schvarstein, 2004, p. 15)

Nuestras organizaciones son espacios de contradicciones entre la racionalidad política y la racionalidad técnica, entre los proyectos y la resistencia, entre la austeridad y el despilfarro, entre el conocimiento y la ignorancia, entre la omnipotencia y la impotencia, entre la semejanza y la diferencia, entre la cooperación y la competencia, entre el orden y el desorden.

Nos confrontan con estas contradicciones y nos ponen frente a la necesidad de resolverlas situacionalmente. Y digo situacionalmente porque, no importa cuántas veces resolvamos, ellas permanecen allí para volver a manifestarse frente a cada nueva contingencia. (Schvarstein, 2004, p. 16)

Con objetivos analíticos, se plantea a la contradicción como una lucha de opuestos irreconciliables mientras que se entiende a la tensión como un movimiento dinámico entre estos opuestos; de modo similar, lo que caracteriza a un dilema es la imposibilidad de encontrarle una solución mientras que el problema ofrece esa posibilidad.

En ambos casos, la propuesta es contextualizar la tensión o el problema y proponer una solución política. Dicho de otro modo, 'lo bueno o lo malo' de cada tensión se va a definir con relación a un contexto y esta definición será siempre política. (Tensiones en la transmisión de la cultura. Mgter. Marta Degl' Innocenti)

Es decir, se plantea un proceso dialéctico que se establece entre los distintos actores institucionales que está influenciado por varios aspectos del devenir de la organización (Universidad-FCV), donde en varias ocasiones el producto resultante tiene una estructuración híbrida en un intento por integrar múltiples intereses académicos y profesionales.

3.2 - Ejes: teorías explicativas.

Algunos conceptos o teorías pertenecientes a estos autores fueron utilizados para darle sustento teórico a este trabajo:

Kurt Lewin: (Psicólogo alemán 1890-1947) Fundador de la psicología social moderna y de los *National Training Laboratories* del MIT (Instituto de Tecnología de Massachusetts).

Es el creador de la Teoría de cambio. El cambio organizacional es aquella estrategia normativa que hace referencia a la necesidad de un cambio. Esta necesidad se basa en la visión de la organización para que haya un mejor desempeño administrativo, social, técnico y de evaluación de mejoras.

Para poder tener el conocimiento de cuando hacer cambios en la organización se necesita tener una buena planeación, tener bien identificado cuales son sus defectos, identificar problemas y errores que la organización sufre, y tener reflejado un enfoque de las consecuencias del cambio a producir.

No estudiaba ningún problema que no pusiera a prueba una teoría ni formulaba ninguna teoría que no pudiera ponerse a prueba en el estudio de problemas.

Chris Argyris: (EEUU: 1923) Comportamiento y cambio organizacional. Rutinas defensivas de las organizaciones.

“Las organizaciones son así porque nosotros, los humanos, somos de esa manera. Estamos equipados con un sistema de aprendizaje limitado que falla en situaciones de incomodidad o amenaza, es decir, cuando más necesitamos que funcione”.

“Este modelo de aprendizaje es autodefensivo. Nos exige mantener un control unilateral de la situación: no poner los juicios en discusión, evitar momentos engorrosos, maximizar la ganancia y minimizar la pérdida, suprimir sentimientos negativos”.

“Esta estrategia de engaño sirve para no discutir aquello que nos afecta: todo está en orden. Así, ante la mínima percepción de amenaza, el pensamiento defensivo reemplaza al productivo”.

Donald Schön: (EEUU: 1930–1997) Práctica profesional reflexiva en la Universidad.

“Saber hacer o conocimiento en la acción: no es totalmente seguro, porque las situaciones prácticas son cambiantes, complejas e inestables y producen incertidumbre y conflicto de valores. Frente a estas un práctico competente piensa sin por ello dejar de actuar y reorganiza lo que está haciendo mientras lo está haciendo”.

(Reflexión en la acción)

Esta conversación reflexiva que el profesional establece con la situación, Schön la extiende al cliente (sea el educando, el paciente, el beneficiado) que no puede quedar ajeno del proceso, le atribuye también a éste la capacidad de participar activamente en la búsqueda de respuestas a las situaciones problemáticas. Este “Desacuerdo Productivo” donde se expresan puntos de vista divergentes es fuente de ideas creativas, y, por lo tanto, de aprendizaje.

En síntesis podemos decir que tensiones están siempre presentes en las organizaciones.

Sentimos cotidianamente la tensión ya que nuestras necesidades y deseos respecto de las organizaciones en las que participamos se enfrentan con estas contradicciones.

Estas contradicciones nos ponen frente a la necesidad de resolverlas situacionalmente.

No importa cuántas veces las resolvamos permanecen allí para volver a manifestarse frente a cada nueva contingencia.

Debemos contextualizar “lo bueno o lo malo” de cada tensión y proponer una solución.

El producto resultante tendrá una estructuración híbrida integrado por múltiples intereses.

Pueden ser consideradas como un “Enemigo” a combatir o a temer, resistirse o ignorarlas.....esto último sea posiblemente la peor de las tensiones, la tensión de la no tensión, es decir no querer percatarse de la existencia de tensiones, dilemas, dificultades , contradicciones y problemas y que todo siga igual.

El otro enfoque a considerar es reconocer e interpretar a las tensiones como necesarias y generadoras de un estado de “desacuerdo productivo” o de “resolución dialéctica”, verdadero motor de avance de una organización.

3.3 - Representación gráfica y listado de posibles tensiones.

La investigación de las tensiones detectadas se realizará mediante escalas de calificación numérica que podrán ser uni o bipolares.

Tensiones: especificación/ambigüedad. “Las tensiones, efectivamente, se especifican. Puede que lo hagamos de manera completa o incompleta, correcta o incorrectamente, pero la identificación de las tensiones siempre es una operación de especificación. La ambigüedad en este caso queda restringida al significado de las palabras con las que especificamos las tensiones, y se resolverá por medio de la interpretación”.

El sistema de tensiones se expresa a través del lenguaje como contradicciones o bipolaridades.

Se trata de especificar las tensiones inherentes a cada parámetro, que pueden ser más de una.

“Para un oído entrenado, las contradicciones serán evidentes, tanto como el hecho de que optar por uno de los polos no anula su opuesto”. Recordemos que habrá tensiones que se expresan por medio de oposiciones no contradictorias en sí mismas (ejemplo de esto es la tensión entre medicina y negocio en una organización asistencial privada). La oposición contradictoria, en el polo de la Medicina será salud-enfermedad, en el polo del negocio, lucro-no lucro.

El sistema de tensiones puede estar configurado por más de dos polos.

Algunas contradicciones universales son particularidad/ universalidad, heterogeneidad/ homogeneidad, diferencia/ semejanza, desorden/ orden, riesgo/ seguridad, complejidad/ simplicidad, análisis/ intervención, reflexión/ acción, innovación/ repetición, emergente/ existente, cambio/ invariancia, evolución/ revolución, instituyente/ instituido, contingencia/ regularidad.

La escala de diferencial semántico es un tipo de escala numérica de calificación que se ha empleado con frecuencia en la investigación sobre psicología social y de la personalidad. Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) idearon este método para sus estudios sobre los significados connotativos (personales) que conceptos como padre, madre, enfermedad, salud, odio, amor tienen para diferentes personas. La persona califica una serie de conceptos en varias escalas de adjetivos bipolares de siete puntos. Según Sampieri, Collado y Lucio (1998) esta escala consiste en una serie de situaciones extremas que califican al objeto de estudio, ante las cuales se solicita la reacción del sujeto. Esta escala se clasifica como semicuantitativa ya que es “arbitraria”, se le ponen valores numéricos a una sensación subjetiva, para objetivarla y poder así cuantificarla.

De esta manera, se le ha requerido al encuestado que utilice esta escala de valoración teniendo en cuenta que se presentan situaciones bipolares donde el centro (0 cero) representa una actitud equilibrada entre ambas alternativas. Si hay varias personas que elijen por ejemplo un valor de escala “3”, no necesariamente todos piensen/sienten lo mismo...es decir que es una categoría que abarca muchos posibles resultados subjetivos, por eso es una escala y no una medición. Es una diferencia conceptual/semántica.

Otra escala utilizada en el cuestionario es el tipo Likert que indica el grado de acuerdo con respecto a determinadas premisas a través de una escala comprendida entre 1 (muy en desacuerdo) y 6 máxima valoración (totalmente de acuerdo).

En el ítem 2.2 ya se esbozaron algunas de las tensiones a investigar. Aquí enumero, a modo de ejemplo, un listado de posibles tensiones educativas especificadas como términos bipolares:

Teoría /práctica lo que el cirujano sabe (teoría)/ es capaz de hacer (praxis)

Eficiencia administrativa/ eficiencia pedagógica
Burocracia administrativa/ Eficiencia administrativa

Masividad en la unidad quirúrgica
Comunicación efectiva vs deficiente
Observación deficiente vs adecuada

Participación en roles activos nula/ escasa vs adecuada
Participación en función de jerarquías vs necesidades reales del aprendizaje.
Participar vs dejar participar (permisividad de error)
Responsabilidad en cirugía: (aspectos éticos legales)

Tensión entre Observar- Simular- Hacer.

Si bien los alumnos de grado deben tener la prioridad para participar en roles activos en el quirófano. En la realidad esto no siempre se concreta. Muchas veces los docentes proponemos a los alumnos de grado la posibilidad de participar en el equipo quirúrgico y observamos distintas reacciones (negación, dubitación, indiferencia, tensión,) de una buena parte de ellos. Se observa un mayor interés en observar, preguntar y simular sobre esa situación real. Esta situación de tensión ante la posibilidad de "hacer" es lógica y comprensible en los alumnos que debutan en este escenario. También es cierto que la complejidad de algunos procedimientos complejos anula no solo la posible participación del alumno sino su posibilidad de estar en el quirófano durante el procedimiento. En estos casos la realidad es que se prefiera integrar los equipos con alumnos postgrado siempre ávidos por participar y con un entrenamiento previo. Nuevamente caemos en la relación teoría/práctica y sus cuestiones ¿Querer y no poder? o ¿poder y no querer?

Tradicionalmente los cirujanos, han sido entrenados para pensar más como individuos "solistas" que como miembros de un equipo. Es común ver a estos docentes de cirugía y anestesiología formando parejas o tríos inseparables trabajando en la práctica privada. Los equipos quirúrgicos habitualmente se enfrentan a los desafíos impuestos por la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, por la naturaleza cambiante de la condición del paciente y por la incertidumbre inherente a toda cirugía.

Sin embargo, la enseñanza de la cirugía requiere de una situación de quirófano distinta en la cual individuos con diferente formación trabajen juntos, compartan información y coordinen sus esfuerzos para brindar una atención óptima. Los miembros del equipo pueden conocer muy poco acerca del otro o desconocer las necesidades de un paciente o procedimiento determinado. Como consecuencia de esto cuando el personal puede no comunicarse eficientemente, puede perderse, olvidarse o malinterpretarse información crítica que pone en peligro la seguridad del paciente.

Los equipos altamente efectivos no permiten que barreras jerárquicas pongan en peligro la seguridad. Sin embargo esta jerarquización es inevitable. Cuando se enfatizan las diferencias de jerarquía la gente en la base de la pirámide suele sentirse incómoda o temerosa de expresar problemas o preocupaciones. Las conductas groseras, agresivas o intimidantes por parte de individuos que están en el vértice de la jerarquía ponen en peligro la comunicación haciendo que esa persona parezca inabordable.

Tensión curricular

Es duro tener que reciclarse continuamente, revisar contenidos periódicamente, poner en crisis las propias concepciones o representaciones sobre educación.

El currículo de la especialidad en Cirugía se encuentra constantemente en crisis debido a que las partes que lo integran, los contenidos teóricos, programas académicos, desarrollo de destrezas, avances tecnológicos, paradigmas éticos, modificaciones en la legislación acerca de la responsabilidad profesional y legal, etcétera, colocan en situación de tensión a los principales actores del proceso enseñanza-aprendizaje de la Cirugía. De forma tal que la situación obliga a ajustar y hacer coincidir la teoría con la praxis, es decir, lo que el programa dice y lo que el profesor y el alumno hacen.

Contenidos:

- Tensiones entre generalidad y especificidad. Entre teoría y práctica.
- Apertura a nuevos marcos teóricos y cierre de los marcos propios. (Tensión entre exogamia y endogamia)
- Entre disciplina e interdisciplina.
- Extensión y profundidad. Dilema entre cumplir en tiempo y forma un currículo saturado y tiempo insuficiente para realizar las metas y objetivos en extensión y profundidad por docentes y alumnos.

Rol docente: Tensión de rol.

Conflictos de rol: Estos pueden definirse como Inter-rol (obligaciones asociadas a un rol son incompatibles con las de otros) o como Intra-rol (diferencias entre las expectativas que los miembros tienen sobre el desempeño de un mismo rol).

- Ambigüedad/ Especificidad. La ambigüedad de rol puede manifestarse de varias formas:

Ambigüedad de información: discrepancia entre la información necesaria para un adecuado desempeño del rol y la información de que dispone el ocupante de una posición.

Ambigüedad de tarea: falta información sobre la definición del trabajo, sus metas o los medios con los que cuenta.

Ambigüedad emocional: dificultad para precisar lo que se espera de él y las consecuencias de sus acciones, incertidumbre respecto a la evaluación por parte de los demás (desempeño de un puesto por primera vez).

- Rol Múltiple/ acotado a un perfil predominante:

Clínico/ Operador /Docente/ Científico/ Investigador/ Escritor/ Gerente

4 - Desarrollo

4.1 - Entrevistas de relevamiento.

- Profesor Titular y Adjunto de la Cátedra de Cirugía.
- Jefes de día (5 JTP)

4.2 - Diseño del cuestionario.

Uno de los aspectos más importantes de la pedagogía universitaria es el de facilitar el análisis de las condiciones institucionales que contextualizan al proceso educativo. Es en este punto donde se explicita la problemática a investigar por este **instrumento** que intenta conocer las tensiones que inevitablemente se producen en nuestro **Q.E** (Quirófano Escuela) entre las lógicas de la enseñanza y el trabajo, en que medida afectan al docente y establecer su grado de impacto en la práctica pedagógica.

En este escenario complejo se han definido algunos **ejes problemáticos** predominantes que generan tensiones a enumerar, definir y analizar.

Estos fueron elegidos por el autor del presente cuestionario en función de la observación participativa como docente y cirujano en este escenario institucional durante los últimos 11 años y a través del análisis y posterior consenso con los Profesores Titular y Adjunto de la Cátedra de Cirugía de nuestra Facultad y los jefes de día del Quirófano Escuela (entrevistas). Ellos son:

- **El docente “versátil”:** multiplicidad de roles.
- **Masividad y Heterogeneidad grupal.**
- **Grado y Postgrado en un mismo tiempo y espacio compartiendo recursos.**

El cuestionario tiene los siguientes objetivos básicos:

- Conocer las principales tensiones por las que atraviesa el docente de cirugía en el quirófano escuela de nuestra Facultad.
- Determinar cuál es su opinión acerca de las mismas.

Está dividido en cinco partes:

1. Información demográfica.
2. Instrucciones para realización del cuestionario.
3. “Tensiones” que subyacen dentro de los ejes problemáticos planteados.
Aquí se diseñaron 7 plantillas que permiten explorar las tensiones y problemas que se producen dentro de estos ejes problemáticos. Según su diseño nos brinda información sobre tendencias de preferencia entre dos términos opuestos (escala de diferencial semántico) o bien el grado de acuerdo sobre determinadas premisas (escala tipo Likert).
4. Pregunta general. (Toma de consciencia/Propuestas)
5. Pregunta final (Área de interés profesional)
6. Comentarios generales.

4.3 - Cuestionario: Resultados y análisis estadístico.

- Población a estudiar Docentes con cargo del Quirófano Escuela. (29) 17 varones y 12 mujeres.

4.3.1 - Información demográfica.

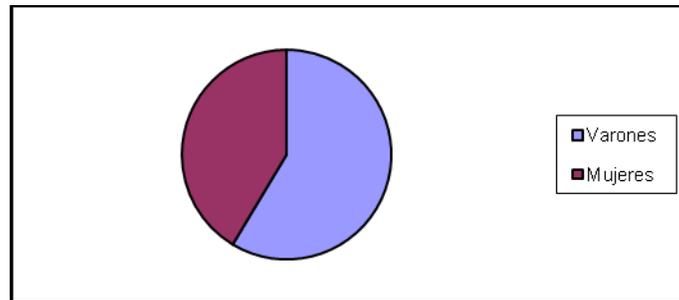


Fig. 1: Gráfico de torta que representa la proporción de varones y mujeres en la Cátedra de Cirugía.

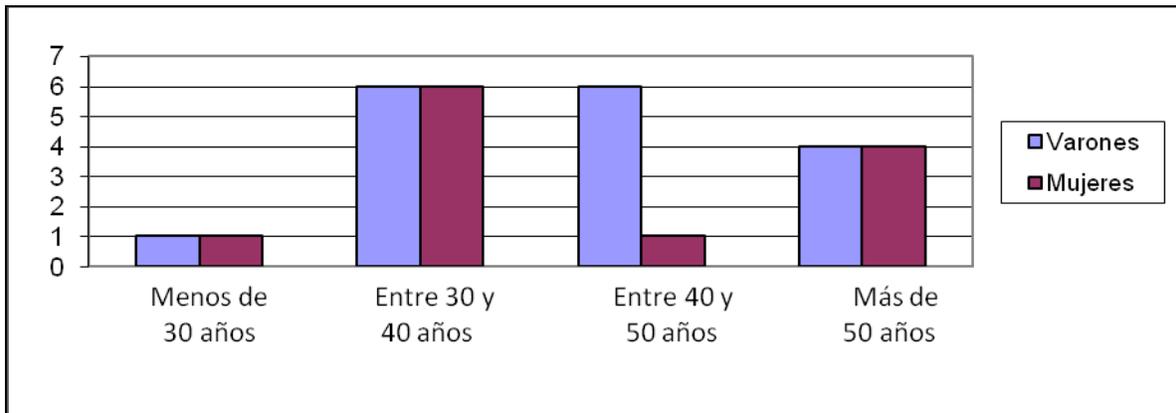


Fig. 2: Diagrama de barras que representa la distribución por género y edad

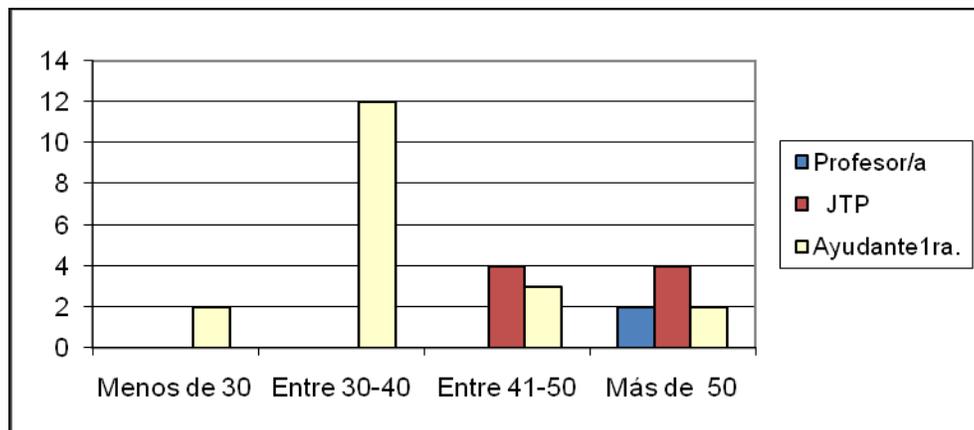


Fig. 3: Diagrama de barras que representa la distribución por edad y cargo

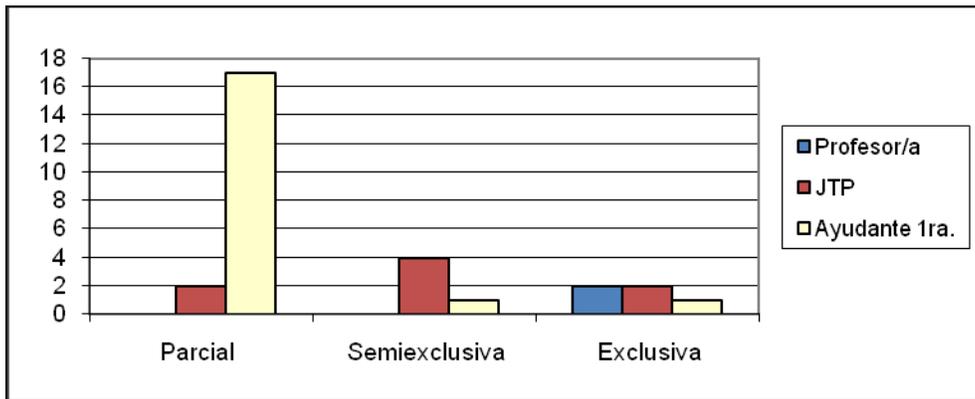


Fig. 4: Diagrama de barras que representa la distribución por cargo y dedicación

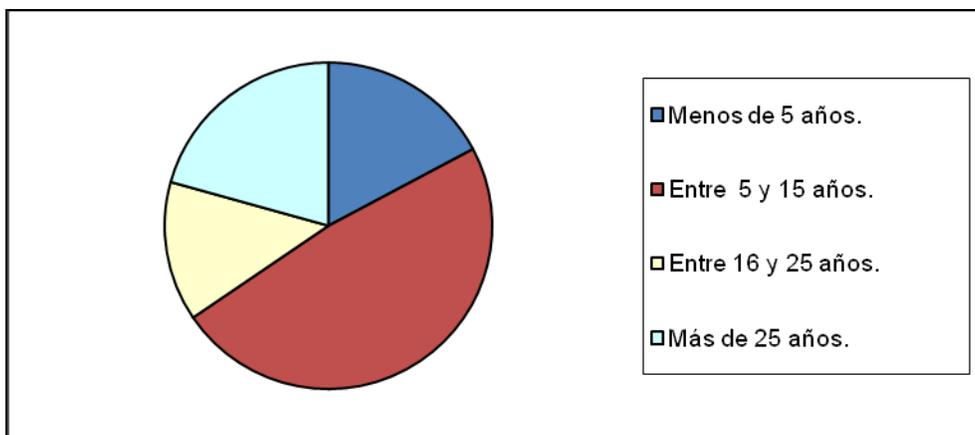


Fig. 5a: Gráfico de torta que representa la proporción de docentes según su experiencia en docencia de Cirugía de Pequeños Animales (en años)

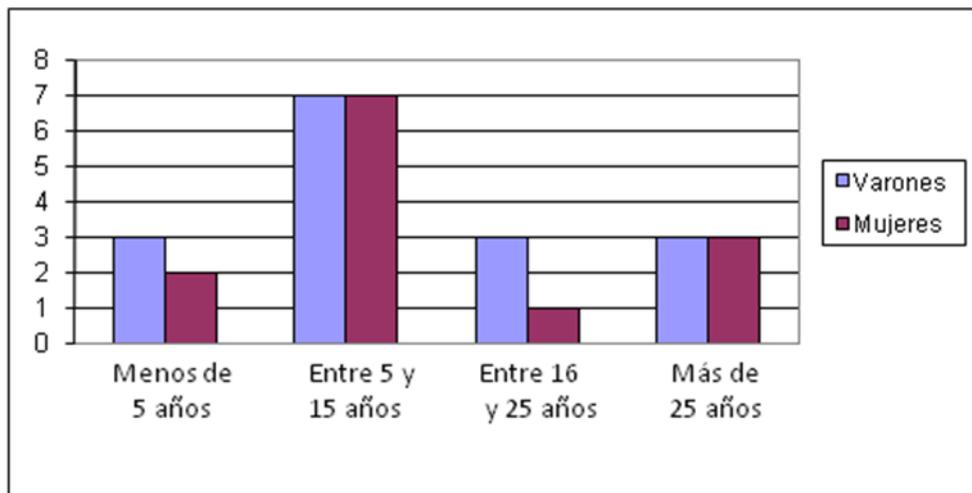


Fig. 5b: Diagrama de barras que representa la proporción de docentes según género y experiencia en docencia de Cirugía de Pequeños Animales (en años)

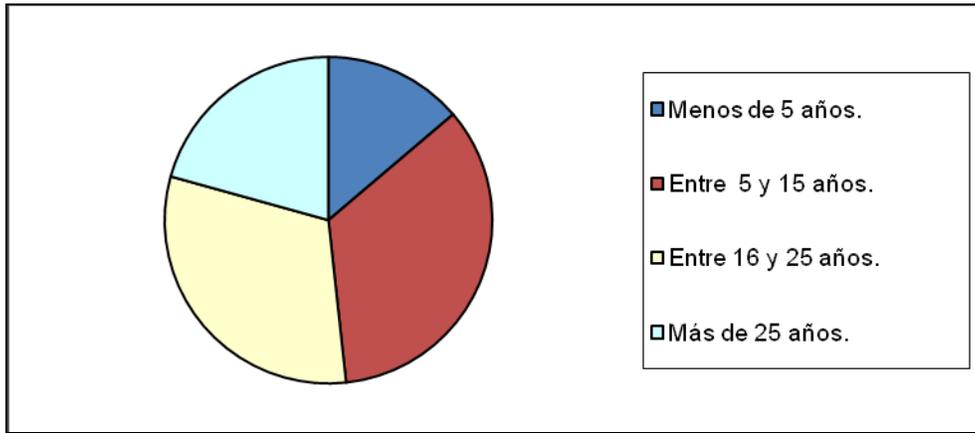


Fig. 6a: Gráfico de torta que representa la proporción de docentes según su experiencia en la práctica de Cirugía de Pequeños Animales (en años)

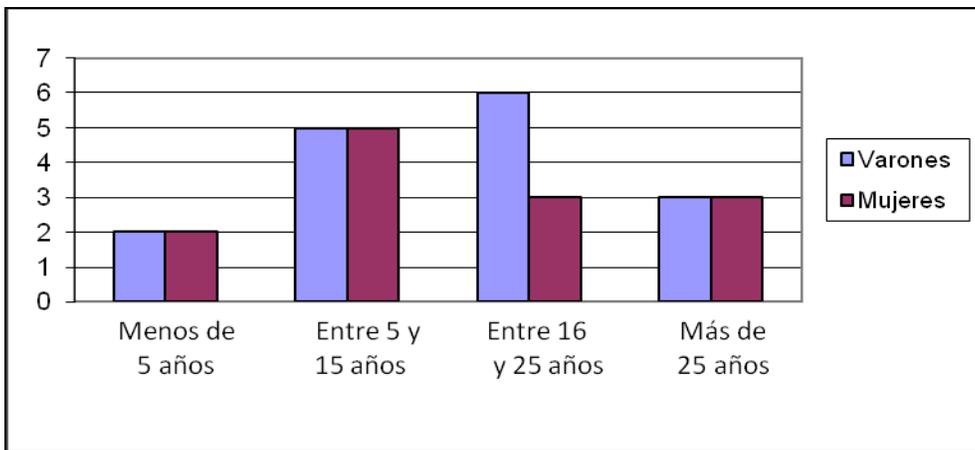


Fig. 6b: Diagrama de barras que representa la proporción de docentes según género y experiencia en la práctica de Cirugía de Pequeños Animales (en años)

En base a la distribución demográfica observada, respecto a la experiencia en Docencia de Cirugía y la experiencia en Práctica de Cirugía, se decidió evaluar la posible existencia de asociación entre estas variables.

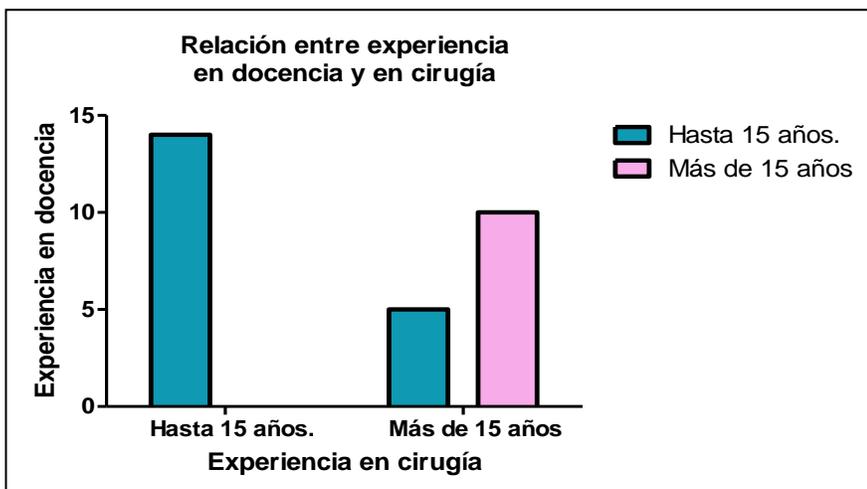


Fig. 7: Diagrama de barras que representa la distribución de frecuencias para la relación entre la experiencia en docencia y la experiencia en cirugía (en años)

Se encontró asociación significativa entre ambas variables, con un $p=0,0002$, por prueba de Chi cuadrado de Fisher. Es decir que la experiencia docente y la experiencia práctica están relacionadas con una probabilidad mayor al azar.

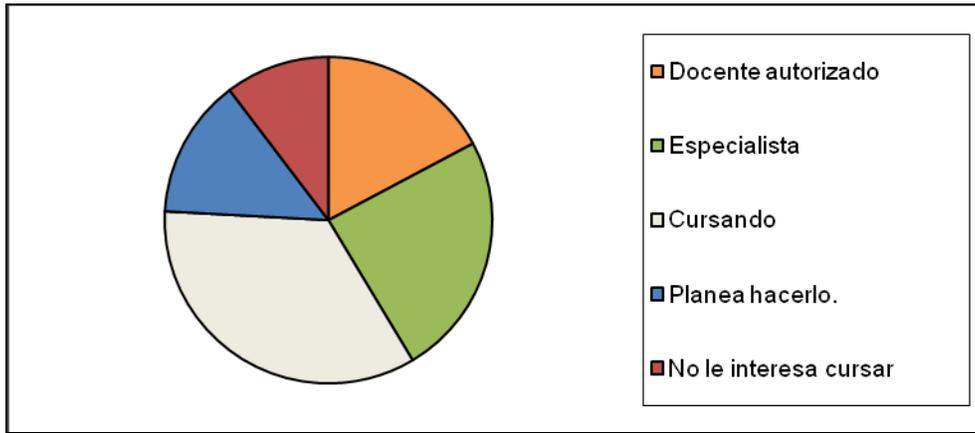


Fig. 8a: Gráfico de torta que representa la proporción de docentes según especialización en Docencia Universitaria

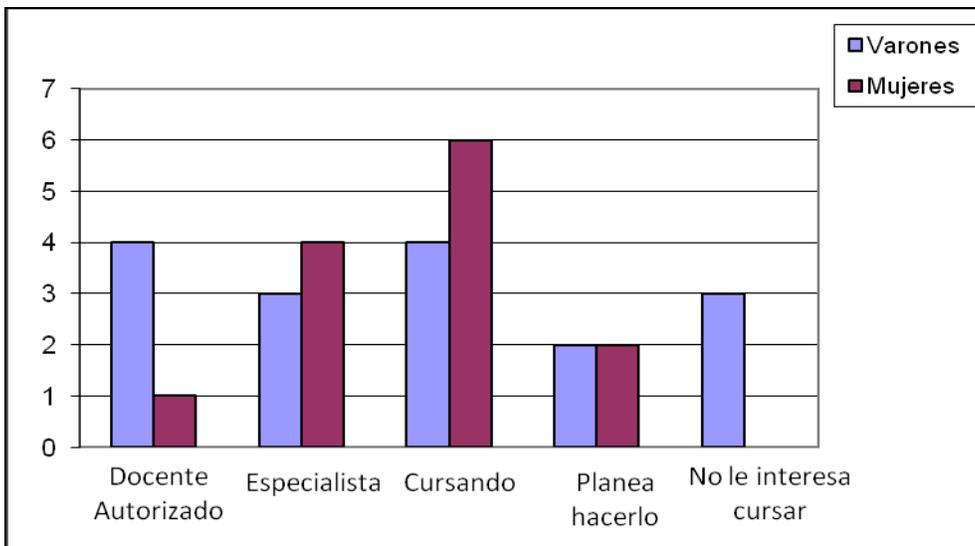


Fig. 8b: Diagrama de barras que representa la proporción de docentes según género y según especialización en Docencia Universitaria

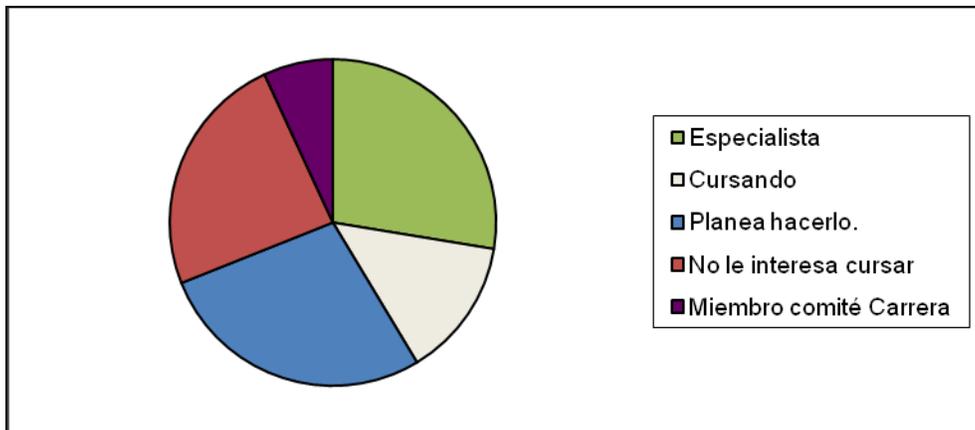


Fig. 9a: Gráfico de torta que representa la proporción de docentes según especialización en Cirugía

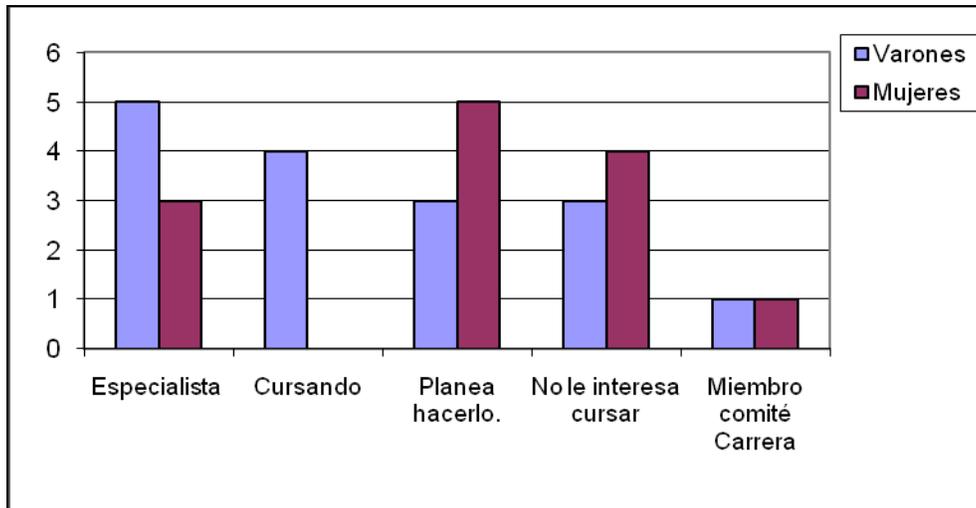


Fig. 9b: Diagrama de barras que representa la proporción de docentes según género y según especialización en Cirugía

Conclusión demografía: en nuestro servicio de cirugía un alto porcentaje de docentes (93%) es docente autorizada, especialista en docencia o está en camino de serlo. Paradójicamente la especialidad en cirugía involucra a un 48 % del plantel docente. Esta última se caracteriza por una mayor exigencia para su ingreso, mayor carga horaria y un bajo cupo (4-5 vacantes cada 2 años). Se debe realizar estrictamente en 2 años y aprobar varios cursos para su acreditación.

Se debe considerar además, que la especialización en docencia se dicta en el predio de nuestra Facultad, lo que favorece aún más la accesibilidad a la misma.

Se perfila una tendencia hacia una situación institucional ideal donde todo el plantel de cirujanos docentes tenga ambas especialidades.

4.3.2 - “Tensiones” que subyacen dentro de los ejes problemáticos planteados.

Si bien en el Anexo 8 se encuentra el cuestionario completo, para una mejor comprensión de los resultados se presentan las plantillas y luego la representación gráfica con los resultados obtenidos. En algunas se consideró pertinente incluir un somero análisis o comentario.

Plantilla I: Grado de acuerdo sobre la existencia de tensiones y calificación de c/u.

QUIRÓFANO ESCUELA. TENSIONES	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
EL Q.E es un escenario complejo en el que existen diversas tensiones educativas						
Marque con una cruz aquellas problemáticas o situaciones que para Ud. generan tensiones.						
Masividad en la Unidad quirúrgica						
Heterogeneidad grupal alumnado						
Inclusión de alumnos en equipos quirúrgicos						
Conflictos de rol a cumplir por el docente						
Fallas en la comunicación entre servicios de día						
Atención al público						
Burocracia Administrativa						
Escasez de recursos: personal, materiales, didácticos						
Obtención de requisitos preoperatorios (imágenes, análisis)						
Gestión de turnos quirúrgicos						

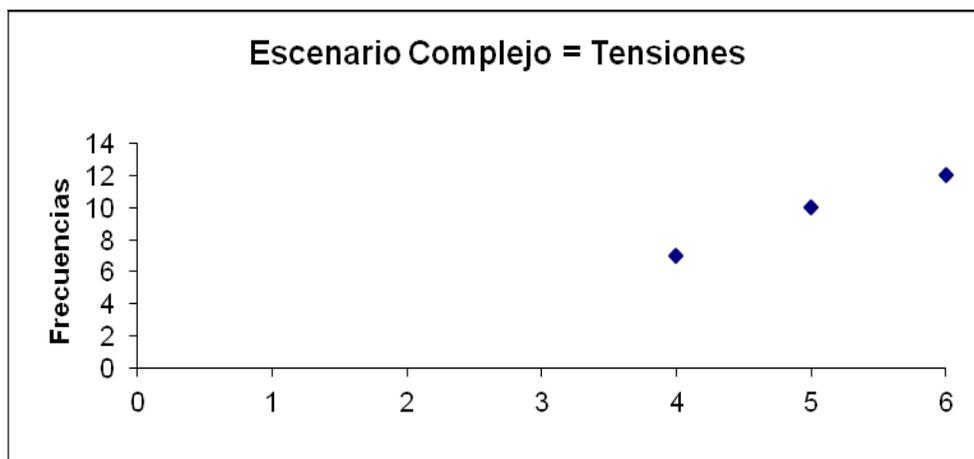
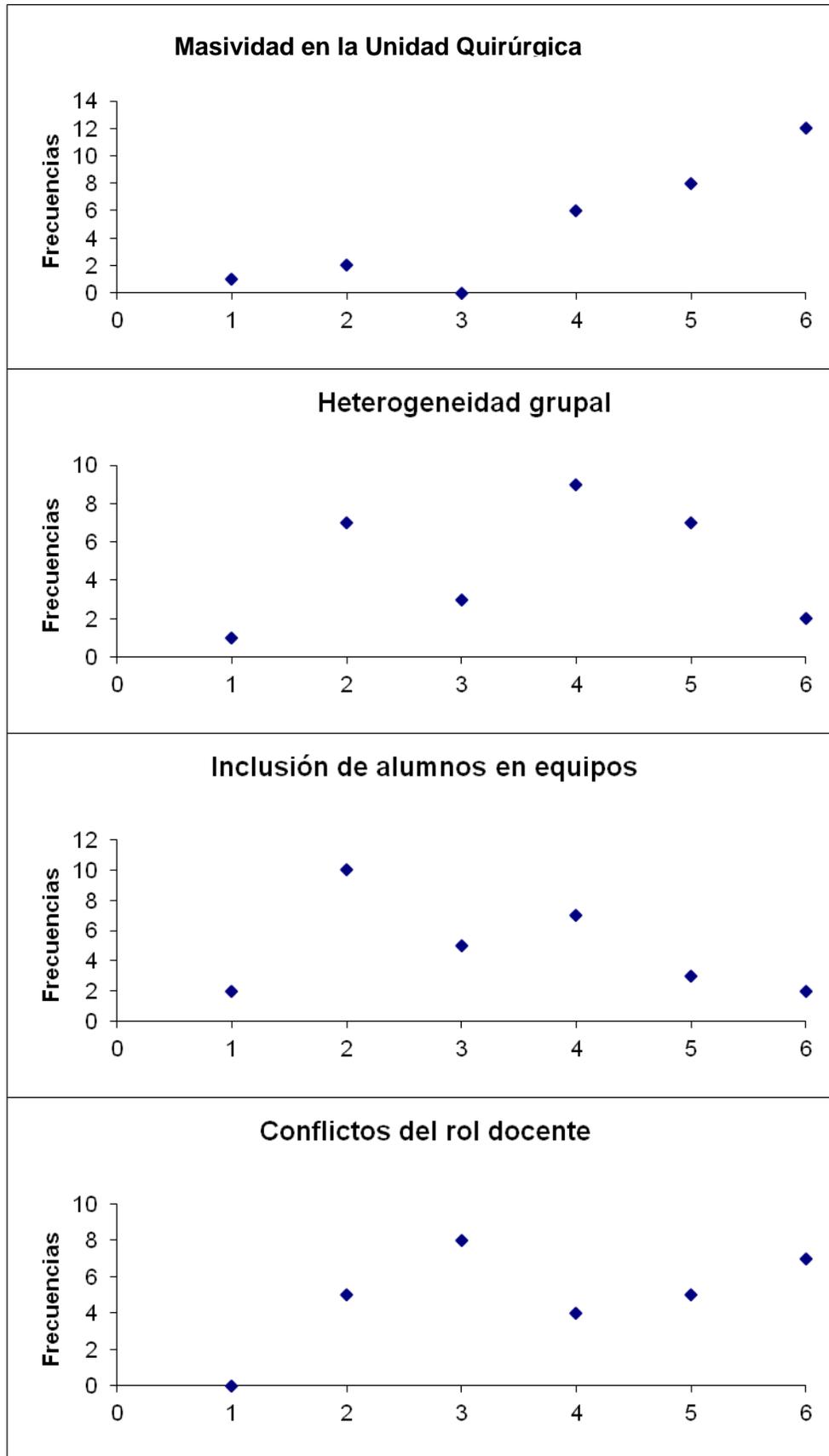
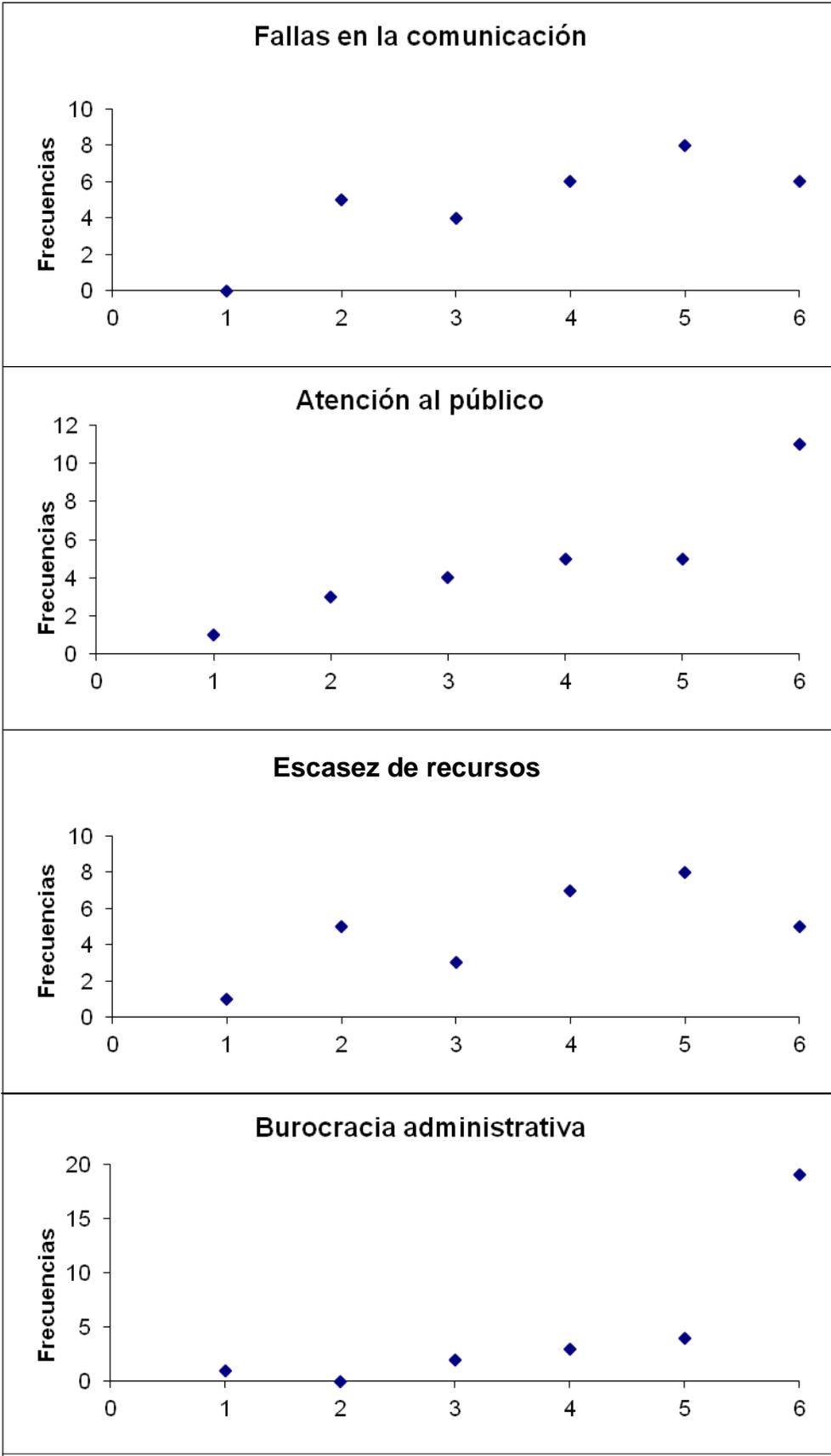
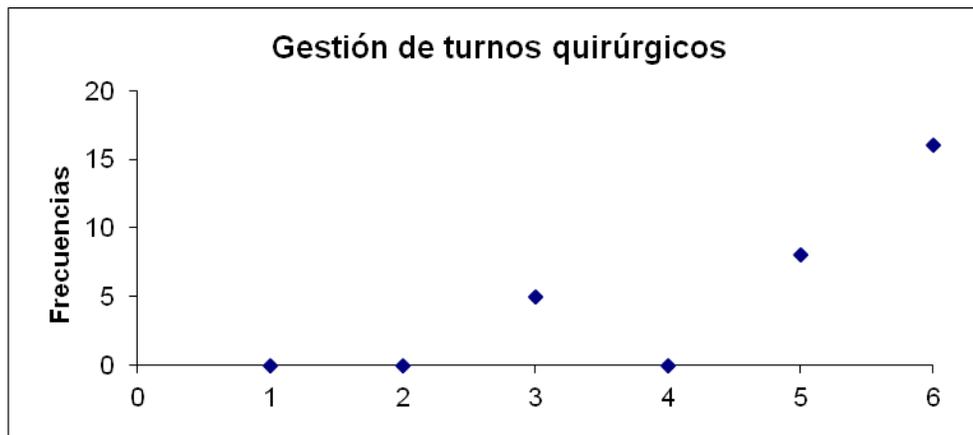
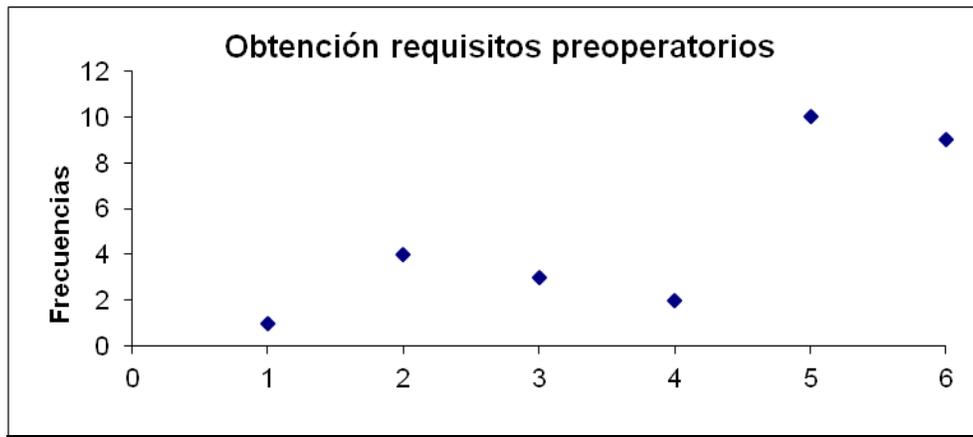


Fig. 10: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la existencia de tensiones

Fig. 10 b: Gráficos de frecuencias para el grado de acuerdo sobre las posibles situaciones tensionantes.







Conclusión plantilla I:

El número de personas presentes en un quirófano incide directamente en la posibilidad de IHQ (Infección del Sitio Quirúrgico). Cuando aumenta la cantidad de individuos presente, aumenta exponencialmente la carga bacteriana y la posibilidad de IHQ. En el quirófano se debe hablar y moverse poco, restringiendo al mínimo indispensable el número de personas que ingresen a él. (Hernández, 2013)

Si bien se reconoce a la masividad como un elemento tensionante, el docente cirujano sabe que trabaja en un quirófano escuela y se adapta muchas veces a esta situación no ideal y reconoce que un quirófano escuela sin masividad es una situación casi utópica. (Plantilla IV)

Pareciera que aspectos vinculados directamente a la docencia como el rol, la heterogeneidad grupal o inclusión de alumnos generan porcentualmente menos tensión en el docente que aquellos relacionados a la gestión hospitalaria como turnos, burocracia administrativa, obtención de requisitos preoperatorios o atención al público.

Plantilla II:

Se pretende determinar las preferencias docentes con respecto al lugar de desempeño, el tipo y cantidad de alumno/s y a su dedicación (carga horaria).

¿Dónde o cómo preferiría Ud. desempeñarse como docente de cirugía?								
	3	2	1	0	1	2	3	
⇐				⇒				
Q. ESCUELA								CONSULTORIO QUIRÚRGICO
Q. ESCUELA								AULA
CON ALUMNOS DE GRADO								DE POSTGRADO
ENSEÑANZA GRUPAL								INDIVIDUAL
PART TIME								FULL TIME

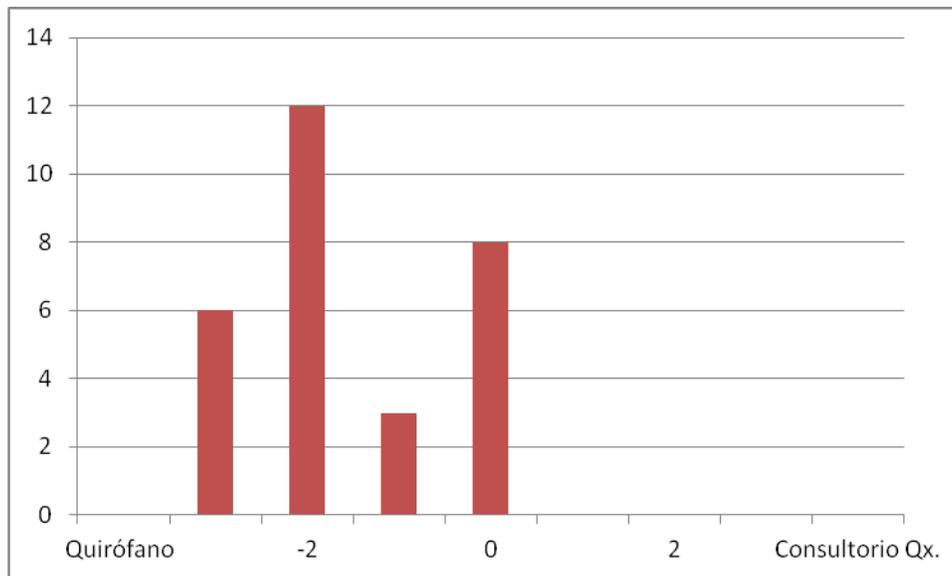


Fig. 11: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por Quirófano Escuela y por Consultorio Quirúrgico.

Se decidió evaluar la posible existencia de asociación entre la preferencia por el consultorio quirúrgico y la experiencia tanto en cirugía como en docencia, para determinar si estas variables podrían ser factores determinantes de esta preferencia.

Fig. 12 a

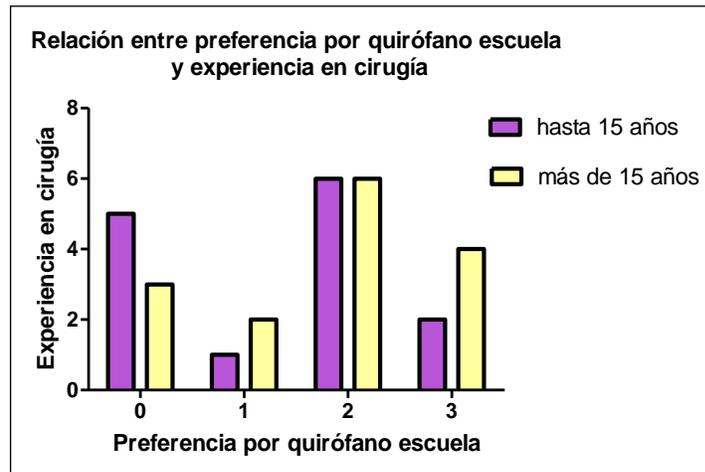


Fig. 12a: Preferencia por quirófano escuela según experiencia en cirugía: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por el quirófano escuela, en relación a la experiencia en cirugía (hasta 15 años, o más de 15 años). $p=0,6898$ por prueba de Chi cuadrado de Fisher.

Fig. 12b

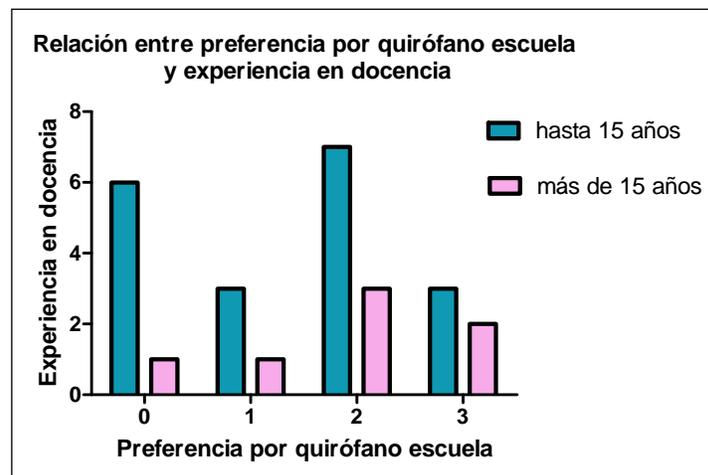


Fig. 12b: Preferencia por quirófano escuela según experiencia en docencia: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por el quirófano escuela, en relación a la experiencia en docencia (hasta 15 años, o más de 15 años). $p=0,7871$ por prueba de Chi cuadrado de Fisher.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables “preferencia por quirófano escuela” y “experiencia en cirugía”, o “experiencia en docencia”, como se ilustra en las figuras 12a y 12b. Es decir que la experiencia en cirugía o en docencia no tendría influencia sobre la preferencia por el quirófano escuela.

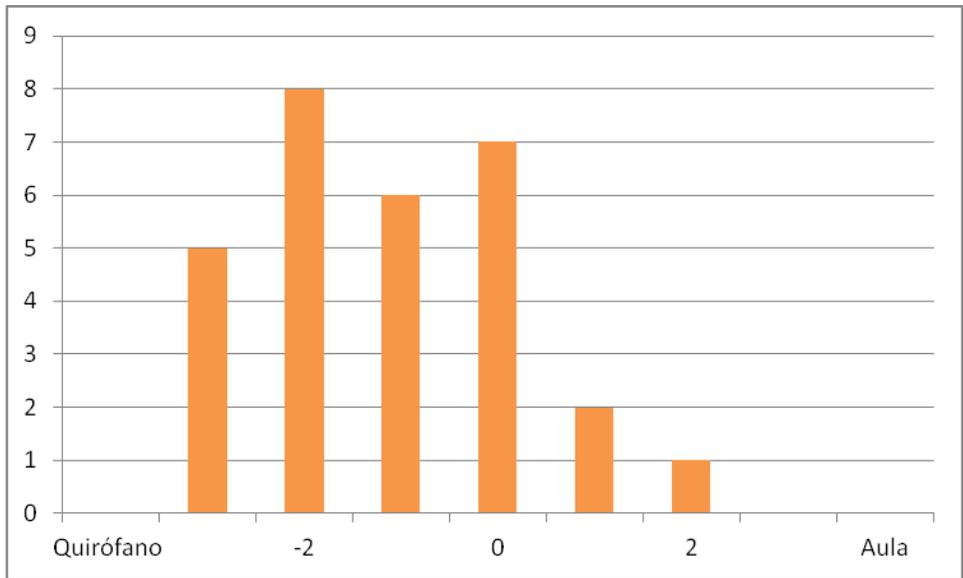


Fig. 13: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por trabajar en Quirófano o en Aula.

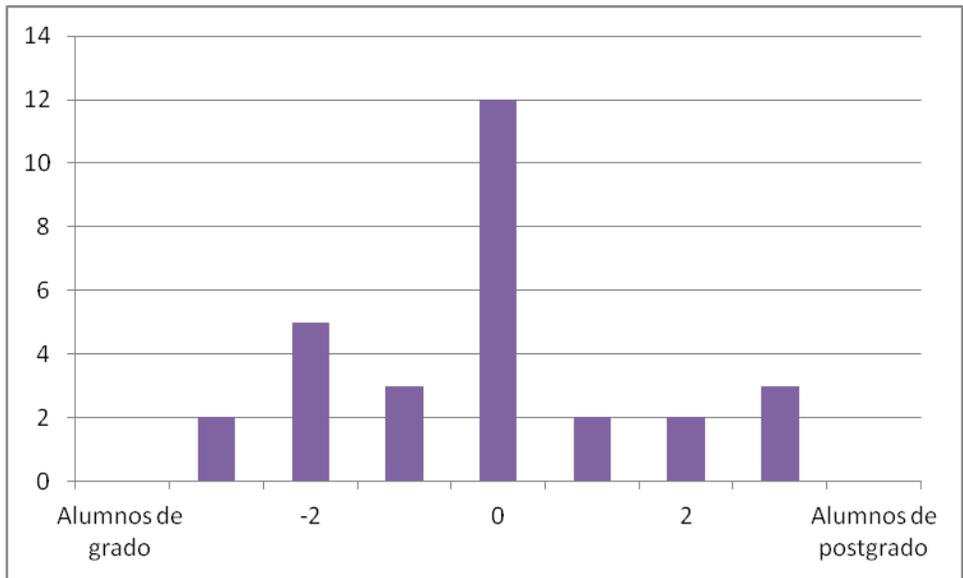


Fig.14: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por trabajar con alumnos de grado o de postgrado

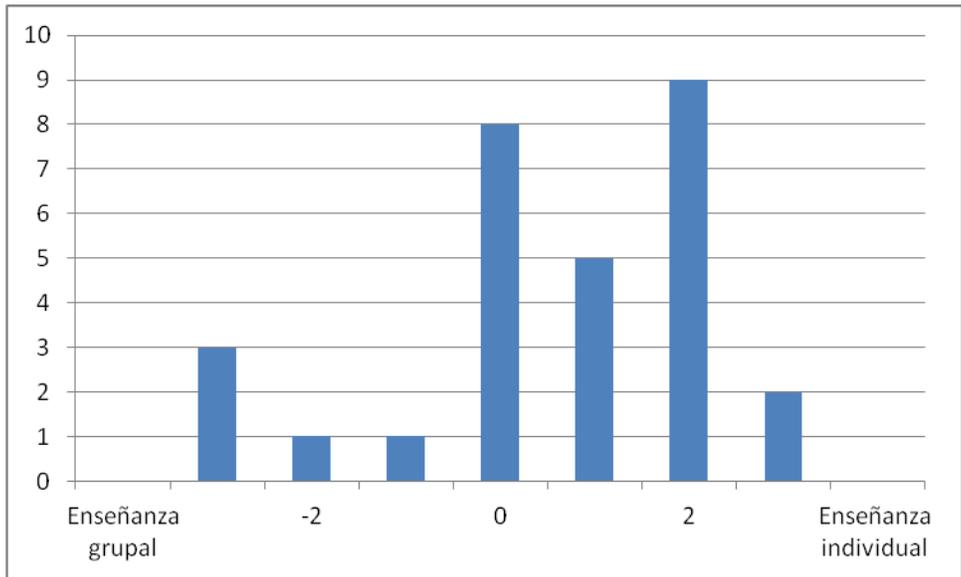


Fig.15: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por la enseñanza grupal o individual

Para determinar si la preferencia por la enseñanza grupal o la individual está relacionada con la experiencia en años de docencia, se analizó la posible existencia de asociación entre estas variables. La distribución de frecuencias se grafica en la Figura 16.

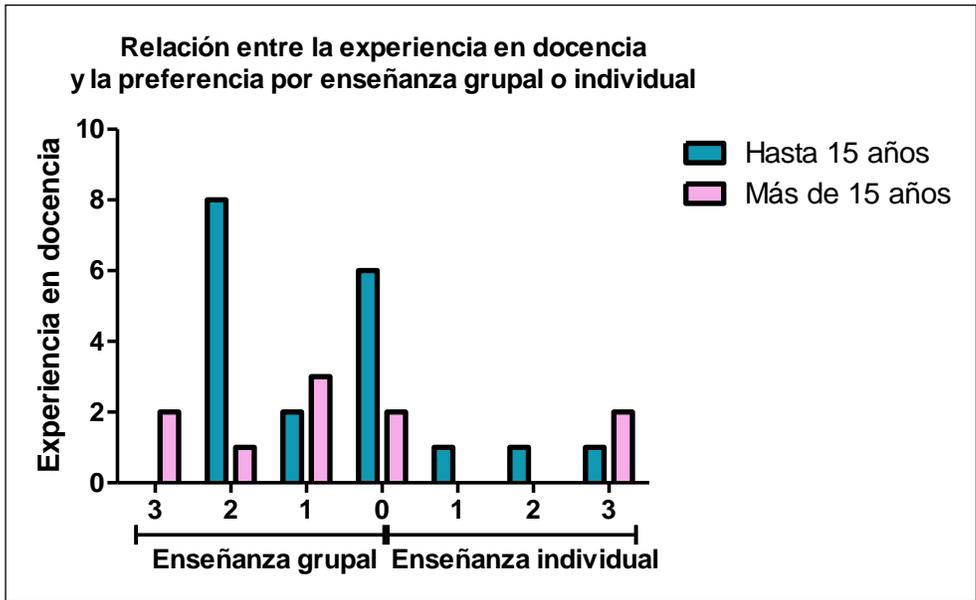


Fig.16: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por la enseñanza grupal o individual, en relación a la experiencia en docencia (hasta 15 años, o más de 15 años). Todas las comparaciones resultaron no significativas ($p > 0,1$ en todos los casos, por prueba de diferencia de proporciones).

No se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de encuestados con hasta 15 años de experiencia en docencia respecto de los encuestados con más de 15 años de experiencia en docencia, que eligieron cada uno de los puntajes de preferencia para la enseñanza individual o grupal. Es decir que la experiencia en docencia no parecería tener influencia en la preferencia por la enseñanza individual o grupal.

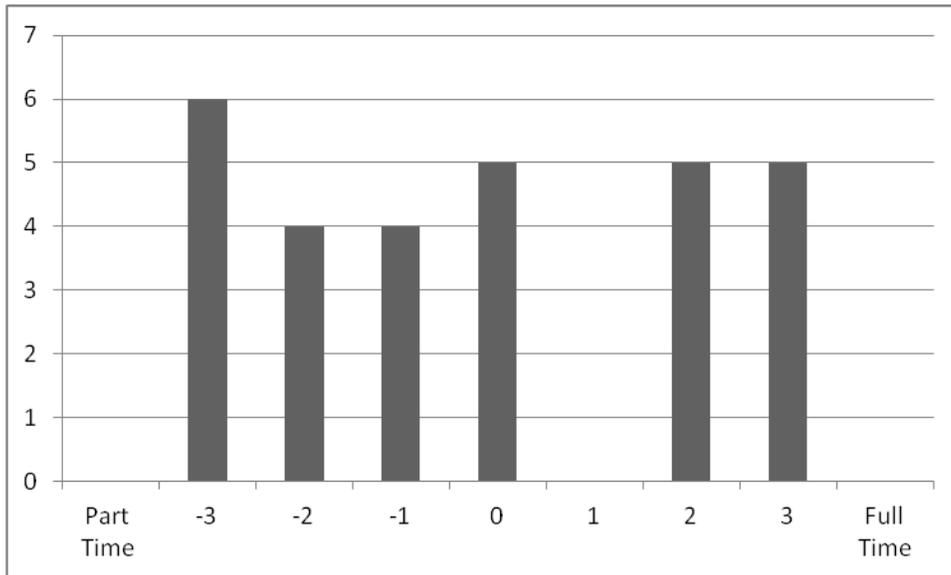


Fig. 17: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por el trabajo *Part Time* o *Full Time*.

Conclusión plantilla II: Los cuadros de las Fig.11 y 13 muestran una clara preferencia por parte de los docentes cirujanos a estar en el quirófano por sobre otros ámbitos de trabajo como el consultorio quirúrgico y en menor medida el aula de la cátedra. Preocupan estos datos ya que es el consultorio donde se realiza clínica quirúrgica con los alumnos, se generan los casos quirúrgicos a intervenir y se realiza el seguimiento de los mismos. Resulta casi obvio pensar que el cirujano lo que más desea es operar pero en mi opinión esta lógica asimetría se exagera por problemas de gestión hospitalaria relacionados a las tensiones con que se trabaja en dicho sector.

Estas tensiones se mencionaron en la plantilla I y se exponen nuevamente en la sección 4.3.6 de comentarios generales (Pág. 48). El quirófano pues resulta entonces un ambiente más privado o protegido para ejercer docencia por sobre otros, pero este no admite grupos grandes, el docente acepta o tolera situaciones de masividad pero prefiere una enseñanza de tipo individual con 1 a 2 aprendices.

Plantilla III: Roles: Quirófano / Estilo de enseñanza.

En el servicio si bien todos hacemos cirugías, no todos tenemos las mismas aptitudes y actitudes para los roles que deben desempeñarse. ¿Qué representa para cada docente la unidad quirúrgica? Un aula, un templo, un sitio donde practicar sus rituales, donde probar sus experimentos, donde poner a prueba sus hipótesis, un set de filmación, un lugar donde obtener material para sus “papers”. Y caemos nuevamente en el concepto de tensión como “desacuerdo productivo”.

Según la información presentada en la plantilla II la realidad tangible pareciera ser que si al cirujano le dan a elegir el desearía estar siempre en el quirófano cumpliendo el rol técnico de operador, pero su otra razón de ser dentro del quirófano escuela es enseñar esas destrezas a alumnos de grado y postgrado, es decir la docencia. Si sumamos a estos dos roles “básicos” algunos más, caemos en una situación de “versatilidad” que puede verse acompañada de conflictos en el desempeño de dichos roles.

Me pareció que esta reflexión encontrada en el portal de la Asociación Médica Argentina sobre los pioneros de la enseñanza de la cirugía en nuestro país resume la necesidad de ambas competencias en igualdad de importancia:

“Por ello diré para comenzar, y en forma escueta que la Escuela Quirúrgica Finochietto se inicia cuando se descubre un método particular de enseñar cirugía masivamente. Nacido por el cerrado enlace desde dos impulsos: el estilo quirúrgico de Enrique Finochietto por un lado, y el método para reproducir dicho estilo por Ricardo Finochietto desde el otro. El método emerge así de la ligazón de dos virtudes generativas.” Enrique era un “solista” y el quirófano su templo, para Ricardo era un aula y el equipo quirúrgico su esencia.

Plantilla III: Luego de leer estas palabras: ¿Que representa para Ud. el **Quirófano Escuela** y cómo define su **estilo de enseñanza**?

	3	2	1	0	1	2	3	
	← ROLES →							
"AULA"								"TEMPLO"
Ricardo Finocchietto								Enrique Finocchietto
Docente								Cirujano
Predomina: Lógica de la enseñanza								Predomina: Lógica del trabajo
Predomina la eficiencia pedagógica								Predomina la eficiencia técnica
Cirujano: "Jugador de un equipo"								Cirujano: "Un solista"
Responsabilidad compartida								Máximo responsable
"Dejar hacer"								"Hacer"
Colaboración Interdisciplinar								Individualismo
Simulación								Cruda Realidad
Permisividad de error								Error inadmisible

Ningún laboratorio de cirugía o software educativo, por más avanzado que sea, podrá sustituir la experiencia educativa que representa para un alumno participar en un acto quirúrgico junto a un cirujano experimentado. Si bien es cierto que observar un procedimiento preciso y hábilmente realizado representa un aprendizaje efectivo, éste será significativamente mayor si el cirujano explica con precisión los pasos y hace hincapié en qué evitar y qué hacer en cada uno, obviamente el paso siguiente en alternancia será la participación activa del alumno en el procedimiento.

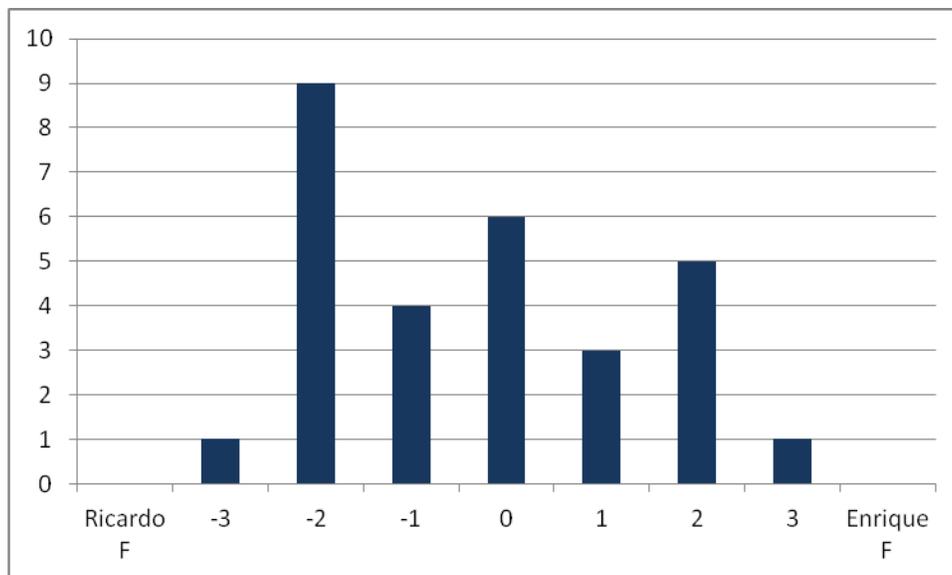


Fig. 18: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por la frase de Ricardo F. o Enrique F.

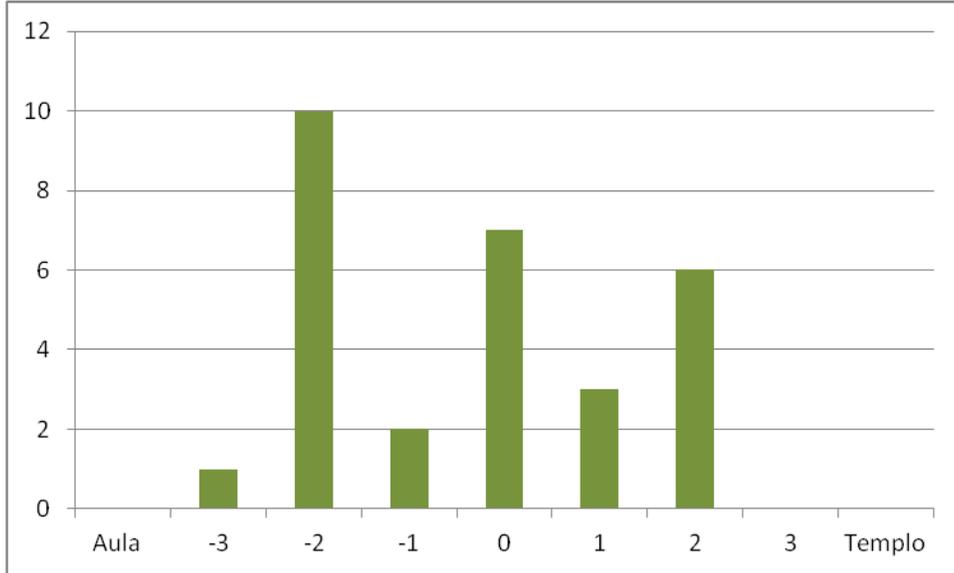


Fig. 19: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia por el quirófano como aula o como templo.

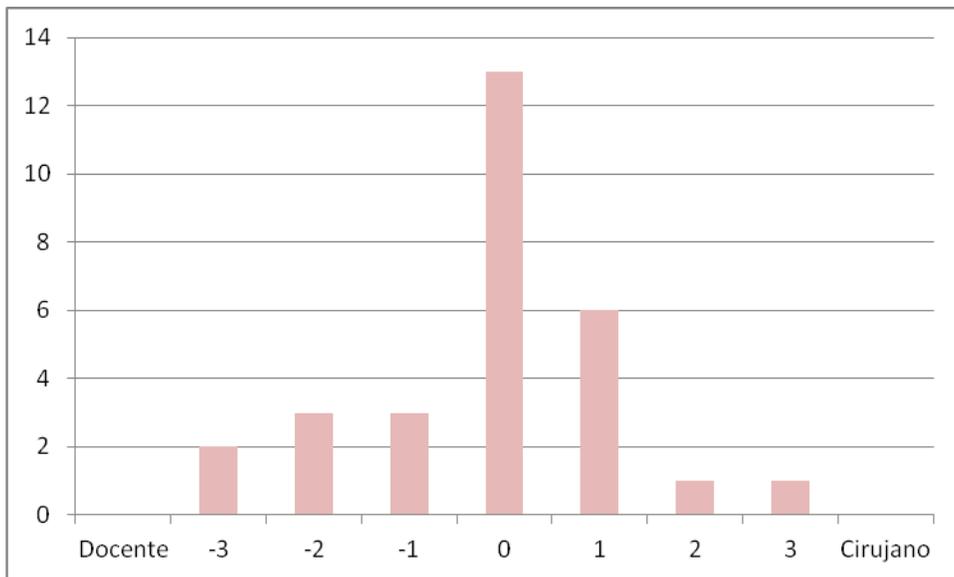


Fig. 20: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia del rol como docente o como cirujano.

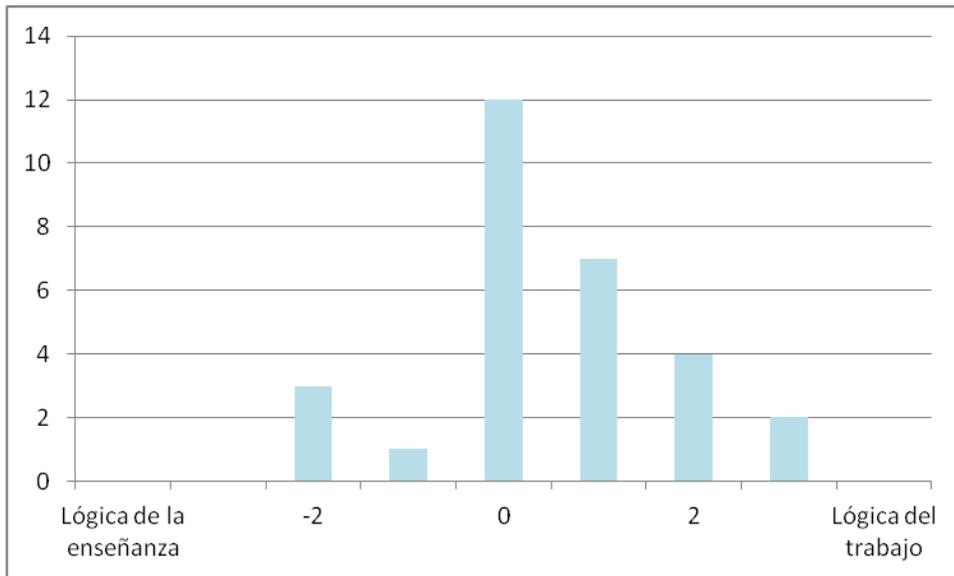


Fig. 21: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la lógica de enseñanza o del trabajo.

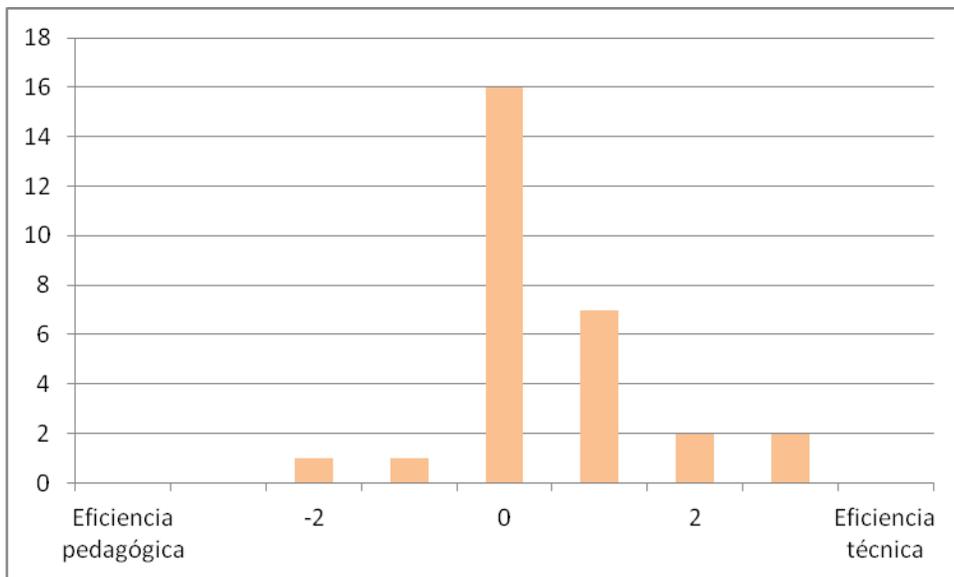


Fig. 22: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la eficiencia pedagógica y la eficiencia técnica.

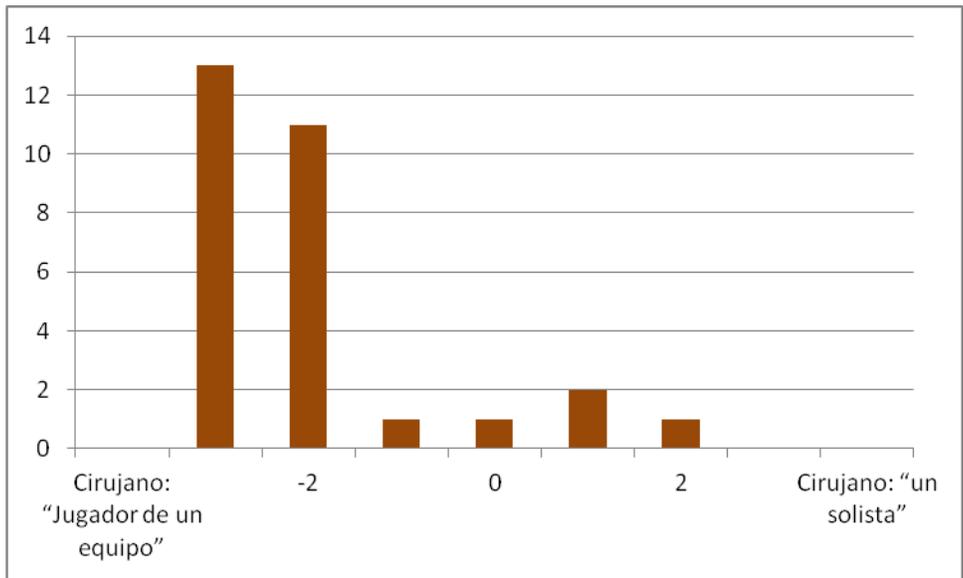


Fig. 23: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre el rol del cirujano como jugador de equipo o como solista

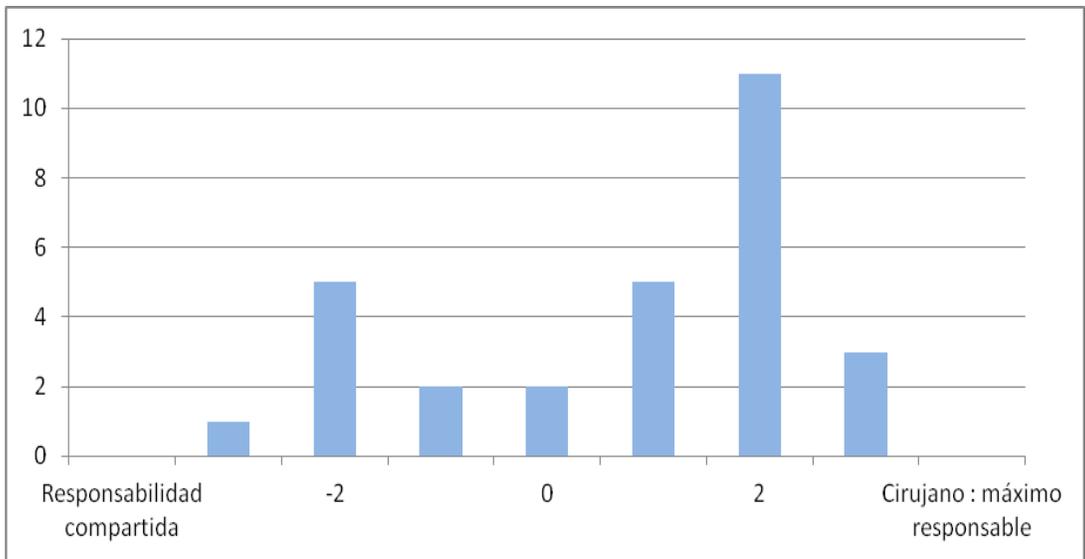


Fig. 24: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la responsabilidad compartida y el cirujano como máximo responsable.

Se decidió analizar la posible existencia de relación entre esta preferencia por la responsabilidad en el quirófano y la experiencia en cirugía.

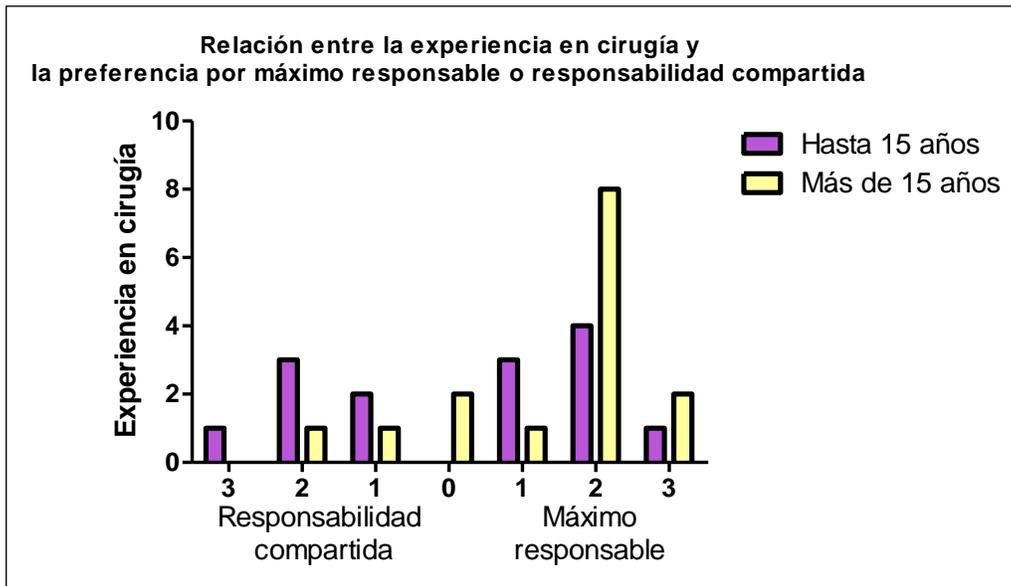


Fig. 25: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por la responsabilidad compartida o el cirujano como máximo responsable, en relación a la experiencia en cirugía (hasta 15 años, o más de 15 años). Todas las comparaciones resultaron no significativas ($p > 0,1$ en todos los casos, por prueba de diferencia de proporciones).

No se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de encuestados con hasta 15 años de experiencia en cirugía respecto de los encuestados con más de 15 años de experiencia en cirugía, que eligieron cada uno de los puntajes de preferencia para “responsabilidad compartida” y “Máximo responsable”. Es decir que la experiencia en cirugía no parecería tener influencia en la preferencia por la “responsabilidad compartida” o el “Máximo responsable”.

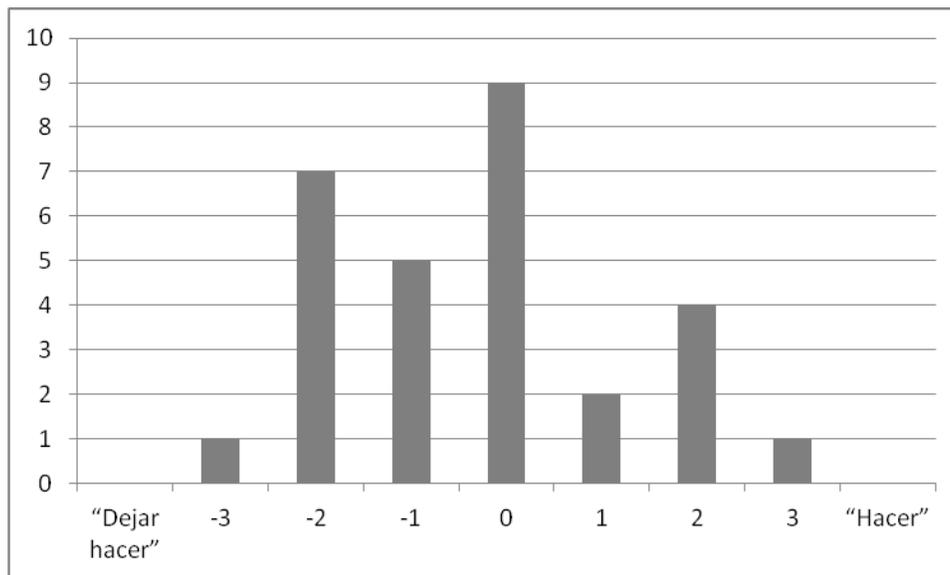


Fig. 26: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre el dejar hacer y el hacer.

También se analizó la posible existencia de relación entre la preferencia por hacer o dejar hacer y la experiencia en cirugía:

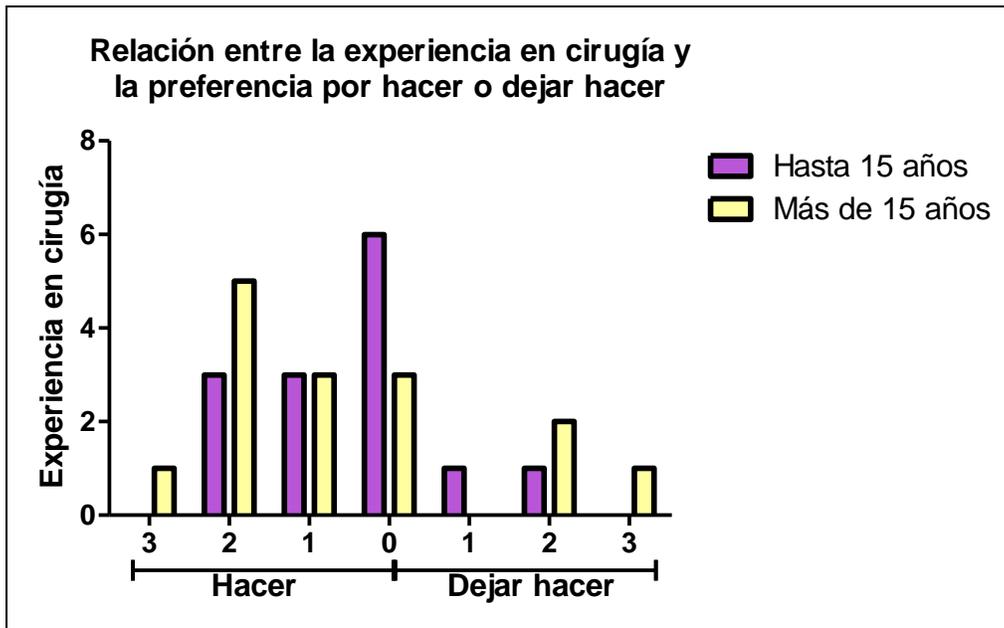


Fig. 27: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por hacer o dejar hacer, en relación a la experiencia en cirugía (hasta 15 años, o más de 15 años). Todas las comparaciones resultaron no significativas ($p > 0,1$ en todos los casos, por prueba de diferencia de proporciones).

No se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de encuestados con hasta 15 años de experiencia en cirugía respecto de los encuestados con más de 15 años de experiencia en cirugía, que eligieron cada uno de los puntajes de preferencia para “dejar hacer” y “hacer”. Es decir que la experiencia en cirugía no parecería tener influencia en la preferencia por el “dejar hacer” o el “hacer”.

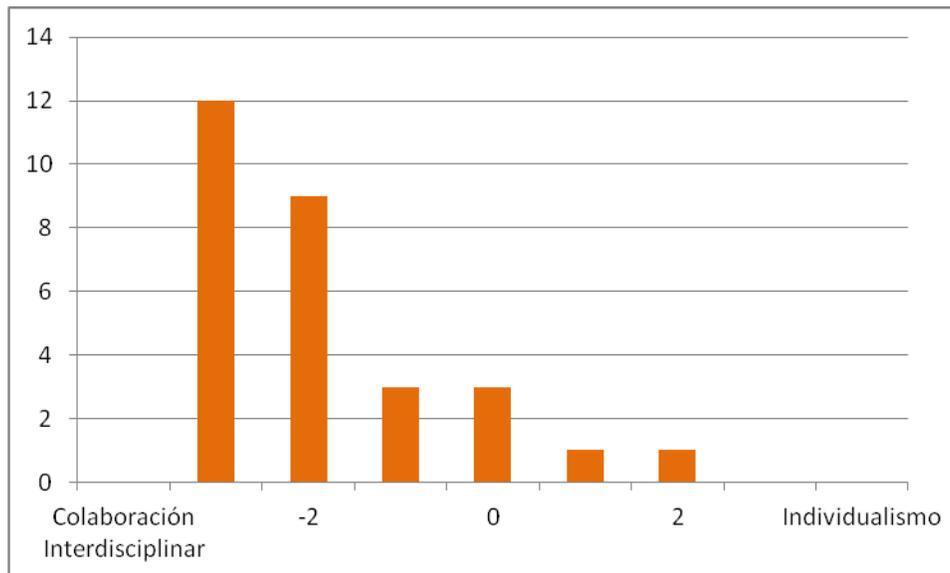


Fig. 28: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la colaboración interdisciplinar e individualismo.

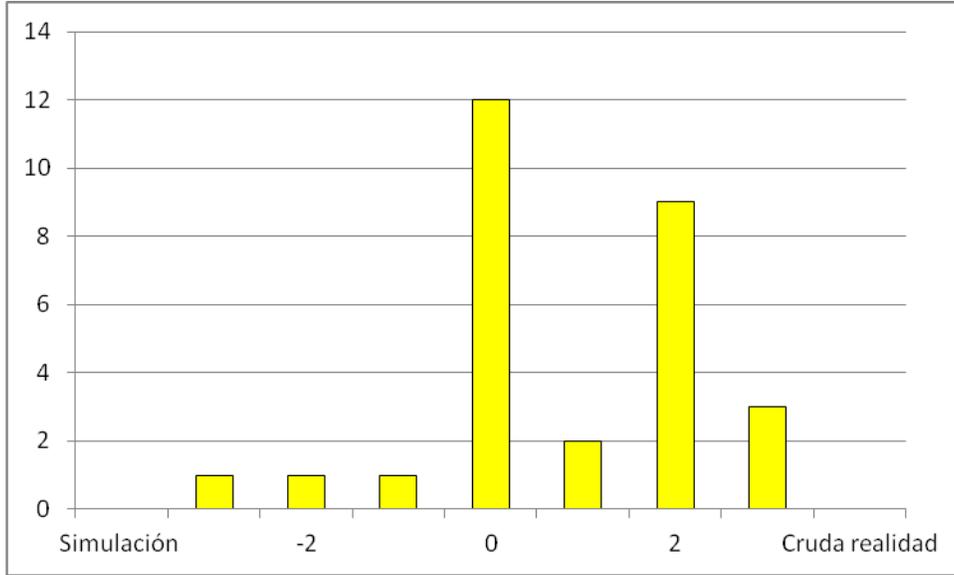


Fig. 29: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la simulación y la cruda realidad

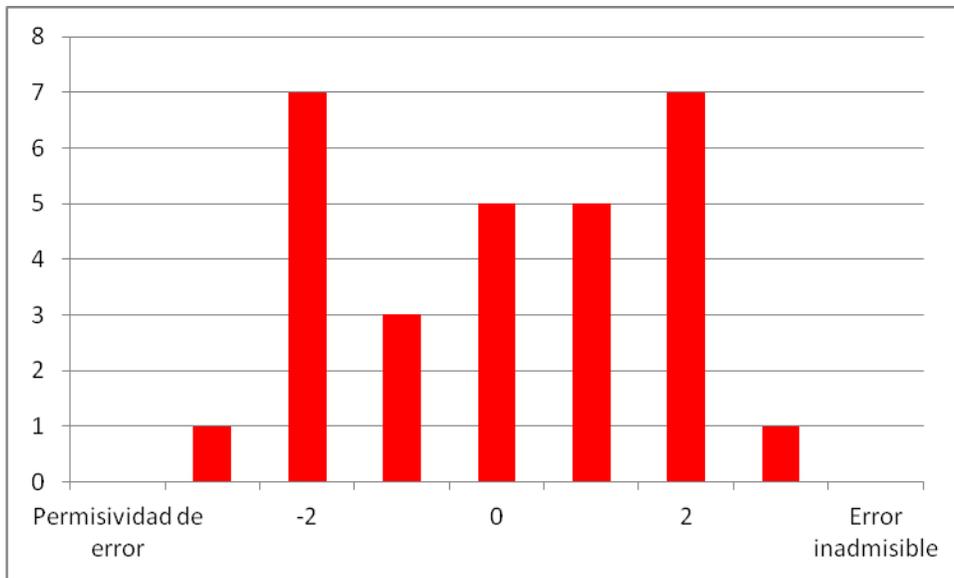


Fig. 30: Diagrama que representa las tendencias en la preferencia entre la permisividad del error y el error inadmisible

Conclusión plantilla III :

Ya expusimos en plantillas anteriores que el quirófano era nuestro lugar de preferencia. Algunos lo consideramos “nuestro aula”, otros “nuestro templo”, otros una conjunción de ambos. (Fig. 19)

Nos identificamos con determinados estereotipos de cirujanos. (Fig. 18)

La mayoría reconocemos un equilibrio necesario entre nuestra labor docente y nuestra especialidad disciplinar, entre sus lógicas (enseñanza y trabajo) y sus resultados (eficiencia pedagógica y eficiencia técnica). (Fig. 20-21-22)

El cirujano sabe que es la autoridad máxima del quirófano. Como jefe del equipo operatorio y responsable del resultado de la cirugía, responde ante el tenedor responsable de la mascota (propietario), tanto ética como jurídicamente. Hoy en día con el desarrollo de la anestesiología, el anestesiólogo (anestésista) también forma parte de la toma de decisiones y es solidariamente responsable. (Fig. 24)

El cirujano sabe que su labor se sustenta en el trabajo de un equipo. Todos los miembros deben estar involucrados en el mantenimiento de las normas. Si bien el cirujano es el primer responsable, todos comparten esta responsabilidad y deben controlar y estar atentos al desarrollo de la cirugía. (Fig. 23-24)

El cirujano docente como autoridad debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo quirúrgico. Es consciente que debe no solo señalar los errores sino mensurarlos e informar de sus consecuencias a quienes lo asisten, pues es además el responsable de su formación y perfeccionamiento. (Fig. 30)

Es además, consciente que el éxito de su tarea no depende solo de su equipo y valora la colaboración de otras disciplinas como Clínica, Laboratorio, Imágenes, Patología, etc. (Fig. 28)

Todo cirujano docente comprende que el quirófano es el ámbito ideal donde los aprendices aplican sus conocimientos teóricos y destrezas aprendidas en maquetas, videos y simulaciones áulicas.

Todos hemos observado situaciones de tensión en nuestros alumnos que ya, no observan o simulan situaciones sino que deben ejecutarlas en pacientes vivos (cruda realidad).

Esta tensión posee otro polo desde la mirada docente, tensión que se genera entre la decisión de “hacerlo uno” mostrar como se hace y el “dejar hacer” a otro. ¿Son capaces nuestros alumnos, pasantes o tutorandos de realizar tal maniobra o procedimiento en nuestro preciado paciente ?.

No siempre es posible evaluar de antemano si existe esta capacidad y exige un esfuerzo adicional y un atento control por parte del docente en caso de optar por dejar hacer.

Estas situaciones tensionantes se producen cotidianamente. (Fig. 26-29-30)

Plantilla IV: Masividad en la Unidad Quirúrgica.

MASIVIDAD	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
Concebir un Q.E sin masividad es una utopía.						
La masividad atenta contra la seguridad en el quirófano						
La masividad complica la circulación efectiva en el quirófano.						
La masividad interfiere con la comunicación efectiva del equipo quirúrgico.						
La masividad afecta la observación efectiva del procedimiento.						
La masividad dificulta la tarea evaluadora del docente						

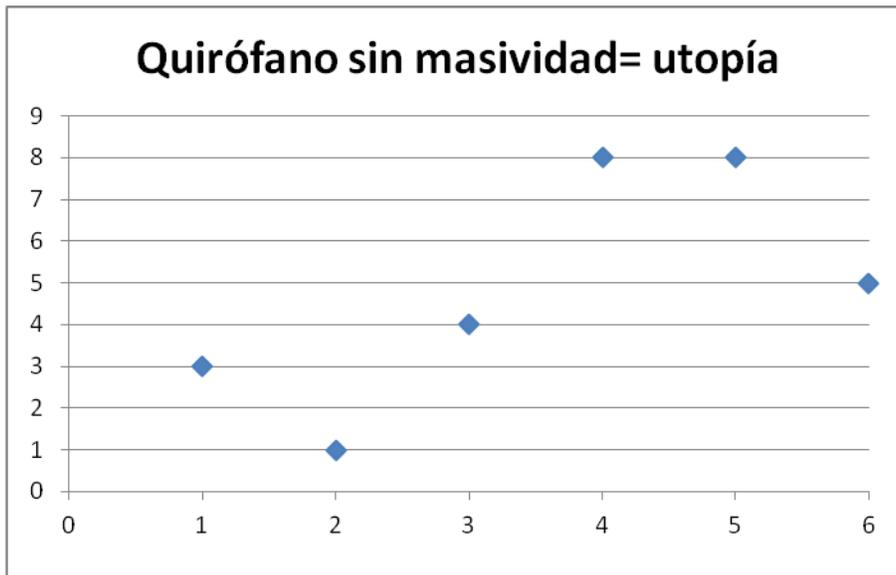


Fig.31: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Quirófano sin masividad es una utopía"

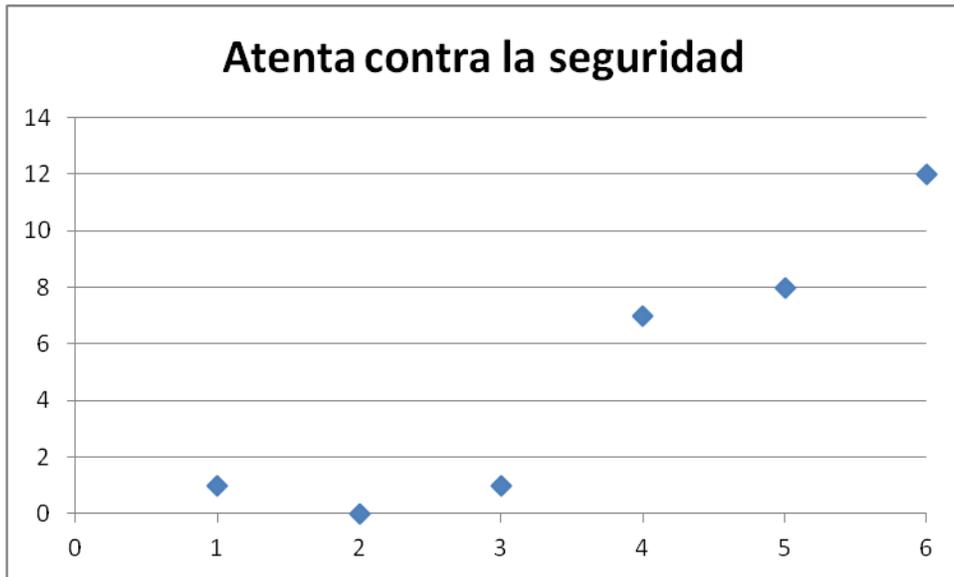


Fig. 32: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "La masividad atenta contra la seguridad"

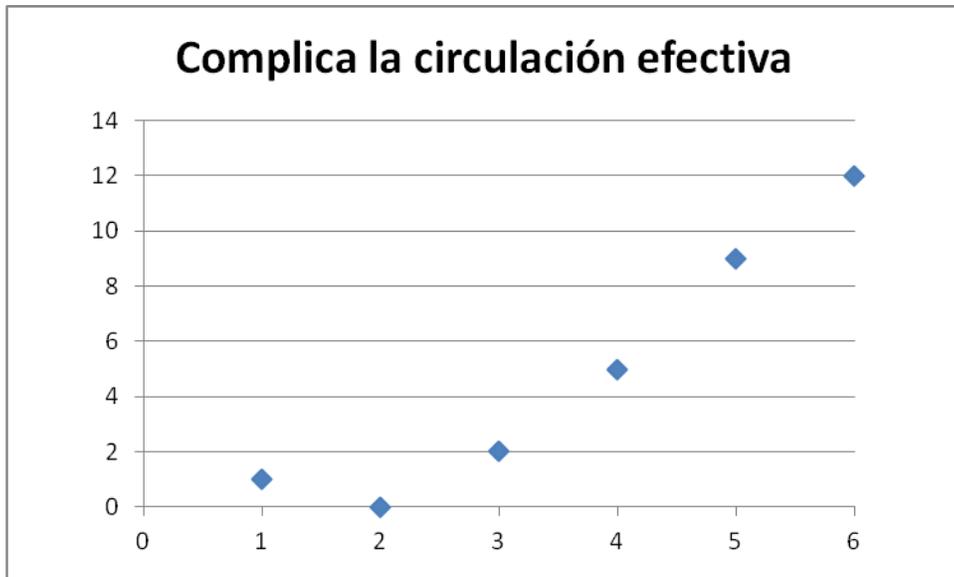


Fig. 33: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "La masividad complica la circulación efectiva".

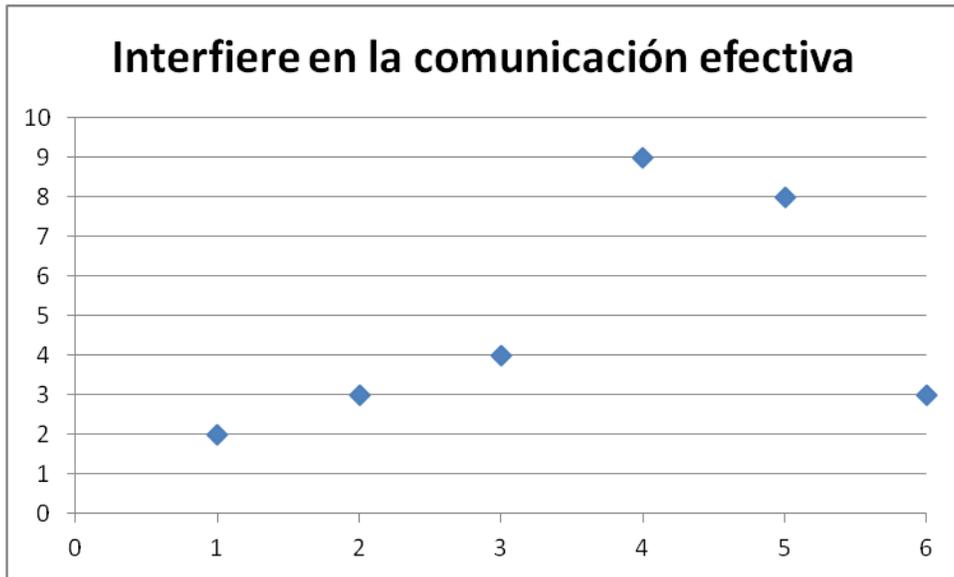


Fig. 34: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "La masividad interfiere en la comunicación efectiva"

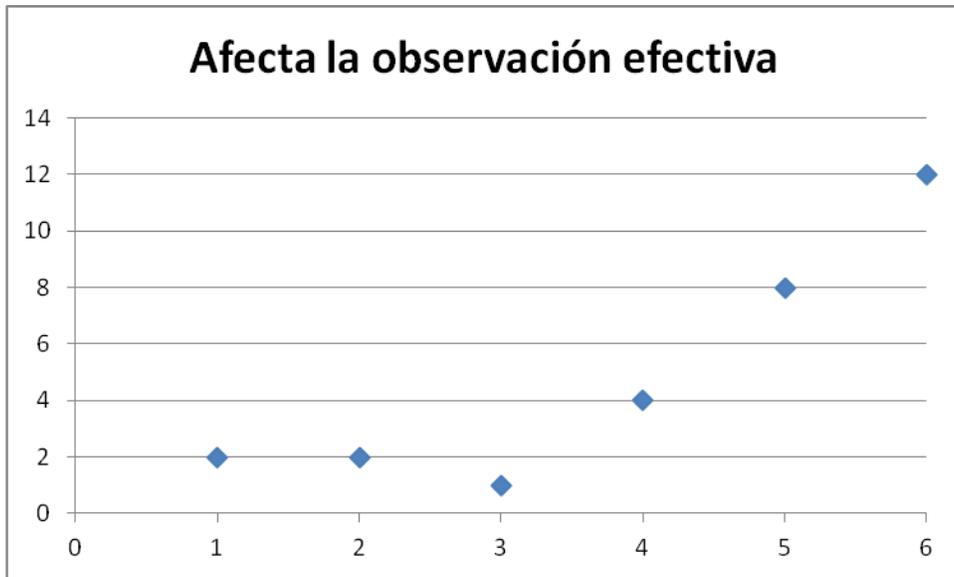


Fig. 35: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "La masividad afecta la observación directa"

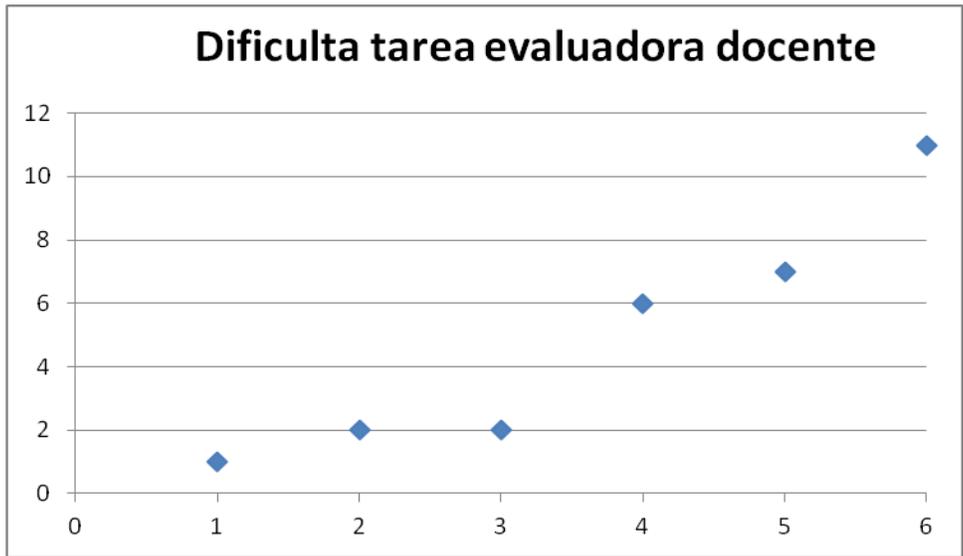


Fig. 36: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "La masividad dificulta la tarea evaluadora docente"

Conclusión plantilla IV: hay un alto grado de acuerdo con todas las premisas presentadas.

Plantilla V: Grado y Posgrado

Grado y Postgrado								
	3	2	1	0	1	2	3	
	⇐				⇒			
SEPARADOS								INTEGRADOS
GRUPOS								GRUPOS
HOMOGENEOS								HETEROGENEOS

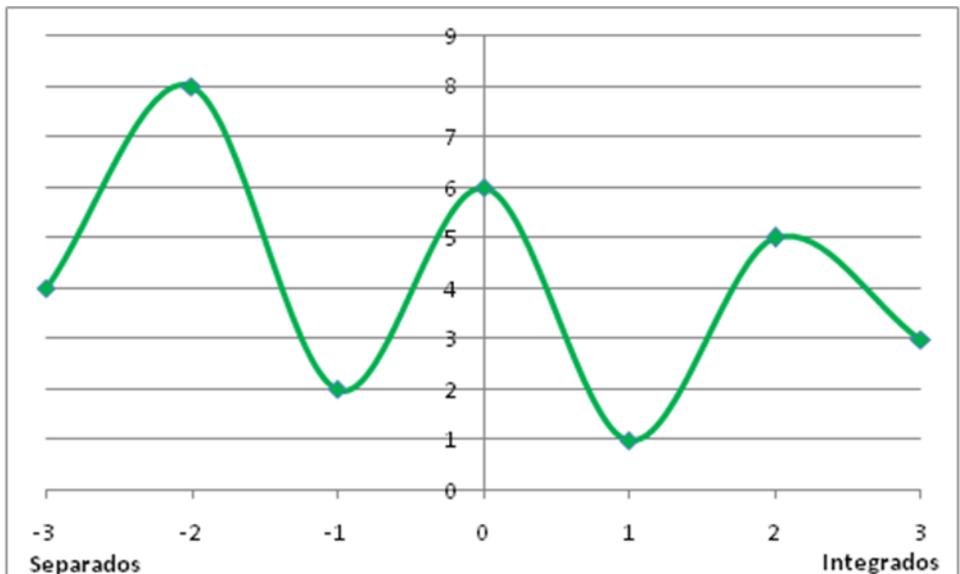


Fig. 37: Gráfico de frecuencias de elección de la escala de valoración correspondiente a las tensiones entre Grado y Posgrado Separados versus Grado y Posgrado Integrados

Se analizó la posible existencia de relación entre la preferencia por el grado y el posgrado separados o integrados, y la experiencia en docencia:

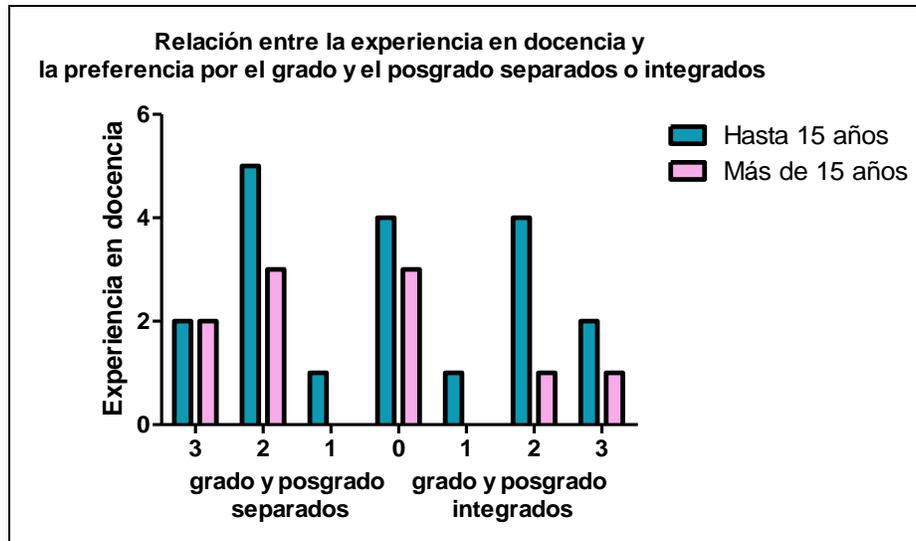


Fig. 38: Diagrama de barras correspondiente a la distribución de frecuencias para la escala de preferencia por el grado y el posgrado separados o integrados, en relación a la experiencia en docencia (hasta 15 años, o más de 15 años). Todas las comparaciones resultaron no significativas ($p > 0,1$ en todos los casos, por prueba de diferencia de proporciones).

No se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de encuestados con hasta 15 años de experiencia en cirugía respecto de los encuestados con más de 15 años de experiencia en cirugía, que eligieron cada uno de los puntajes de preferencia para “Grado y Posgrado separados” y “Grado y Posgrado integrados”. Es decir que la experiencia en cirugía no parecería tener influencia en la preferencia por la “Grado y Posgrado separados” o el “Grado y Posgrado integrados”

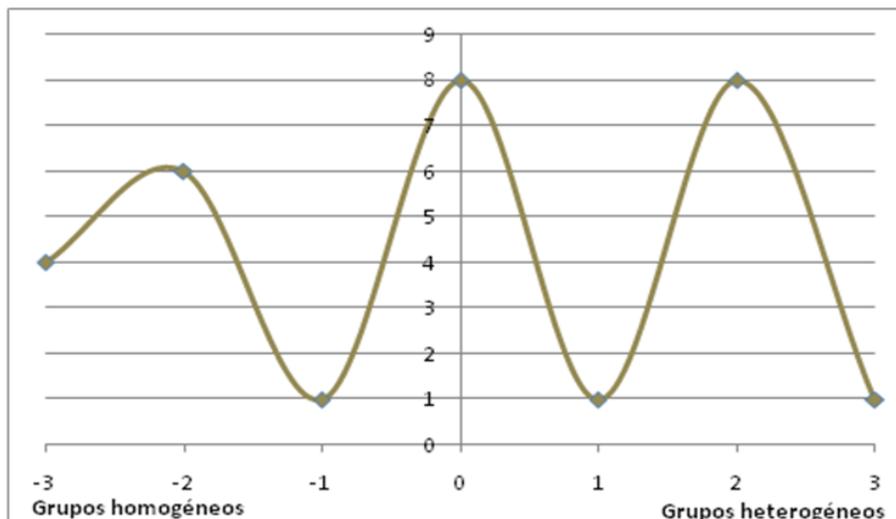


Fig. 39: Gráfico de frecuencias de elección de la escala de valoración correspondiente a las tensiones entre Grado y Posgrado Grupos Homogéneos versus Grado y Posgrado grupos Heterogéneos

Conclusión plantilla V: el 48% de los docentes mostraron una inclinación a grado y postgrado separados, el 31% a integrados, el resto una posición neutra. El 38% se inclina en su preferencia hacia grupos de alumnos homogéneos y un 35% heterogéneos.

Plantilla VI: Grado y Posgrado Integrados.

Grado y Postgrado Integrados	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
Grado y postgrado integrados es perjudicial para el proceso E.A del grado						
Genera masividad en el quirófano						
El postgrado resta posibilidades de intervención al alumno de grado						
Compite por los recursos al superponerse en tiempo y espacio						
Se dificulta la selección de contenidos y tareas de evaluación						
Mayor imprevisibilidad de la tarea						
La interacción es beneficiosa para todos los actores						
Se favorece el aprendizaje colaborativo						
Se favorece la co-evaluación						
El alumno de postgrado colabora con del docente y el alumno de grado						
Favorece la introducción de alumno de grado a una lógica del trabajo						

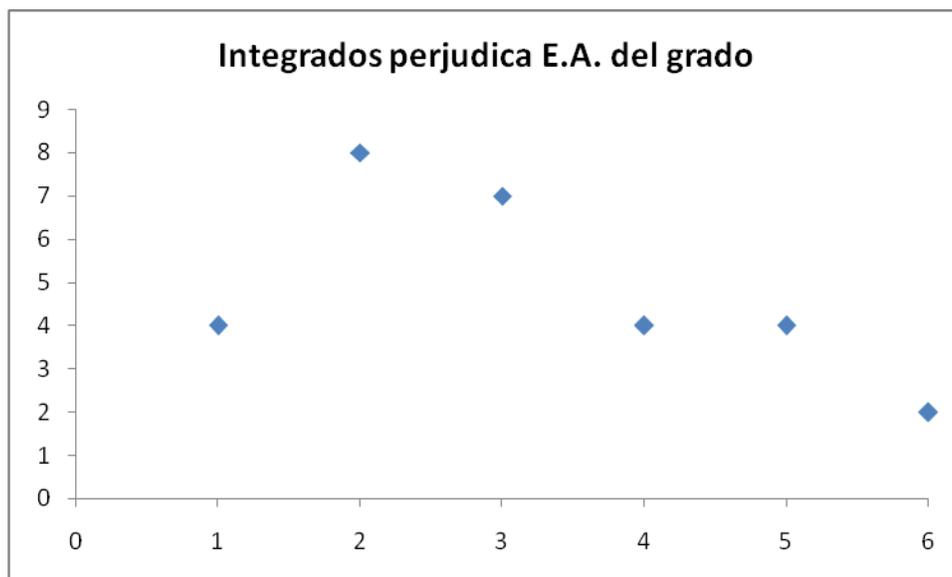


Fig. 40: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa “Grado y Posgrado integrados perjudica E. A. del grado”.

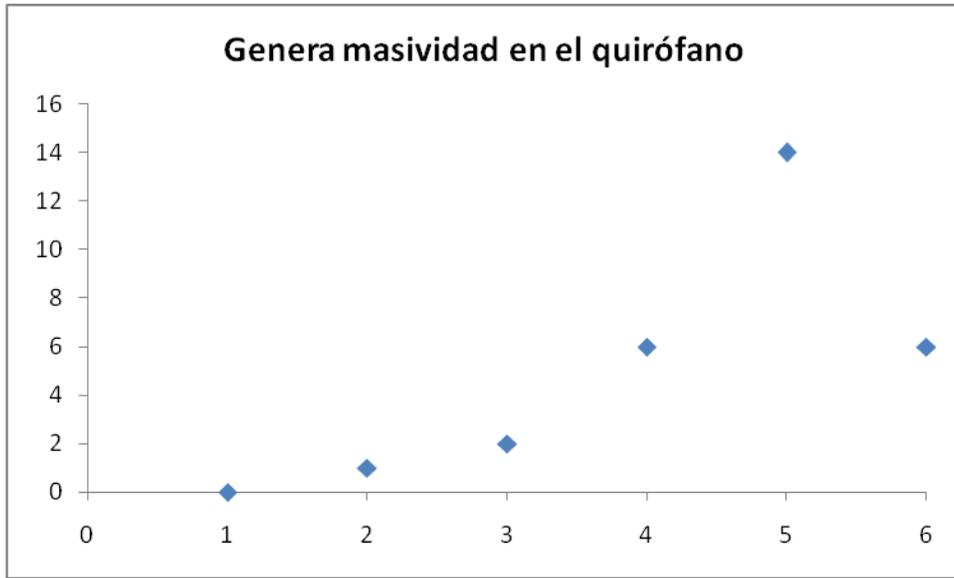


Fig. 41: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados genera masividad en el quirófano"

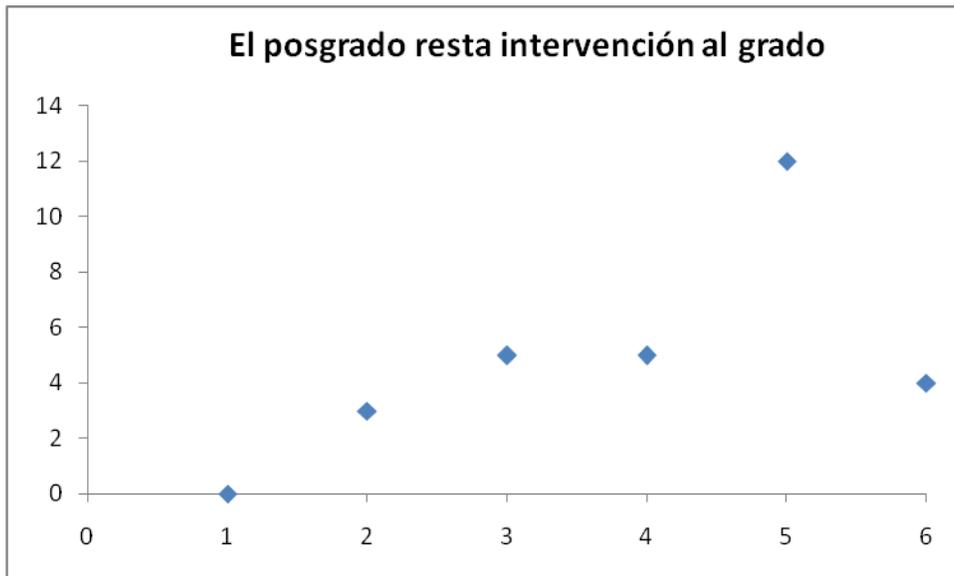


Fig. 42: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados resta intervención al grado".

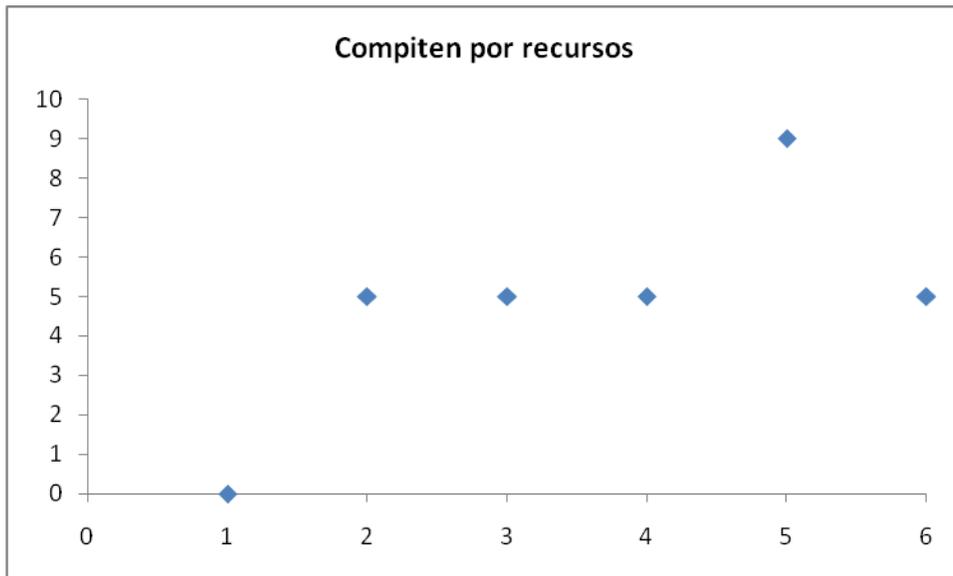


Fig. 43: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados compiten por los recursos"

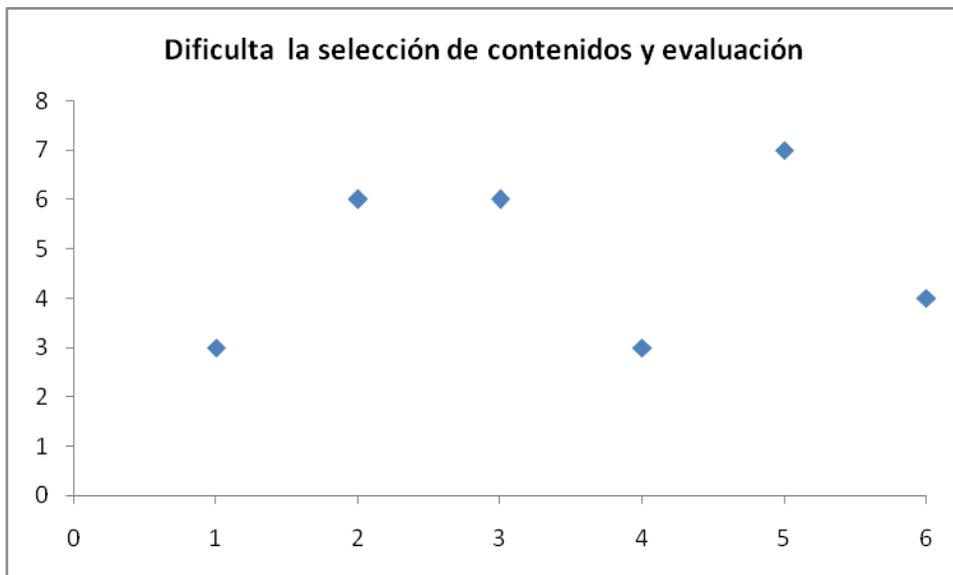


Fig. 44: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados dificulta la selección de contenidos y evaluación".

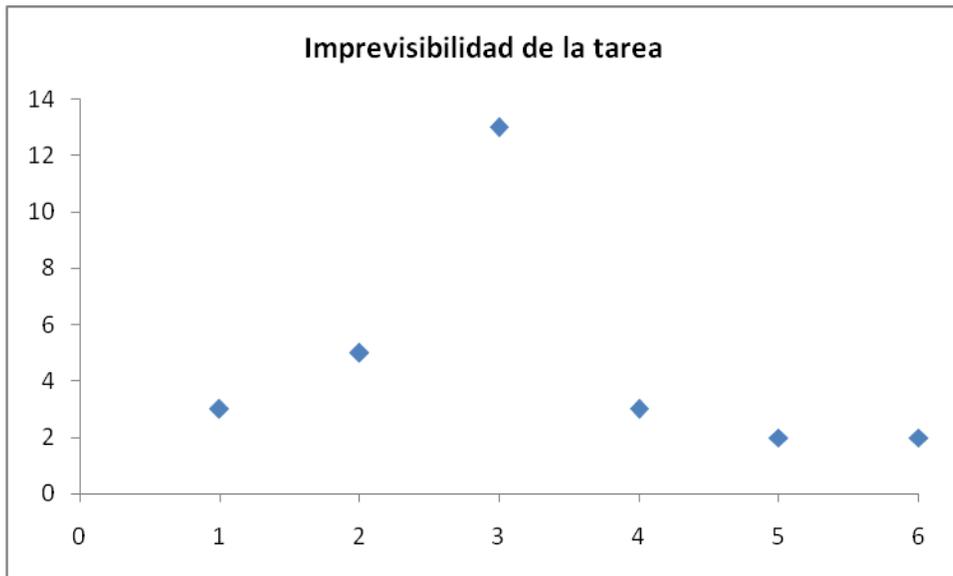


Fig. 45: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa “Grado y Posgrado integrados genera imprevisibilidad de la tarea”.

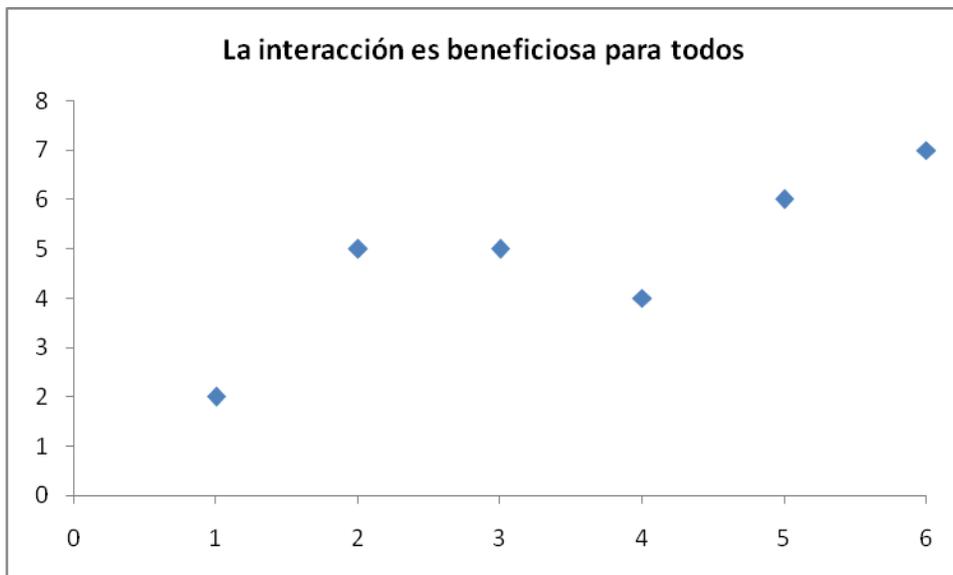


Fig. 46: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa “Grado y Posgrado integrados: la interacción es benéfica para todos”.

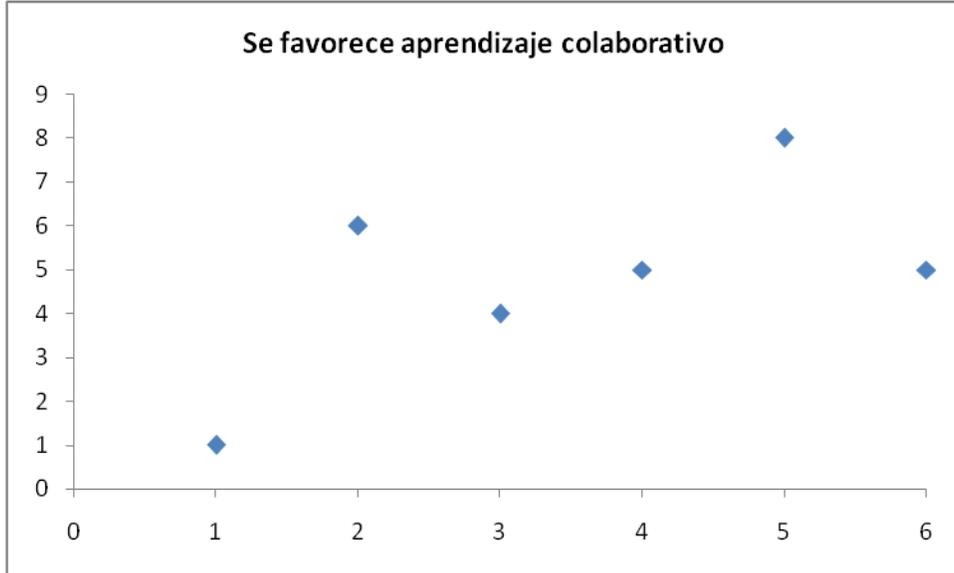


Fig. 47: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados: se favorece el aprendizaje colaborativo".

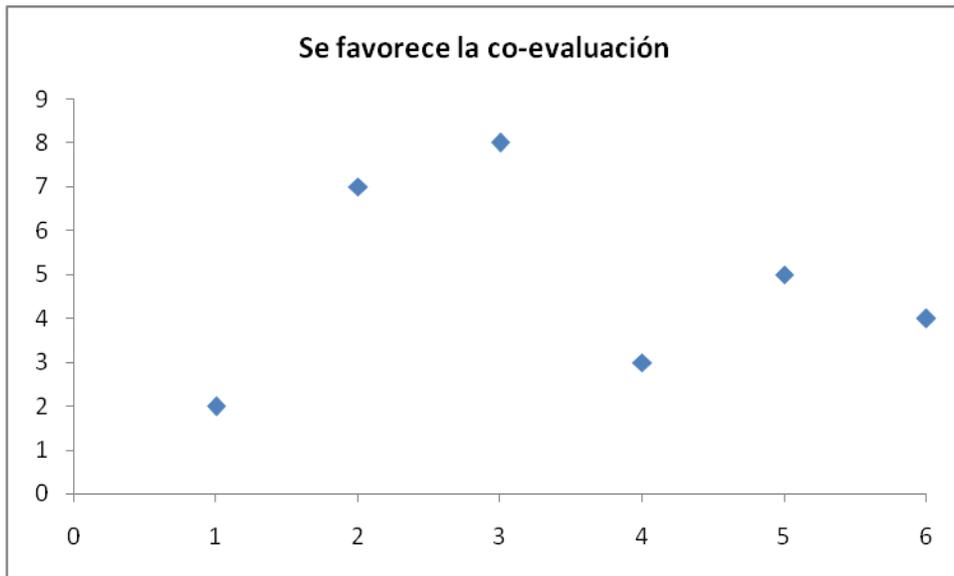


Fig. 48: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados: se favorece la co-evaluación".

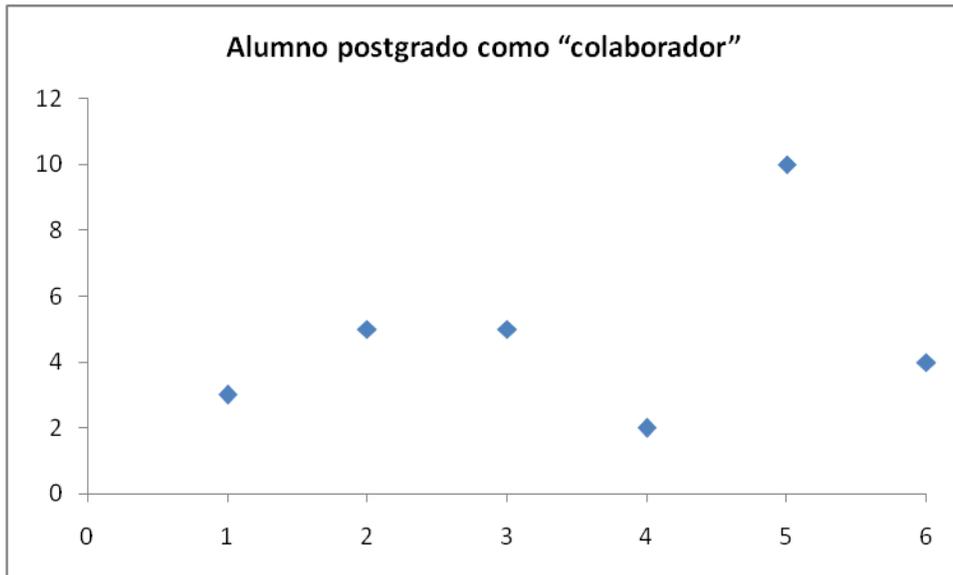


Fig. 49: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados: El alumno de postgrado colabora con del docente y el alumno de grado".

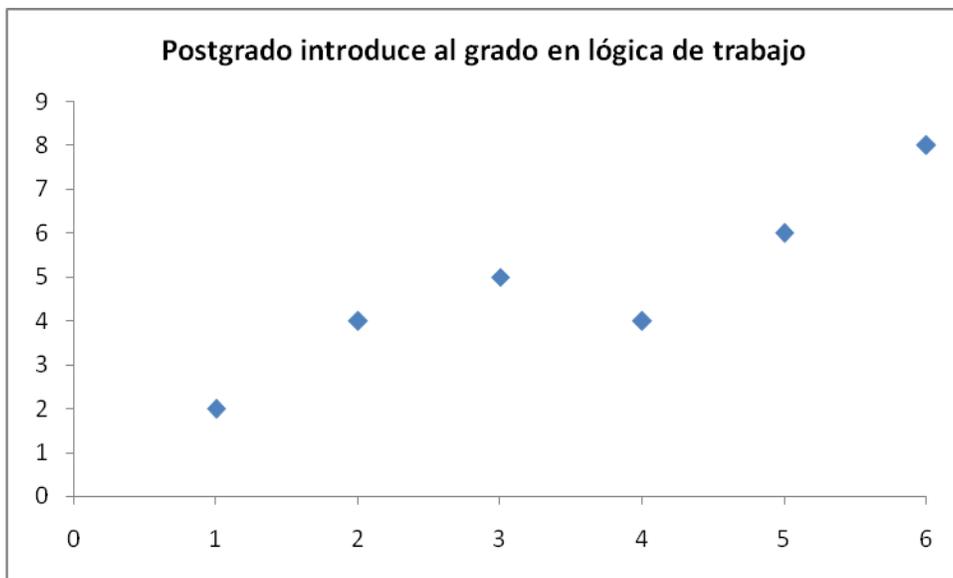


Fig. 50: Gráfico de frecuencias para el grado de acuerdo sobre la premisa "Grado y Posgrado integrados: Favorece la introducción de alumno de grado a una lógica del trabajo".

Conclusión plantilla VI: Si bien un alto porcentaje de docentes coincide que la integración de grado y postgrado genera mayor masividad en quirófano (Fig. 41), resta intervención al alumno de grado (Fig. 42) y compite por los recursos (Fig. 43), el 66% muestra algún grado de desacuerdo con la premisa "integrados perjudica el proceso de E.A del grado" (Fig. 40).

El 52% considera que la interacción es beneficiosa para todos (Fig. 46). Porcentajes similares coinciden en que el alumno de postgrado colabora con el docente en su tarea (Fig. 49), dicha integración favorece el aprendizaje colaborativo (Fig. 47) y la introducción del alumno de grado al trabajo del quirófano (Fig. 50).

4.3. 3 - Pregunta general: (Toma de consciencia/ Grado de valoración)

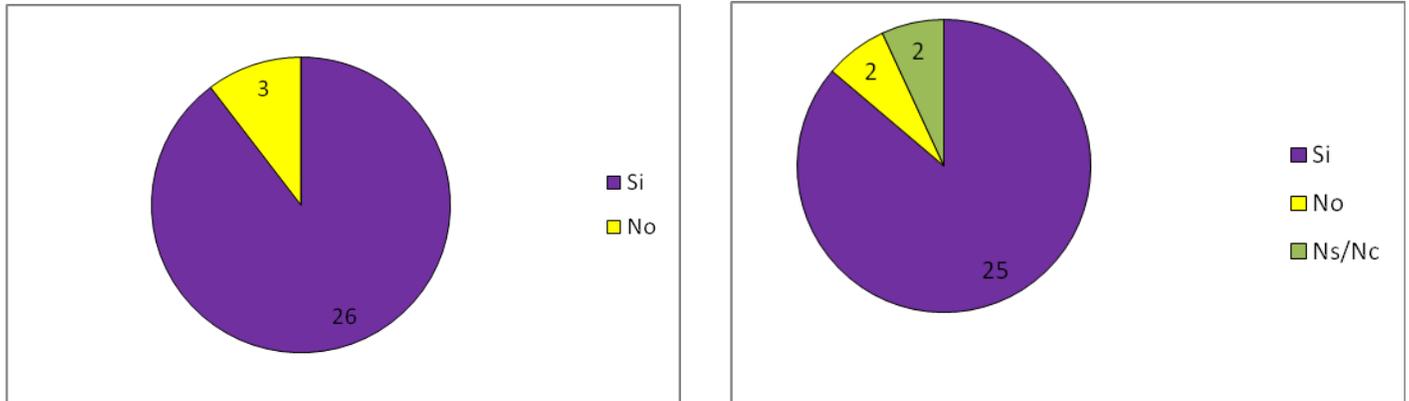


Fig. 51: Gráfico de torta para la conciencia de existencia de tensiones educativas

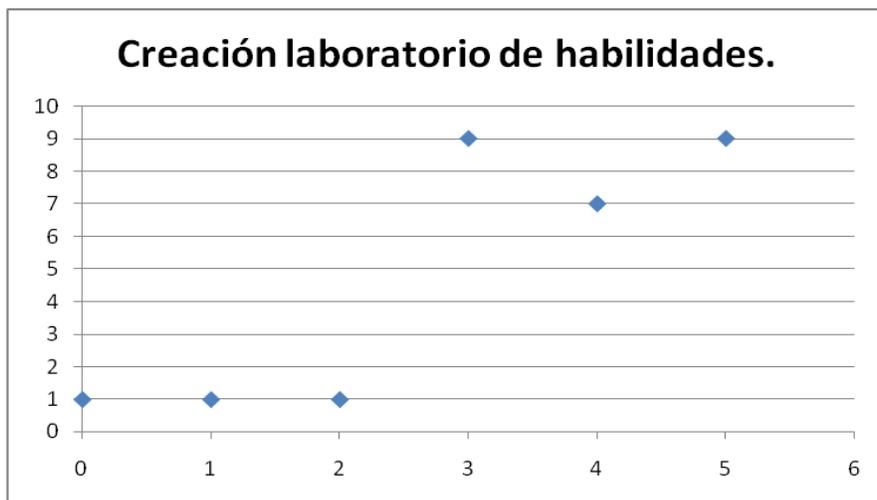
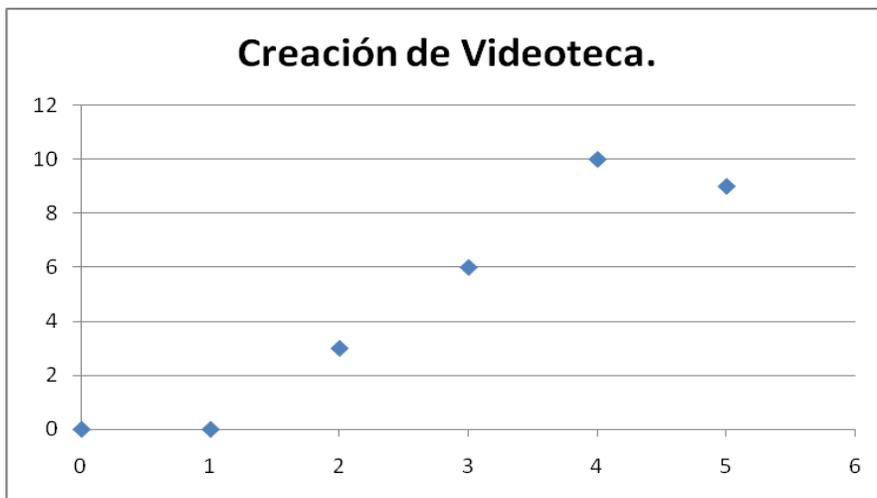
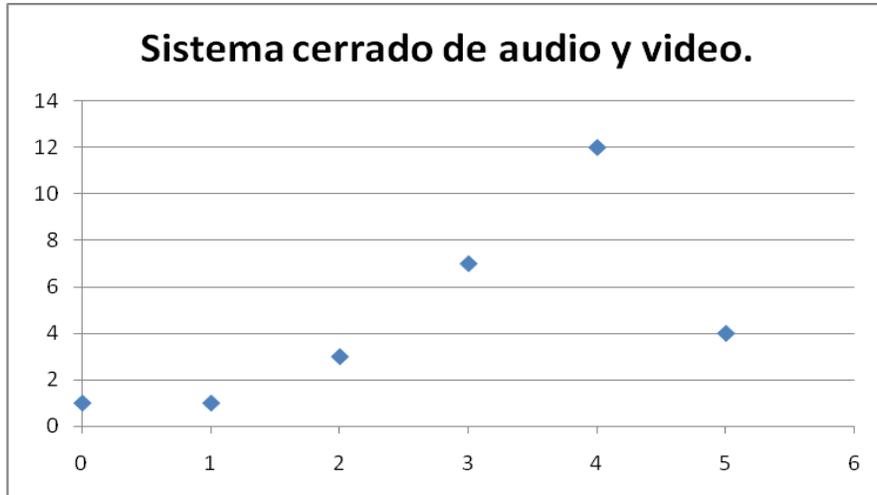
4.3. 4 - Proyectos/ Propuestas pedagógicas:

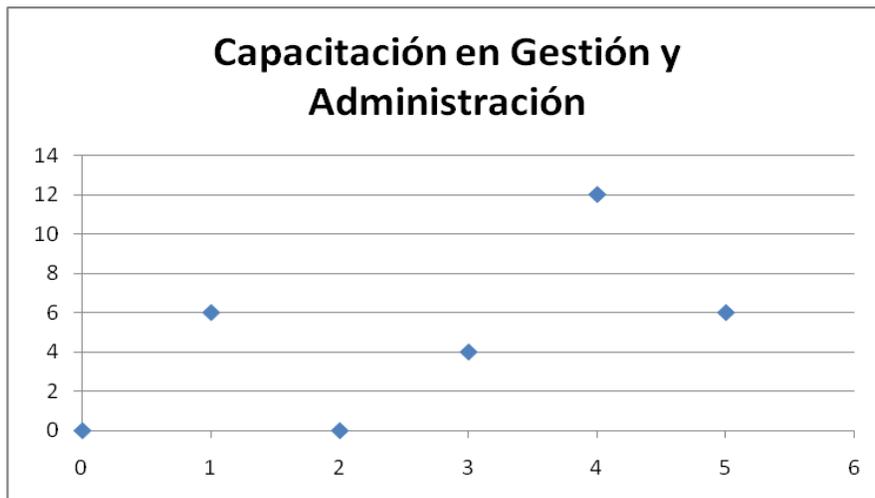
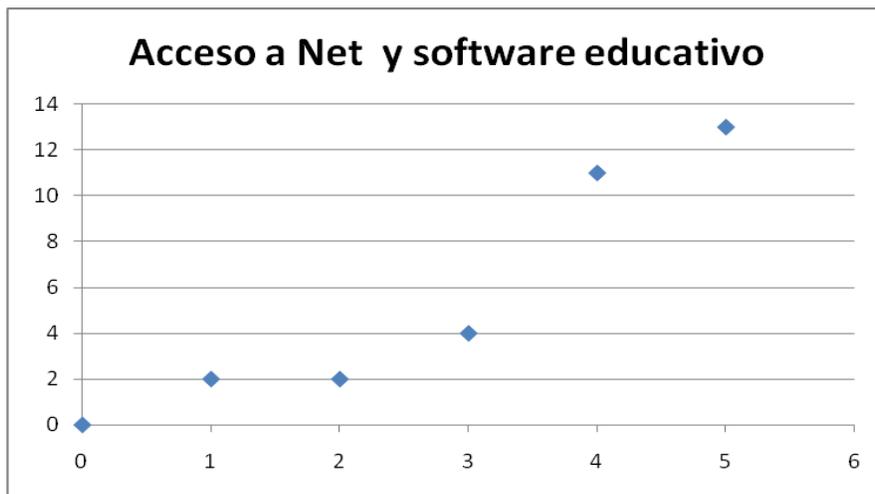
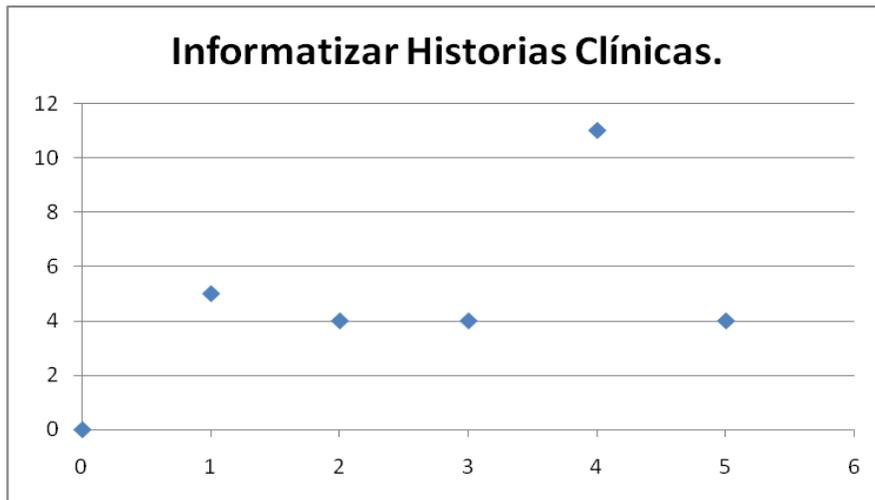
Plantilla VII: Revisando estas propuestas o proyectos. ¿Cómo valora Ud. el impacto benéfico que tendría su implementación para aliviar algunas de las tensiones descritas?

PROPUESTA O PROYECTO	Grado de Impacto					
	0	1	2	3	4	Máx.
Implementar un sistema cerrado de audio y video en el quirófano.						
Realizar videos con intencionalidad didáctica y crear una videoteca.						
Dar carácter formal a la creación de un laboratorio de habilidades.						
Informatizar las historias clínicas y sistema en red entre diferentes áreas.						
Acceso a Net y software educativo en Unidad Quirúrgica y Consultorios.						
Capacitación de personal en gestión y administración hospitalaria.						

Como mencionamos anteriormente el quirófano admite una “carga humana” limitada. La presencia masiva de personas dentro del quirófano puede atentar atenta no solo contra la asepsia, sino contra el circuito de comunicación efectiva dentro de un quirófano, la concentración del equipo o impedir una buena perspectiva de observación dentro del mismo. Un sistema cerrado de audio y video podrían favorecer nuestra tarea docente. Además la posibilidad de grabación permitiría no solo la documentación del procedimiento y la posibilidad de un análisis postquirúrgico del trabajo realizado evitando así la pérdida de información valiosa. A través de esta plantilla intentamos conocer la opinión de los docentes sobre estas propuestas.

Fig. 52: Gráficos de frecuencias para el grado de impacto sobre proyectos o propuestas a implementar.





Conclusión proyectos y propuestas: recientemente (fines de 2012) se incorporó en nuestro quirófano principal una cámara de audio y video. Al igual que el acceso a internet y a software educativo en toda la unidad quirúrgica. Se está iniciando la informatización de las historias clínicas. La mayoría de los docentes valoraban en el momento de realizar esta encuesta (mediados de 2012) estas propuestas a implementar, a futuro podremos realmente determinar el impacto benéfico real de su aplicación. El 79 % opina que la capacitación en gestión podría beneficiar en algún grado la tarea docente al ayudar a reducir tensiones educativas. Sorprende además el hecho que en la pregunta siguiente final (Fig. 53) la gestión haya sido la tercera opción más elegida en porcentaje superando a extensión universitaria como conjunto.

4.3. 5 - Pregunta final (Área de interés profesional)

¿Considerando su área de interés a través de que actividades o roles cree Ud. que contribuiría a mejorar la calidad o “productividad” académica del H. E? Priorizar 3 opciones. (A B C)

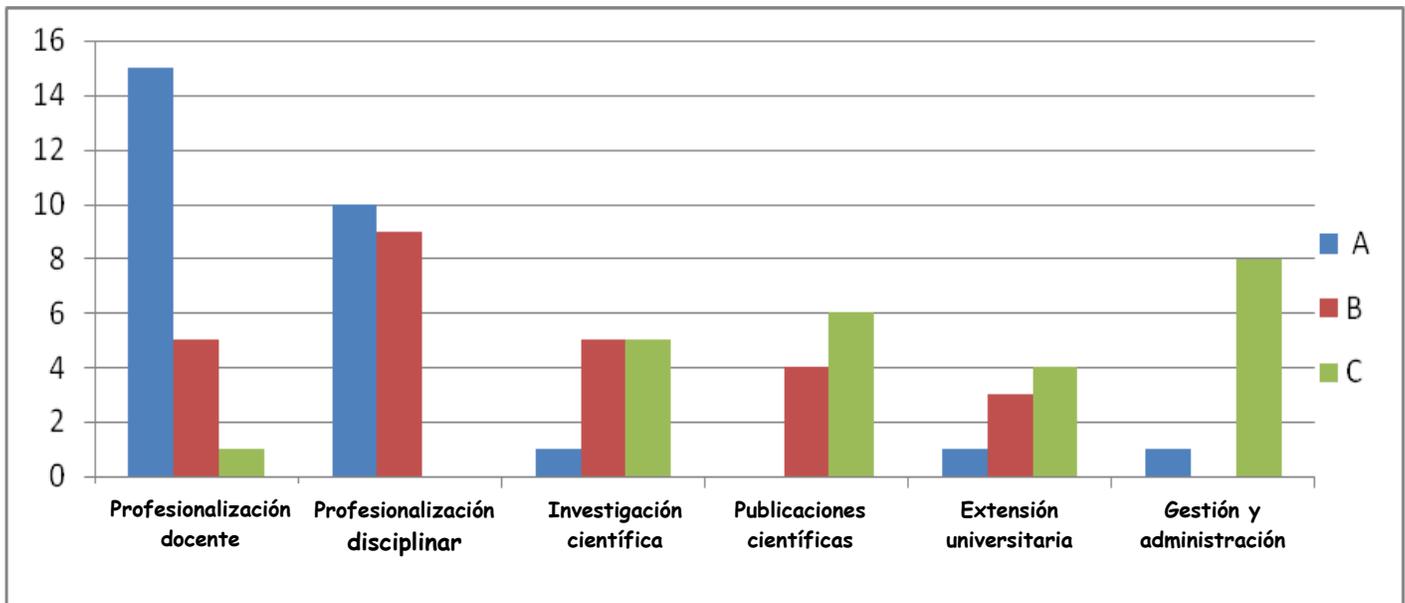


Fig. 53: Gráfico de torta para la valoración del conocimiento de la existencia de tensiones para mejorar el bienestar docente

4.3.6 - Comentarios generales. Análisis de contenido.

De los 29 encuestados 15 utilizaron este ítem. Las respuestas se transcriben textualmente agrupadas según incluyan aspectos relativos a:

Propuestas pedagógicas:

- Mayor evaluación en el quirófano.
- Acreditación del título con la asistencia y/o participación en un número de cirugías básicas.
- Generar servicios quirúrgicos en actividades de extensión y convenios con privados fuera del Hospital Escuela.
- Realizar Ateneos con Clínica Médica/Emergencias/Internación u otras disciplinas para favorecer la colaboración interdisciplinar y unificar criterios.
- Generar un tiempo destinado al estudio de casos e investigación actividades relegadas y avasalladas por el trajín hospitalario.
- Plan de acción con roles definidos en cuanto a calendario de actividades de docencia y servicio. Cantidad y tipo de alumnos conocidas y actividades programadas por docentes del área.
- Dividir a los docentes en 6 meses de docencia y 6 meses de servicio.
- Sería bueno comprometer alumnos en el seguimiento de casos y la elaboración posterior de informes.

Tensiones y/o problemas:

- Hay tensión por la multiplicidad de roles y superposición de distintas actividades (docencia y servicio). En determinados momentos del año hay una merma de personal que afecta sobre todo la actividad extensionista en el Quirófano Escuela.
- No me parece adecuado combinar 5 cursadas (PH I, Cirugía II, Pasantías postgrado de 1er y 2do. año y Especialización. Es tensionante ofrecer roles a cada alumno /pasante y evaluarlos. Se afecta el proceso E.A.
- La excesiva burocracia complica el accionar diario y genera mucha pérdida de tiempo y recursos humanos.
- Generan tensiones: la imposibilidad de conocer a priori con que personal vamos a contar cada día, la mala calidad de los materiales con que se trabaja sumado a que somos los cirujanos los que ponemos la cara, la falta de un jefe coordinador que unifique criterios de trabajo y evalúe al personal profesional, la falta de concursos dentro de los servicios, la falta de un sistema de premios y castigos que conduce a la mediocridad.
- Siento tensión en el Consultorio Quirúrgico: gran cantidad de casos en poco tiempo: “A veces, nos peleamos por no ir”. Se podría dividir en 2 consultorios 1 para casos de cirugía general seleccionados para alumnos con intencionalidad docente para alumnos de grado y otro para casos que requieran a especialistas (Ortopedia, Traumatología, Tórax, Reconstructiva, etc.) con intencionalidad formativa docente y para alumnos de postgrado.
- Un problema fundamental que se suma a la masividad de alumnos de grado y postgrado es la masividad de pacientes, que los docentes deben atender en el consultorio quirúrgico en un período de tiempo acotado, con disponibilidad de turnos de turnos quirúrgicos limitada y debiendo implementar eficientemente servicio y docencia.
- La carga horaria en el quirófano debe ser mayor tanto de alumnos como de docentes. Se podría exigir un mayor compromiso del alumno con los casos que ve, maneja. Lo que generaría sin duda una variedad inmensa de nuevas tensiones.
- Creo que las tensiones que se generan en el quirófano son propias de los intereses o las ambiciones personales de cada actor, las cuales sin dudas son dinámicas. Propone como alternativa para amortiguar las tensiones tener en cuenta los objetivos a corto y mediano plazo de cada uno de los docentes, y de esta manera equilibrar las necesidades de todos. El desempeño de los alumnos de grado se ve menoscabado fundamentalmente por la imposibilidad de los docentes de prestar atención a sus necesidades.

Sugerencias y comentarios:

- Presentación de Calendario preciso para los alumnos con el lugar de destino y función o rol a cumplir, la identificación de los alumnos/ pasantes con algún tipo de credencial con su nombre y condición.
- Señalización más precisa de cada Área del Hospital y sus funciones.
- Personal cuya función sea brindar Información General y hacer de nexo entre administrativos, docentes y propietarios de mascotas.
- Organizar los turnos quirúrgicos destinados a procedimientos de baja complejidad o de rutina a horarios donde el alumno de grado pueda participar activamente, sin restar turnos a procedimientos de urgencia o de mayor complejidad que resultan de mayor interés para docentes y pasantes graduados.
- No olvidar que es un Hospital Escuela
- El estudiante es la prioridad: por lo tanto se debe priorizar ante todo la función docente y no la tarea hospitalaria.

- Hay mucha demanda por parte de propietarios de mascotas en el Hospital. El Hospital Escuela, como su nombre lo indica, debe priorizar al alumno y no a las necesidades de los propietarios con sus mascotas. Se planteó como un hospital para la docencia, pero a veces se confunde su esencia. Se pretende que funcione y rinda como un Hospital Privado.

- Considero que cada Servicio tiene según el día una identidad particular. Hay diferencias en la forma de organizar el día de trabajo, la interacción grupal entre docentes, la interacción entre cirujanos y anestesiólogos o el manejo de los grupos de alumnos. Sería bueno que los jefes de día se reúnan para hacer un análisis de situación, ver en que les va bien y en que mal, cuáles son sus fortalezas y cuáles sus debilidades. Esto ayudaría mucho a todo el personal y a mejorar la calidad del Servicio.

Análisis:

Los comentarios exponen muchos de los aspectos ya tratados por esta tesina. Para este análisis resalto dos términos que podrían expresarse como opuestos a analizar Calidad del servicio / Intereses personales. Conociendo a mis colegas considero que la intención colectiva de los docentes cirujanos es mejorar la "Calidad del Servicio" que brindamos. Pero nuevamente nos sumergimos en un asunto complejo. El carácter multidimensional de la calidad: ¿Cómo define cada actor la calidad de un servicio en el ámbito de la educación superior? ¿Como son las organizaciones y cómo deseamos que realmente sean?

La calidad definida como "lo excepcional" es el concepto académico tradicional que da reconocimiento a logros intelectuales o tecnológicos sobresalientes por sus contribuciones específicas al conocimiento.

La calidad definida como la "adecuación a las necesidades del cliente". Este más cercano a la calidad definida por el mercado que premia el valor recibido a cambio de una inversión.

La calidad concebida como la "adecuación a una misión": en este caso estamos en presencia del concepto de eficacia en la consecución de un propósito definido.

Ahora bien estos no son conceptos existentes en abstracción. Son definidos por diferentes actores.

Estos definen la calidad en función de los fines que atribuyen en este caso a la Facultad haciendo primar sus necesidades, deseos e intereses.

Así los diversos intereses y coaliciones en los sistemas de educación representan configuraciones de poder. Estas configuraciones condicionan la manera en que la calidad es percibida y definida. (Callejas Torres, 2007)

- Los profesores podrían definir la calidad en función de las posibilidades ofrecidas para especializarse, investigar o enseñar.

- Los no docentes en términos de sus salarios y condiciones trabajo.

- Los estudiantes posiblemente definan la calidad en términos de lo moderno de las instituciones o la accesibilidad del plan de estudios, la diversidad de las carreras ofrecidas, la potencialidad laboral o el costo de los estudios: es decir, el valor que reciben por su "inversión".

- Los propietarios de mascotas busquen solucionar problemas en sus mascotas que no encuentran en el ámbito privado, o una eficiente atención a costo accesible.

- Los directivos institucionales pueden estar interesados en la eficiencia en la gestión.

- Los funcionarios gubernamentales quizás definan la calidad en relación con el cumplimiento de metas políticas o financieras.

5- Conclusión final:

El acto quirúrgico es, por naturaleza, una actividad compleja, en un ambiente complejo que a veces nos produce enormes alegrías y otras largas noches de insomnio. Suele requerirse la participación de varios profesionales. Cada operación supone todo un equipo quirúrgico trabajando conjuntamente: cirujanos, ayudantes, anesthesiólogos, instrumentistas, enfermeros de quirófano. Es decir que la cirugía es una actividad grupal, donde sus miembros deben trabajar coordinadamente para el bienestar del paciente. Sin duda su enseñanza y aprendizaje complejizan aún más esta actividad.

¿Tenemos en cuenta a la hora de implementar nuestras “coreografías didácticas” todos estos factores, o solo nos interesa evitar momentos engorrosos, maximizar la ganancia y minimizar la pérdida en pos del exitismo del procedimiento quirúrgico?

En este aspecto es donde cobra importancia el componente de gestión entre todas las dimensiones que involucran a la Cultura o Modelo Institucional: Docencia + Investigación + Extensión + Gestión. Para esto debemos saber como piensan los actores institucionales y cuál es nuestro paradigma institucional.

Considero que la capacitación en el campo de la Administración y Gestión hospitalaria podría ser de gran ayuda y es una deuda pendiente en nuestra institución.

La propuesta es buscar un modelo integrador/superador del modelo donde el trabajo en equipo y la solidaridad generen alianzas con beneficio mutuo.

Debemos conocer y aceptar la existencia de tensiones, dilemas, contradicciones, dificultades y problemas para no caer en el peor de los obstáculos que es no percatarse de su existencia, situación que podemos definir como la peor de las tensiones: “tensión de la no tensión”.

Solo a través de la mayor comprensión de los problemas se podrán establecer situaciones de diálogo entre aparentes antinomias como la teoría y la práctica, la extensión y la investigación o la pedagogía y el trabajo social.

Con respecto a nuestra área en particular hay nuevos problemas y tensiones que se presentan por diversos motivos como la demanda creciente de incorporación de nuevas áreas en la formación del cirujano: como aprendizaje continuo, tanto en cirugía como en docencia, adquisición de habilidades en comunicación, informática y medicina basada en evidencias.

Creo que nuestros objetivos generales como docentes del área deben apuntar a:

- Lograr un diseño curricular que integre un núcleo de conocimientos, habilidades y destrezas, fundamentales en la formación del cirujano, basados en evidencia mundial pero también local y consensuada por los docentes del área.

- Privilegiar la educación basada en competencias, es decir, integrar habilidades, actitudes y valores, enfatizando no sólo lo que el cirujano sabe (teoría), sino también de lo que es capaz de hacer (praxis).

Aparte de una adecuada habilidad manual y buena formación clínica y quirúrgica, es fundamental que el cirujano desarrolle un excelente criterio quirúrgico, ya que la mayoría (75%) de los eventos de una operación está relacionada con la toma de decisiones y el resto (25%) con las habilidades manuales.

- Construir un currículo dinámico y flexible, que se adapte a las modificaciones producto de la evolución de la ciencia, la tecnología, la epidemiología y necesidades de la sociedad.

Vivimos en constante interacción con otros profesionales de una manera interdisciplinaria. Cada vez más personas solicitan nuestro servicio, por lo tanto se hace necesario conocer algunos fenómenos sociales y la influencia que ejercen en el comportamiento de las personas. El conocimiento de los conceptos básicos de la Psicología social nos permite entender la interacción humana con los procesos de dependencia e interdependencia que se gestan en el interior de los grupos sociales, así como su influencia en el comportamiento individual de las personas. Como promotor y gestor de cambio en nuestra comunidad considero importante realizar investigación psicosocial, que me permita conocer y apoyar a la Universidad en dicho proceso.

6 - Bibliografía:

- ANDREOZZI, M. (1998): Sobre residencias, pasantías y prácticas de ensayo: una aproximación a la idiosincrasia clínica de su encuadre de formación. Revista del IICE, 13, 33-43.
- BARBIER, J. M. (1993). La evaluación en los procesos de formación, Paidós, Barcelona.
- BERTONE, P. Entrevista. (2010). "Contagiar la pasión por enseñar". Colección de Cuadernillos de actualización para pensar la Enseñanza Universitaria. Año 5. Nº 3. Universidad Nacional de Río Cuarto.
- BOOIJ, L. (2007). Conflicts in the operating theatre. Current Opinion in Anaesthesiology 2007, 20:152–156. Lippincott Williams & Wilkins.
- CALLEJAS TORRES, J. C. (2007). La calidad en la educación superior, desafíos en un mundo que se transforma. Documento recuperado el 12 de julio de 2010 de:
<http://www.monografias.com/trabajos45/calidad-educacion-superior/calidad-educacion-superior.shtml>
monografias.com
- DEGL' INNOCENTI. (2008). Tensiones en la transmisión de la cultura. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. HOLOGRAMÁTICA. Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ , Año V, Número 9, V4 pp. 23- 43.
- GARCÍA GUADILLA, C. (2002). Tensiones y transiciones. Nueva Sociedad, Caracas.
- HERNÁNDEZ, S (2007) Servicio de Cirugía: su rol en la enseñanza. Infovet. Año XII. Nº 96 p 5.
- HERNÁNDEZ, S; NEGRO, V; ONGAY, G y colaboradores. (2013). Fundamentos de la Cirugía Veterinaria. Bmpress. B. Aires.
- LINGARD, L.; REZNICK, R.; ESPIN, S. (2002). Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. Academic Medicine, Vol. 77 Nº 3 /.
- LUCARELLI, E. y otras (2007): La formación en la profesión: la problemática de los aprendizajes complejos en la universidad. Praxis educativa, 11, 31-37.
- MASTACHE, A. y otros (2007): Formar personas competentes. Desarrollo de competencias tecnológicas y psicosociales. Buenos Aires, Novedades Educativas.
- SASSI, V; YASBITZKY, A. Dispositivos pedagógicos en la formación profesional de los docentes. Documento PDF recuperado el 12 de marzo de 2013 de:
[Http:// www.unam.edu.ar/2008/educacion/trabajos/.../489%20-sassi.pdf](Http://www.unam.edu.ar/2008/educacion/trabajos/.../489%20-sassi.pdf)
- SCHON D. (1992), La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Paidós, Madrid.
- SCHVARSTEIN, L. (1991). Psicología Social de las organizaciones, Paidós, Buenos Aires.
- SCHVARSTEIN, L. (2000). Aportes para el debate curricular. Instituciones educativas. GCBA. Dirección de planeamiento. Dirección de Currícula. Dirección de Educación Superior.
- SCHVARSTEIN, L. (2004). Diseño de organizaciones: Tensiones y paradojas, Paidós, Buenos Aires.
- ZABALZA, M.A. (2009). Ser profesor universitario hoy. En La cuestión universitaria. 5. pp. 69-81. Documento recuperado el 12 de marzo de 2010 de:
http://www.lacuestionuniversitaria.upm.es/web/grafica/articulos/imgs_boletin_5/pdfs/LCU5-7.pdf?PHPSESSID=38cg680e8befspnirchphevbo3.
- ZANCOLLI, E. Portal de la Revista de la A.M.A (Asociación Médica Argentina). Documento recuperado el 27 de febrero de 2013 de: [http:// www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id_art_revista](http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id_art_revista).

7- Anexo: Cuestionario.

Estimado Colega:

Introducción: nuestras organizaciones son espacios de contradicciones entre la racionalidad política y la racionalidad técnica, entre los proyectos y la resistencia, entre la austeridad y el despilfarro, entre el conocimiento y la ignorancia, entre la omnipotencia y la impotencia, entre la semejanza y la diferencia, entre la cooperación y la competencia, entre el orden y el desorden.

Las tensiones están siempre presentes, las sentimos cotidianamente ya que nuestras necesidades y deseos respecto de las organizaciones en las que participamos se enfrentan a diario.

Nos ponen en la necesidad de resolverlas situacionalmente y sin importar cuántas veces las resolvamos permanecen allí para volver a manifestarse frente a cada nueva contingencia.

El enfoque elegido aquí es el de reconocer e interpretar a las tensiones como necesarias y generadoras de un estado de “desacuerdo productivo” o de “resolución dialéctica”, verdadero motor de avance de una organización.

Uno de los aspectos más importantes de la pedagogía universitaria es el de facilitar el análisis de las condiciones institucionales que contextualizan al proceso educativo. Es en este punto donde se explicita la problemática a investigar por este **instrumento** que intenta conocer las tensiones que inevitablemente se producen en nuestro **Q.E** (Quirófano Escuela) entre las lógicas de la enseñanza y el trabajo, en que medida afectan al docente y establecer su grado de impacto en la práctica pedagógica.

En este escenario complejo se han definido algunos **ejes problemáticos** predominantes que generan tensiones a enumerar, definir y analizar.

Estos fueron elegidos por el autor del presente cuestionario en función de la observación participativa como docente y cirujano en este escenario institucional durante los últimos 10 años y a través del análisis y posterior consenso con los Profesores Titular y Adjunto de la Cátedra de Cirugía de nuestra Facultad y de los Cirujanos jefes de día del Quirófano Escuela.

Ellos son:

- **El docente “versátil”:** multiplicidad de roles.
- **Masividad y Heterogeneidad grupal.**
- **Grado y Postgrado en un mismo tiempo y espacio compartiendo recursos.**

El presente cuestionario tiene los siguientes objetivos básicos:

- Conocer las principales tensiones por las que atraviesa el docente de cirugía en el quirófano escuela de nuestra Facultad.
- Determinar cuál es su opinión acerca de las mismas.

Está dividido en cinco partes:

1. Datos de identificación.
2. Instrucciones para realización del cuestionario.
3. “Tensiones” que subyacen dentro de los ejes problemáticos planteados.
4. Pregunta general.
5. Pregunta final/Propuestas/Comentarios generales.

Los datos e información vertidos tienen carácter confidencial, garantizando así, la reserva de los mismos.

Agradezco la colaboración para esta investigación que se realiza en el marco de un trabajo final integrador para la acreditación de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria con orientación en Ciencias Veterinarias y Biológicas, bajo la dirección del Dr. Sabás Hernández.

Se autorizará la publicación de esta tesina en nuestra institución por lo que los resultados obtenidos estarán a vuestra disposición.

Información adicional, contactarse con MV Gabriel Ongay. Email: ongayvet@yahoo.com.ar

1. Datos de interés:

▪ Edad:

- Menos de 30 años.
- Entre 30 y 40 años.
- Entre 41 y 50 años.
- Más de 50 años.

▪ Sexo

- Mujer
- Hombre

▪ Como cirujano del Quirófano Escuela depende de la:

- Cátedra de Cirugía.
- Otra Cátedra.....
- Otro.....

▪ Si corresponde cargo desempeñado en su Cátedra:

- Profesor/a.
- JTP
- Ayudante de primera
- Ayudante de segunda

Dedicación: Parcial Semiexclusiva Exclusiva

▪ Experiencia profesional en la docencia de cirugía en P.A.

- Menos de 5 años. Entre 16 y 25 años.
- Entre 5 y 15 años. Más de 25 años.

▪ Experiencia profesional en la práctica de cirugía en P.A.

- Menos de 5 años. Entre 16 y 25 años.
- Entre 5 y 15 años. Más de 25 años.

▪ Cargo/s o función/es desempeñada/s en Quirófano Escuela:

- Jefe de día.
- Subjefe de día.
- Encargado docente de consultorio quirúrgico.
- Otras: dirección, gestión, coordinación.

▪ Carrera de Especialización en Docencia

- Posee título de docente autorizado.
- Posee título de especialista.
- Está cursando inicial intermedio avanzado
- No cursa actualmente pero lo hizo o planea hacerlo.
- No le interesa cursar la carrera.

▪ Carrera de Especialización en Cirugía en PA.

- Posee título de especialista.
- Está cursando inicial intermedio avanzado
- No cursa actualmente pero lo hizo o planea hacerlo.
- No le interesa cursar la carrera.

2. Instrucciones para contestar el cuestionario.

Ud. responderá a 2 tipos de escalas cuantitativas.

Diferencial semántico: el sistema de tensiones se expresa a través del lenguaje como contradicciones o bipolaridades. Las siguientes tensiones son presentadas como criterios bipolares (díadas de un continuo que describen la tensión existente entre ambos polos). La escala de valoración le permitirá indicar su opción, teniendo en cuenta que el centro (0 cero) representa una actitud equilibrada entre ambas alternativas.

¿Dónde prefiere Ud. desempeñarse como docente de cirugía?								
	3	2	1	0	1	2	3	
⇐			⇨					
CONSULTORIO QUIRÚRGICO				X				QUIRÓFANO

Ejemplo 2: Si la tendencia debe inclinarse hacia el quirófano pero sin llegar a un extremo donde sólo se tenga en cuenta esta posibilidad:

	3	2	1	0	1	2	3	
⇐			⇨					
AULA						X		QUIRÓFANO

Likert: Indicará su grado de acuerdo con las respecto a determinadas premisas a través de una escala comprendida entre 1 (muy en desacuerdo) y 6 máxima valoración (totalmente de acuerdo).

Ejemplo: máximo acuerdo con la premisa	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
"La masividad atenta contra la seguridad en el quirófano"						X

En ambas escalas la no colocación de "X" se interpretará como "No sabe / No contesta".

IMPORTANTE: LEA PRIMERO TODAS LAS PREMISAS DEL CUADRO Y LUEGO CONTESTE.

3. Cuestionario p/dicho.

QUIRÓFANO ESCUELA. TENSIONES	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
EL Q.E es un escenario complejo en el que se producen diversas tensiones educativas						
Marque con una cruz aquellas problemáticas o situaciones que para Ud. generan tensiones.						
Masividad en la Unidad quirúrgica						
Heterogeneidad grupal alumnado						
Inclusión de alumnos en equipos quirúrgicos						
Conflictos de rol a cumplir por el docente						
Fallas en la comunicación entre servicios de día						
Atención al público						
Burocracia Administrativa						
Escasez de recursos: personal, materiales, didácticos						
Obtención de requisitos preoperatorios (imágenes, análisis)						
Gestión de turnos quirúrgicos						

¿Dónde o cómo preferiría Ud. desempeñarse como docente de cirugía?									
	3	2	1	0	1	2	3		
	⇐					⇒			
Q. ESCUELA								CONSULTORIO QUIRÚRGICO	
Q. ESCUELA								AULA	
CON ALUMNOS DE GRADO								DE POSTGRADO	
ENSEÑANZA GRUPAL								INDIVIDUAL	
PART TIME								FULL TIME	

“Por ello diré para comenzar, y en forma escueta que la Escuela Quirúrgica Finochietto se inicia cuando se descubre un método particular de enseñar cirugía masivamente. Nacido por el cerrado enlace desde dos impulsos: el estilo quirúrgico de Enrique Finochietto por un lado, y el método para reproducir dicho estilo por Ricardo Finochietto desde el otro. El método emerge así de la ligazón de dos virtudes generativas. Enrique era un “solista” y el quirófano su templo, para Ricardo era un aula y el equipo quirúrgico su esencia”.

Luego de leer estas palabras: ¿Que representa para Ud. el **Quirófano Escuela** y cómo define su **estilo de enseñanza**?

	3	2	1	0	1	2	3		
	⇐					⇒			
	ROLES								
“AULA”								“TEMPLO”	
Ricardo Finochietto								Enrique Finocchietto	
Docente								Cirujano	
Predomina: Lógica de la enseñanza								Predomina: Lógica del trabajo	
Predomina la eficiencia pedagógica								Predomina la eficiencia técnica	
Cirujano: “Jugador de un equipo”								Cirujano: “Un solista”	
Responsabilidad compartida								Máximo responsable	
“Dejar hacer”								“Hacer”	
Colaboración Interdisciplinar								Individualismo	
Simulación								Cruda Realidad	
Permisividad de error								Error inadmisible	

MASIVIDAD	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
Concebir un Q.E sin masividad es una utopía.						
La masividad atenta contra la seguridad en el quirófano						
La masividad complica la circulación efectiva en el quirófano.						
La masividad interfiere con la comunicación efectiva del equipo quirúrgico.						
La masividad afecta la observación efectiva del procedimiento.						
La masividad dificulta la tarea evaluadora del docente						

Grado y Postgrado							
	3	2	1	0	1	2	3
⇐				⇒			
SEPARADOS GRUPOS HOMOGÉNEOS							INTEGRADOS GRUPOS HETEROGÉNEOS

Grado y Postgrado Integrados	GRADO DE ACUERDO					
	1	2	3	4	5	6
Grado y postgrado integrados es perjudicial para el proceso E.A del grado						
Genera masividad en el quirófano						
El postgrado resta posibilidades de intervención al alumno de grado						
Compiten por los recursos al superponerse en tiempo y espacio						
Se dificulta la selección de contenidos y tareas de evaluación						
Mayor imprevisibilidad de la tarea						
La interacción es beneficiosa para todos los actores						
Se favorece el aprendizaje colaborativo						
Se favorece la co-evaluación						
El alumno de postgrado colabora con del docente y el alumno de grado						
Favorece la introducción de alumno de grado a una lógica del trabajo						

4. ¿Era Ud. Consciente de la existencia de estas tensiones en su labor docente?

SÍ. NO. NS/NC

¿Valora este conocimiento en función de una mejora en el bienestar del docente?

SÍ. NO. NS/NC

Revisando estas propuestas o proyectos. ¿Cómo valora Ud. el impacto benéfico que tendría su implementación para aliviar algunas de las tensiones descriptas?

PROPUESTA O PROYECTO	⇐ Grado de Impacto ⇒					
	0	1	2	3	4	Máx.
Implementar un sistema cerrado de audio y video en el quirófano.						
Realizar videos con intencionalidad didáctica y crear una videoteca.						
Dar carácter formal a la creación de un laboratorio de habilidades.						
Informatizar las historias clínicas y sistema en red entre diferentes áreas.						
Acceso a Net y software educativo en Unidad Quirúrgica y Consultorios.						
Capacitación de personal en gestión y administración hospitalaria.						

