



Facultad de Ciencias Económicas
Trabajo Final de Carrera

**“Análisis multivariable del clima y la
motivación laboral del Equipo Quirúrgico del
Servicio de Obstetricia de un reconocido
hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos
Aires”**

Alumno: Guerrero Machado, Ana Victoria Carolina

Matrícula: P000139061

Carrera: Licenciatura en Gestión del Capital Humano

E-mail: anavictoriacarolina@gmail.com

Tutor: Lic. Berretta, Raúl (Legajo N.º 30.238)

Abstract

El siguiente trabajo tiene como objetivo analizar el impacto que tiene la incorporación de practicantes de la carrera de Instrumentación Quirúrgica en el clima laboral y la motivación de las Instrumentadoras Quirúrgicas pertenecientes al Servicio de Obstetricia de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tomando como partida este acontecimiento, a través del presente estudio se pretende determinar cuáles son las variables que tienen mayor influencia sobre la dinámica laboral habitual y cómo esto repercute sobre el comportamiento y ánimo de los profesionales de salud involucrados en la formación de dichos alumnos.

Cabe señalar que las trabajadoras del servicio son las únicas encargadas de la supervisión de los estudiantes durante el desarrollo de las prácticas, a pesar de no contar, ninguna de ellas, con formación pedagógica ni experiencia previa.

En términos metodológicos, este trabajo de investigación contará con un diseño cualitativo, descriptivo, no experimental y transversal, en el cual se realizarán encuestas, con el cuestionario como instrumento, a las Instrumentadoras Quirúrgicas pertenecientes al Servicio de Obstetricia.

Palabras clave: Recursos Humanos, Motivación, Clima Laboral, Prácticas Profesionales, Instrumentación Quirúrgica.

Índice de contenidos

Abstract.....	3
Objetivos.....	5
Objetivo Principal.....	5
Objetivos Secundarios.....	5
Metodología.....	7
Introducción.....	9
Marco Teórico.....	16
Perfil Profesional del Instrumentador Quirúrgico.....	16
Competencias del Instrumentador Quirúrgico.....	17
Competencias profesionales transversales.....	17
Competencias profesionales específicas.....	18
Prácticas Profesionalizantes.....	20
El quirófano como ambiente de aprendizaje.....	21
El rol del instructor en las prácticas profesionalizantes.....	25
Clima Organizacional.....	27
Calidad de Vida Profesional.....	30
Motivación.....	31
Resultados de la Encuesta.....	35
Análisis de los datos obtenidos.....	39
Conclusión.....	50
Bibliografía.....	55
Anexo: Protocolo de Encuestas.....	61

Objetivos

Objetivo Principal

El objetivo principal del presente trabajo es comenzar por analizar el clima y la motivación laboral de las Instrumentadoras Quirúrgicas pertenecientes al Servicio de Obstetricia de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Luego, se busca determinar cuál es el impacto que tiene sobre los mismos la repentina incorporación de estudiantes que acuden a las instalaciones a realizar sus prácticas formativas en Instrumentación Quirúrgica.

Se pretende identificar y describir las diversas variables que impactan sobre la dinámica laboral habitual tras el ingreso de dichos alumnos y comprender cómo estas afectan la rutina, el clima y la motivación del personal, intentando conocer la percepción, actitudes, comportamientos y acciones llevadas a cabo por las trabajadoras del servicio como respuesta a la nueva realidad imperante.

Objetivos Secundarios

Los objetivos más específicos de la presente investigación son:

- . Determinar cómo es percibido el clima laboral y el grado de motivación del personal de quirófano.
- . Determinar la variación del clima y la motivación laboral de las trabajadoras tras la aplicación de diversas variables.
- . Describir cuáles son los factores que repercuten en la motivación y el clima laboral.
- . Determinar si cumplir el rol de tutor representa una carga laboral extra para los trabajadores sanitarios involucrados.

. Establecer si los trabajadores consideran que los cambios ocurridos repercutieron en el clima y la motivación laboral y, en caso de ser así, si dicha repercusión fue percibida como negativa o positiva.

Metodología

El presente trabajo de investigación, en términos metodológicos, cuenta con un diseño cualitativo, descriptivo, no experimental y transversal.

Respecto a los diseños transversales (también llamados transeccionales) descriptivos, Sampieri (2014) explica:

[...] tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, estas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores). (p. 155)¹

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, el cual fue aplicado a las Instrumentadoras Quirúrgicas pertenecientes al Servicio de Obstetricia, con el objetivo de identificar y medir las variables de interés. Como lo indica Sampieri (2014), en el enfoque cualitativo se utilizan métodos de recolección de datos que buscan “[...] obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos)” (p. 8).

La encuesta consta de una serie de preguntas cerradas, previamente diseñadas y con opciones múltiples de respuesta, en un principio de índole general y luego más orientadas a los temas de interés de la presente investigación.

La misma fue implementada a través de la plataforma Google Forms, el cual es un software gratuito de administración de encuestas perteneciente a Google, que permite el fácil diseño y distribución de los cuestionarios a los participantes por medio de un enlace de acceso.

¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2014). *Metodología de investigación*. México: McGraw- Hill Education.

Una vez realizada la encuesta, los resultados se procesaron para poder ser analizados mediante un paquete estadístico para computadora. De esta forma, se pudieron interpretar los resultados y comprender en forma más profunda las variables intervinientes.

Para la presentación de los datos obtenidos, se utilizaron resúmenes, tablas y gráficos estadísticos, de modo que se plasmara con facilidad la información que los mismos brindaron.

Introducción

El presente trabajo de tesina busca conocer cuál fue la respuesta por parte de las instrumentadoras quirúrgicas de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ante el ingreso de estudiantes de la Tecnicatura en Instrumentación Quirúrgica, los cuales realizan prácticas en los quirófanos correspondientes al Servicio de Tocoginecología de dicha institución.

Con el objetivo de medir las variables de interés, utilizaremos el cuestionario como instrumento de medición, que nos permitirán comprender mejor cómo este cambio radical afectó la rutina laboral del personal de salud antes mencionado, conociendo cómo reaccionaron tras la incorporación y cuáles fueron sus actitudes y opiniones al respecto.

El cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados para la recolección de datos y consiste en un conjunto de preguntas, que pueden ser abiertas o cerradas, respecto de una o más variables.

En nuestro trabajo utilizaremos preguntas cerradas, establecidas de antemano, construidas ordenadamente y las cuales contienen opciones de respuesta previamente delimitadas, en un principio de índole general y luego más específicas y abocadas a nuestro tema de interés.

Algunas de las ventajas que presentan los cuestionarios es que pueden ser respondidos en forma anónima, se pueden administrar, si fuera necesario, a un gran número de individuos, requieren poco tiempo para ser respondidos, además de no representar una gran complejidad, conllevan un bajo costo para su aplicación y son relativamente fáciles de analizar y comparar.

Sin embargo, entre las desventajas de los cuestionarios conformados por preguntas cerradas, encontramos que las respuestas no suelen ser muy detalladas, en ocasiones puede suceder que ninguna de las opciones de respuesta describa con exactitud lo que el encuestado piensa y, además, el manejo del lenguaje puede dar lugar a ambigüedades o sesgos, que influyeran las respuestas, entre otras.

La encuesta será distribuida entre los profesionales de salud involucrados y, luego de obtenidas las respuestas, las mismas se codificarán y transferirán a una matriz o base de datos, donde serán preparados para su análisis mediante un paquete estadístico para computadora.

Luego, se interpretarán sus significados, reflexionando y comparando estos datos con la información previa con la que contemos, por ejemplo, la obtenida de la bibliografía.

Por último, serán presentados a través de resúmenes, tablas y gráficos estadísticos, los cuales permitirán visualizarlos y así lograr representar en forma accesible información que puede resultar compleja.

A continuación se brindará un breve pantallazo en lo respectivo al derecho en la República Argentina, haciendo un recorrido por las leyes y resoluciones que regulan y estructuran la educación superior y las prácticas profesionalizantes, de modo que podamos conocer los alcances de estas, como así también los derechos y obligaciones de las partes, es decir, estudiantes e instituciones educativas.

Según la Ley N° 20.206², el sistema educativo argentino se encuentra estructurado en 4 niveles:

- . *Educación inicial*. Incluye niños desde los 45 días de vida hasta los cinco años inclusive. Sólo es obligatoria a partir de los cuatro años.
- . *Educación primaria*. Se extiende desde los 6 años de edad y tiene una duración de seis años. Es obligatorio.
- . *Educación secundaria*. Es una etapa obligatoria, posee una duración de 6 años y se estructurado en 2 niveles: *ciclo básico*, que cuenta con 3 cursos de carácter común a todas las orientaciones, y el *ciclo orientado*, que posee 3 cursos de libre elección para el estudiante, sujeto a las distintas modalidades disponibles en las respectivas instituciones.
- . *Educación superior o terciaria*. No es de carácter obligatorio e incluye Universidades, Institutos Universitarios estatales o privados e Institutos de Educación Superior de gestión estatal o privada.

Dentro de las cuales encontramos 8 opciones organizativas y/o curriculares de la educación común, conocidas como modalidades:

- . Educación Técnico Profesional
- . Educación Artística
- . Educación Especial
- . Educación Permanente de Jóvenes y Adultos
- . Educación Rural
- . Educación Intercultural Bilingüe

² Argentina. Ley N.º 26.206, de 14 de diciembre de 2006, de Educación Nacional.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-de-educ-nac-58ac89392ea4c.pdf>

- . Educación en Contextos de Privación de Libertad
- . Educación Domiciliaria y Hospitalaria

Partiendo de lo detallado en la Síntesis de Información Estadísticas Universitarias (2019-2020)³, publicado por el Ministerio de Educación de la República Argentina, sabemos que en el año 2020 el país contaba con un total de 131 instituciones universitarias (112 son Universidades y 19 Institutos Universitarios), de los cuales 61 son de gestión estatal nacional, 6 estatal provincial, 63 privados y 1 internacional.

En lo relativo a la forma de enseñar la medicina, podemos cometer el error de creer que siempre se hizo de la forma en que lo conocemos actualmente.

Sin embargo, la educación médica ha cambiado a través del tiempo y, como lo indica Martínez Natera en su publicación *La historia de la educación en la medicina*⁴, se distinguen distintas épocas.

Entre ellas, encontramos la primitiva, época en la cual el hombre comenzó a ser un ser social y, gracias a ello, conoció la enfermedad y las heridas, las cuales aprendió a identificar y tratar recurriendo a su juicio y razón.

Llegado el desarrollo de la agricultura, el hombre se sedentarizó, formando grupos que contaban con la autoridad de un rey sacerdote, que derivaba en Shamán o Médico sacerdote, el cual transmitía los conocimientos médicos a un familiar muy cercano o persona de confianza.

Surge entonces el traspaso de conocimientos del maestro al novicio, impulsado también por la invención de la escritura.

Más tarde, en el año 1000 a. C., en Grecia, se desarrollan los primeros intentos conocidos del hombre por utilizar la razón con el objetivo de resolver problemas relativos a la educación y, por consiguiente, la formación del médico.

³ MINISTERIO DE EDUCACIÓN (ARGENTINA). *Síntesis de Información Estadísticas Universitarias (2019-2020)*. <<https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/sintesis>> [Consulta: 16 de marzo de 2022]

⁴ MARTÍNEZ-NATERA, O. C. (2007). "La historia de la educación en la medicina" en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 30, issue 1, p. 249-250. <<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ap.pdf>> [Consulta: 24 de marzo de 2022]

La famosa escuela de medicina Hipocrática, surgida en el Siglo VI a. C., se caracterizaba, según Valdez García⁵, por la ausencia de estructura, currículo o duración determinada.

El aprendizaje era vicario o discipular, estableciendo un estrecho vínculo alumnos-maestros, con un método artesanal y tutorial, que partía de la observación y la inducción, tomando la experiencia clínica como base, procurando el tratamiento general y el pronóstico de las enfermedades. Este modelo se mantuvo hasta la Edad Media (Siglo V).

El primer gran cambio que encontramos en la historia, se desarrolla durante el Imperio Bizantino, período en que aparecen los primeros hospitales y son utilizados con fines docentes.

Luego, el segundo gran cambio se presenta en el Siglo X y lo constituye el surgimiento de la Escuela de Salerno, centro laico de enseñanza médica de Europa Occidental, el cual se caracterizaba por contar con un cuerpo docente, una enseñanza estructurada, programa, material de estudio y traducciones de textos griegos.

El prestigio de esta escuela se mantiene hasta el nacimiento de las universidades en el Siglo XII, las cuales se organizaban en facultades, como se conoce hoy en día, y se caracterizaban por ofrecer una titulación, es decir, se formaliza el proceso para el ejercicio de la medicina.

Contaban con un método docente en el cual el profesor realizaba las tareas estructuradas de la siguiente manera:

1. *Lectio*: lectura de un texto clásico.
2. *Quaeslio*: formulación de preguntas o problemas.
3. *Disputatio*: la discusión de los mismos.

Recién en los Siglos XVIII y XIX nacen las academias científicas, las cuales fueron grandes generadoras de conocimientos.

Surge, a través de ellas, la educación médica por medio de encuentros, como congresos, y la incorporación del hospital a la universidad, con el objetivo de aunar, finalmente, la enseñanza teórica y la práctica.

⁵ VALDEZ GARCÍA, J. E. (2004). "Brevisima Historia de la Educación Médica" en *Revista Avances*, vol. 1, issue 3, p. 37-38.
<https://www.researchgate.net/publication/296333323_Brevisima_Historia_de_la_Educacion_Medica> [Consulta: 24 de marzo de 2022]

La experiencia práctica junto al paciente, lecciones clínicas y disecciones anatómicas, son las que caracterizan este período, con un método más parecido al que se utiliza actualmente para la enseñanza de las ciencias médicas como la medicina, la enfermería, la instrumentación quirúrgica, etcétera.

En la Argentina, según lo menciona la Resolución N.º 7860 de la Universidad de Buenos Aires⁶, la formalización de la tarea y la capacitación de los profesionales de la instrumentación quirúrgica surge a comienzo de 1940, a pesar de que la asistencia brindada por estos a la actividad del médico se remonta a principios del Siglo XX.

En respuesta a la evolución en el tratamiento de las patologías, el surgimiento de nuevas enfermedades, como así también debido a los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas, se requirió una mejoría en la capacitación de los profesionales de las Ciencias de la Salud, delimitando mejor las áreas de especialización, ya que no pueden recibir la misma formación profesional quienes vayan a asistir a un médico cirujano, a un cardiólogo o a un radiólogo.

Con dicho fin, los organismos oficiales pertinentes se ocuparon de reglamentar la actividad profesional y de capacitación a través de Decretos y Resoluciones, mediante los cuales se establecieron los alcances de los títulos otorgados y cuáles serían los perfiles de los egresados, con el objetivo de cubrir las demandas ya mencionadas.

Tomando como ejemplo el plan de estudio brindado por la Universidad de Buenos Aires para la formación de los Técnicos Universitarios en Instrumentación Quirúrgica, encontramos que plantea una propuesta basada en una cursada teórico-práctica y que tiene como objetivo la construcción de herramientas intelectuales y prácticas, con una formación técnico-profesional que permite desempeñarse tanto como Instrumentador Quirúrgico Aséptico e Instrumentador Quirúrgico Circulante.

Se pretende que el alumno sea capaz de adquirir destrezas para luego poder desempeñarse en áreas quirúrgicas dentro de hospitales, clínicas y sanatorios, como así también en comités de ética profesional, empresas relacionadas con la actividad, como las Ortopedias, y asimismo en instituciones educativas, contando con un alto nivel de calificación, dominando conocimientos teóricos y saberes prácticos.

⁶ Argentina. Resolución N.º 7860, de 13 de noviembre de 2013, *Tecnicatura Universitaria en Instrumentación Quirúrgica*. Universidad de Buenos Aires.

En su formación en servicio, los estudiantes de instrumentación quirúrgica, realizan actividades formativas en ambientes de trabajo reales, como quirófanos, lo cual tiene como estrategia educativa el partir de la práctica como fuente de conocimiento, ampliando los espacios educativos más allá del aula y sumándolos a la vida cotidiana de la institución.

Las prácticas profesionalizantes, que en dicha institución tienen una carga total mínima de 720 horas, implican la participación de los alumnos en procedimientos quirúrgicos, ya sea como Instrumentadores Quirúrgicos Asépticos o Circulantes.

El primero forma parte activa del acto quirúrgico, asistiendo al cirujano y sus ayudantes en el desarrollo de la intervención y, el segundo, realiza tareas de control y supervisión del funcionamiento de la sala quirúrgica y sus componentes, del ingreso, posicionamiento y egreso del paciente, como así también se ocupa de facilitar insumos y todo aquello que pueda ser requerido durante la cirugía por parte de los participantes.

Idealmente, las prácticas formativas se realizan bajo la supervisión de instructores, que son especialmente seleccionados para dicho fin y que, durante el desarrollo de las tareas asistenciales, controlan y corrigen a los estudiantes, a fin de mejorar su rendimiento.

Sin embargo, muchas veces dicha supervisión es llevada a cabo por el personal perteneciente a la institución de salud en cuestión, el cual también se encuentra presente en todo momento en la sala de cirugía durante del desarrollo de las prácticas y que, muchas veces, no cuenta con formación pedagógica y, además, no fue contratado para dicho fin.

Es importante tener en cuenta que durante el desarrollo de la actividad quirúrgica pueden presentarse distintas problemáticas relacionadas con la disponibilidad o condición de algún insumo, el mobiliario o los distintos aparatos necesarios para el desarrollo de la intervención, como así también inconvenientes propios de la cirugía, como puede ser una hemorragia.

Este tipo de situaciones provocan estrés e incertidumbre en el personal participante, el cuál debe actuar a la brevedad para resolverlas y, es por este motivo, que el equipo quirúrgico, compuesto por profesionales de diversas disciplinas (cirujanos, anestesiólogos, instrumentadores quirúrgicos, etcétera), debe trabajar en sintonía, más allá de las diferencias personales que puedan existir.

Ante este panorama desafiante, la incorporación de estudiantes puede generar dos escenarios muy distintos: por un lado, puede provocar un alivio para el personal de quirófano, debido a que son una “mano extra” que colabora en la realización de las tareas, como así también puede implicar una “carga”, por tratarse de individuos que no son profesionales y, en consecuencia, no cuentan con la formación necesaria para desarrollar su tarea en forma totalmente independiente, requiriendo de una supervisión constante, a fin de evitar errores que retrasen o comprometan el desarrollo de la cirugía y, por consiguiente, perjudiquen la salud del paciente.

En el presente trabajo se realizará un análisis que busca determinar cuáles son los cambios que la incorporación de los practicantes provoca en la dinámica laboral habitual y cómo eso se refleja en el comportamiento y ánimo de los instrumentadores quirúrgicos involucrados.

Marco Teórico

Perfil Profesional del Instrumentador Quirúrgico

La Instrumentación Quirúrgica, como se la conoce en Argentina, en otros países de Latinoamérica y Europa tiene otras denominaciones, como Enfermería Quirúrgica o Asistente de Quirófano, y se trata de una carrera del área de la salud, cuya función es la de asistir al cirujano y sus ayudantes durante los procedimientos quirúrgicos.

Debido a la evolución de la tecnología y la medicina, el rol del instrumentador quirúrgico se ha expandido enormemente en las últimas décadas, volviéndose un requisito indispensable una rigurosa formación técnico-profesional de nivel superior. Esto supone la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, el desarrollo de habilidades y destrezas, la capacidad de evaluar y tomar decisiones respecto a procesos de atención al equipo quirúrgico, de modo que se supervise el transitar del paciente por la sala de cirugía, desde el momento en que ingresa hasta que se retira, atendiendo siempre a las normas bioéticas y de bioseguridad.

El Instrumentador Quirúrgico es un miembro de fundamental importancia dentro del equipo quirúrgico, lo cual implica que sus tareas parten de las más simples a las más complejas. Los constantes avances en cirugía, con nuevos desarrollos en tecnología e instrumentos, exigen por parte del instrumentador quirúrgico una formación constante tendiente a contar siempre con conocimientos y destrezas actualizados, que permitan la producción de servicios de salud de calidad.

Los centros quirúrgicos modernos cuentan con tecnología de avanzada y, sumado a los adelantos ya mencionados, requieren por parte de los profesionales una fuerte preparación y capacidad de adaptación a las exigencias del entorno y las nuevas tecnologías.

El Instrumentador Quirúrgico debe ser capaz de identificar, evaluar y alterar el transcurso de las intervenciones, procurando la resolución a tiempo de problemas que puedan perjudicar la salud del paciente. Debe ser capaz de trabajar bajo grandes niveles de incertidumbre, elaborando planes, tomando decisiones y contando con la capacidad de trabajar en equipo.

Algunas de las características inherentes a esta profesión son: buena instrucción académica, respeto al prójimo, autocontrol emocional, empatía, conducta ética, capacidad de adaptarse a las normativas de cada lugar de trabajo, habilidad para trabajar en equipo y bajo presión, concentración, habilidades manuales y organizativas.

Competencias del Instrumentador Quirúrgico

Como lo indica Asociación Colombiana de Instrumentadores Quirúrgicos Profesionales et al. (s/f)⁷, las competencias del Instrumentador Quirúrgico se pueden dividir en transversales y específicas.

Competencias profesionales transversales

Son aquellas competencias profesionales comunes a distintas ocupaciones.

. *Gestión*: Administrar recursos humanos, físicos y financieros. Comprender las necesidades inherentes de cada proceso y cubrir requerimientos de los mismos. Liderar empresas o servicios, contar con conocimientos de herramientas estadísticas, tecnológicas y de finanzas que le permitan gestionar, crear proyectos y licitaciones, desarrollar estudios, tomar decisiones que favorezcan la gestión, elaborar planes de desarrollo, evaluando y detectando fallas o desvíos en los procesos y aplicando los cambios necesarios para resolverlos.

⁷ ASOC. COLOMBIANA DE INSTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS PROFESIONALES [ACITEQ], ASOC. COLOMBIANA DE FACULTADES DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA [ACFIQ] y COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA [COLDINSQUI]. (s/f). *Perfil y Competencias del Profesional en Instrumentación Quirúrgica en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Instrumentaci%C3%B3n_Quir%C3%BArgica_Octubre2014.pdf> [Consulta: 22 de mayo de 2022]

. *Investigación:* Trabajar en conjunto con profesionales de diversas áreas en la detección y resolución de problemas. Ser capaz de reconocer fuentes de información científica confiables y utilizarlas para mejorar los procesos de producción de la salud y responder a las necesidades que se vayan identificando. Emplear el método científico para el desarrollo de estudios investigativos, tomando registro de los resultados obtenidos y publicándolos una vez finalizada la investigación, brindando así aportes a su profesión y área de desempeño.

. *Docencia:* Brindar servicios de educación en salud, tanto a individuos como a comunidades, recurriendo a las herramientas pedagógicas obtenidas durante su formación profesional, brindando propuestas académicas estructuradas. Desarrollar programas de prevención y promoción de la salud y hace frente a contingencias en temas sanitarios.

. *Trabajo en equipo:* Contar con la capacidad de trabajar en equipo, siendo capaz de comunicar con claridad y escuchar, respetando y valorando las diferencias y entendiendo que gracias a ellas se produce un enriquecimiento. Liderar procesos y coordinar los recursos humanos en la realización de actividades, trabajando en sintonía con los demás miembros del grupo con el objetivo de alcanzar una meta común.

. *Comunicación:* Contar con la capacidad de expresarse en forma clara y concisa, siendo siempre respetuoso y coherente. Aplicar el lenguaje técnico científico cuando sea preciso, comunicándose de manera efectiva con otros profesionales de la salud y con individuos en general. Escribir documentos vinculados a su área de desempeño en el cuidado de la salud, como guías para el manejo de aparatología, realización de procesos, entre otros.

Competencias profesionales específicas

Son aquellas competencias profesionales específicas que se desarrollan en la profesión del Instrumentador Quirúrgico, ya que se vinculan con aspectos técnicos inherentes de la ocupación.

. *Promoción de la salud:* Identificar enfermedades evitables, patologías crónicas potencialmente quirúrgicas y problemas comunitarios, ayudar en la implementación de planes y programas de salud que respondan a esas necesidades. Hacer uso de las tecnologías y habilidades comunicacionales para la promoción de la salud, promover el cuidado personal basado en políticas públicas que incentivan los hábitos higiénicos, el manejo correcto de residuos, etcétera.

. *Prevención de la salud*: Desempeñarse con autonomía en el equipo de salud, actuando en forma ética y responsable en la toma de decisiones y en el trabajo en equipo. Cumplir normas y protocolos establecidos para el desarrollo de las actividades de mantenimiento, conservación y desarrollo de la salud.

Conservar la asepsia y antisepsia en todas las etapas de acto quirúrgico. Participar en comités de infecciones, paritarios de salud ocupacional, de calidad y seguridad del paciente, de emergencia y desastres.

Controlar el etiquetado y manejo de muestras patológicas durante las intervenciones quirúrgicas y saber cómo desechar distintos tipos de residuos (patológicos, no patológicos, etcétera). Elaborar guías de manejo para distintas especialidades.

Utilizar listas de verificación de insumos e instrumental quirúrgico, siguiendo los lineamientos de cada institución. Ser capaz de identificar la condición de esterilidad de dispositivos médicos, tanto nuevos como reutilizados y determinar si es conveniente su utilización.

. *Diagnóstico*: Identificar potenciales riesgos durante el desarrollo de la instrumentación quirúrgica, identificar situaciones que puedan favorecer o perjudicar la actividad quirúrgica o de esterilización y tomar decisiones. Comprobar el correcto funcionamiento de la aparatología y las condiciones de los insumos necesarios para el desarrollo de las cirugías.

. *Procesos de instrumentación en el tratamiento*: Participar activamente del acto quirúrgico, priorizando siempre la seguridad del paciente, siguiendo guías y protocolos establecidos. Seleccionar instrumental quirúrgico, equipos, dispositivos e insumos médico quirúrgicos a utilizar en el paciente durante la cirugía y conocer el correcto funcionamiento y uso de los mismos.

Conocer la historia clínica del paciente y ser capaz de prever posibles inconvenientes o dificultades. Realizar los Protocolos Quirúrgicos para evitar perjuicios.

Responder a los protocolos de asepsia, desinfección y esterilización antes, durante y después de la cirugía para el control de infecciones y garantizar el correcto tratamiento. Cumplir y exigir el cumplimiento de las normas bioseguridad.

. *Rehabilitación:* Colaborar en la cura o mejoría del paciente mediante el proceso de Instrumentación Quirúrgica con el objetivo de lograr su rehabilitación y retorno a su rutina habitual.

. *Seguimiento:* Evaluar resultados de procesos para determinar su efectividad o eficacia, conocer y comprender el correcto funcionamiento y mantenimiento de dispositivos de seguridad según indicaciones del fabricante, como así también conocer las técnicas de higiene y prevención para cuidar del paciente y del equipo quirúrgico.

. *Evaluación:* Recurrir a los juicios de valor para determinar los procesos, procedimientos y otras acciones propias de la tarea del Instrumentador Quirúrgico. Comprobar los criterios de evaluación establecidos por normas nacionales e internacionales, entidades de vigilancia y control de calidad sobre procesos llevados a cabo en distintos campos de desempeño.

Prácticas Profesionalizantes

En el presente trabajo se busca analizar el impacto que tuvo la incorporación de estudiantes de la carrera de Instrumentación Quirúrgica a la rutina de un servicio de cirugía de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, es fundamental comprender de qué constan las prácticas profesionalizantes que dichos alumnos realizan, cómo se organizan y cuál es el objetivo de las mismas en su formación.

También es importante comprender que las mismas, en el caso de los estudiantes de Instrumentación Quirúrgica, se lleva a cabo dentro de las salas de cirugía. Por este motivo, y debido a las grandes diferencias que esto tiene con respecto a la formación en el aula, a continuación se brindará detalles en relación al quirófano como ámbito de aprendizaje.

En la República Argentina, la formación terciaria en salud es de carácter teórico-práctico, con una duración de entre 2 y 3 años. Las prácticas profesionalizantes son una parte inherente de la propuesta curricular en la formación técnico-profesional.

Se trata de una aproximación progresiva al campo laboral y promueve la consolidación e integración de las capacidades y saberes propios del perfil profesional, colocando al estudiante ante situaciones y problemáticas propias de la profesión, buscando aunar conocimientos científicos y tecnológicos, y vinculándolos con las habilidades necesarias para hacer posible un posterior desempeño laboral desarrollado con autonomía y responsabilidad.

Como bien lo expresa la Resolución CFE N.º 229/14 del Consejo Federal de Educación: “La adquisición de capacidades para desempeñarse en situaciones sociolaborales concretas sólo es posible si se generan en los procesos educativos actividades formativas de acción y reflexión sobre situaciones reales de trabajo.”⁸

Las mismas deben ser organizadas y coordinadas por la institución educativa, pueden realizarse dentro o fuera de la misma y su carga horaria mínima sea del 60% de la carga horaria total de formación. Se podrán organizar en forma independiente o articulándolas con los espacios curriculares de la tecnicatura.

Su desarrollo puede ser llevado a cabo en centros asistenciales públicos o privados, cuyas actividades brinden experiencias formativas significativas para los estudiantes y les permitan aproximarse mejor a los contextos laborales reales.

El quirófano como ambiente de aprendizaje

El aprendizaje en el ámbito quirúrgico fue evolucionando con el paso del tiempo y, fundamentalmente, adaptándose a los nuevos hallazgos científicos que se fueron desarrollando.

⁸ Argentina. Resolución CFE N.º 229/14, de 8 de septiembre de 2014, Criterios federales para la organización institucional y lineamientos curriculares de la educación técnico profesional de nivel secundario y superior. Consejo Federal de Educación.

En el Siglo XIII, las disecciones anatómicas y las autopsias se realizaban a pedido de familiares de los fallecidos, los cuáles procuraban comprender la causa de la muerte y, así, evitar que les suceda lo mismo. En estos eventos participaban estudiantes aunque en un número reducido (Romero y Huesca et al., 2006, p. 174)⁹.

Como lo explica Valbuena Barrera (2015)¹⁰, en los Siglos XVI y XVII se construyeron los primeros escenarios con el objetivo de facilitar la enseñanza de la anatomía y se realizaban demostraciones teatralizadas, razón por la cual nació la denominación Teatro de Operaciones. Estas prácticas estaban destinadas a un grupo reducido de individuos de la sociedad, los cuales contaban con la posibilidad de abonar el arancel requerido para acceder a las mismas.

Eventualmente, para resolver la necesidad de brindar formación práctica a los cirujanos, estos anfiteatros pasaron a tener funciones educativas, orientadas a la enseñanza de anatomía y diversos procedimientos quirúrgicos. Así surgen los Anfiteatros Quirúrgicos (pp. 25-26).

Como lo cuenta Steimlé en su trabajo *El quirófano, historia, evolución y perspectivas* (2008), hasta el Siglo XIX las intervenciones se practicaron en sillas o mesas de madera y operar pacientes a domicilio era una práctica muy habitual.

Sin embargo, entre 1844 y 1849 hubo un fuerte brote de fiebre puerperal, sobre todo en la ciudad de Viena. El ayudante de cátedra de Obstetricia, Ignacio Semmelweis (1818-1866), notó que aumentaron los casos de muerte por dicha enfermedad en las pacientes intervenidas en las salas a donde concurrían los estudiantes que provenían directamente de la sala de disecciones y que, por el contrario, no sucedía lo mismo en aquellas donde sólo accedían parteras y no ingresaban estudiantes.

⁹ ROMERO Y HUESCA, A., MORENO-ROJAS, J. C., SOTO-MIRANDA, M. A., PONCE-LANDÍN, F. J., HERNÁNDEZ, D. A., y RAMÍREZ-BOLLAS, J. (2006). "La enseñanza de la Medicina en la Universidad de Bolonia en el Renacimiento" en *Revista de Investigación Clínica*, vol. 58, issue 2, p. 170-176. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200010&lng=es&tlng=es> [Consulta: 3 de julio de 2022]

¹⁰ VALBUENA BARRERA, A. (2015). *El quirófano como ambiente de aprendizaje. Sentido y significado otorgado por estudiantes de medicina*. Trabajo final de Maestría en Educación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54428/19288830.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 4 de julio de 2022]

Basándose en esta observación, Semmelweis exigió el lavado de manos a todo aquel que tuviera voluntad de ingresar a la sala y/o tomar contacto directo con las pacientes. Gracias a esta medida, la mortalidad descendió drásticamente del 15% al 1,27%.

Posteriormente y, gracias a los descubrimientos en 1865 de Pasteur en relación a los gérmenes, se comenzaron a tomar mayores medidas preventivas para evitar las infecciones. En 1898 se comenzó por separar el quirófano séptico, donde se permitía el ingreso de 30 estudiantes y la sala aséptica, donde sólo podía ingresar un número reducido de personas.

Además, con el paso del tiempo, se fueron implementando mayores medidas de protección. En un principio, se operaba en cualquier sitio, incluido el hogar del padeciente, luego, en espacios cerrados pero sin la utilización de vestimenta adecuada ni con el tratamiento y limpieza debido de los campos e instrumental quirúrgicos. Los cirujanos no utilizaban guantes y operaban con la ropa de calle.

En Estrasburgo, el Doctor Koerberlé, reconocido por sus cirugías ginecológicas, solicitaba que el instrumental se lavara con agua hervida y se pasara por alcohol, como así también decidió que los campos quirúrgicos, compresas y telas utilizadas en las intervenciones fueran hervidos o tratados con carbonato de sal. Todos, tanto cirujanos como ayudantes, debían tener las uñas prolijamente cortadas y limpias, y se lavaban las manos numerosas veces durante las intervenciones.

Estas prácticas, entre 1861 y 1869, dieron como resultado que de 125 mujeres operadas, el 73% sanó, lo cual era una cifra notoria para la época (pp. 44-45).

En base al aumento de los conocimientos relacionados a la antisepsia, los espacios donde se realizaban las prácticas quirúrgicas fueron evolucionando y transformándose en áreas cerradas con acceso restringido. Muchas veces, los estudiantes podían visualizar en forma directa los procedimientos desde galerías externas, sin afectar la asepsia del quirófano.

Sin embargo, a finales del Siglo XX y, a medida que avanzaron las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), estas prácticas fueron reemplazadas por la utilización de grabadoras de video y, posteriormente, la transmisión en vivo de las intervenciones, facilitando de este modo el aprendizaje por parte de los estudiantes del área de la salud.

Como lo expresa el Doctor Ongay (2013)¹¹, el quirófano admite un número limitado de personas, ya que una concurrencia masiva puede atentar contra la asepsia, la correcta comunicación y la concentración del equipo. Además, sugiere la incorporación de un sistema cerrado de audio y video, los cuales podrían favorecer la tarea docente, como así también brindar la posibilidad de documentar y analizar a posterior el procedimiento quirúrgico realizado (p. 46).

Por otro lado, se debe tener en cuenta el rol del docente dentro de la sala de cirugía. Durante los procedimientos quirúrgicos, el médico cirujano se plantea la disyuntiva entre abocarse a enseñar al alumno o brindar la totalidad de su atención al paciente.

El docente universitario cumple un doble rol y requiere una doble profesionalización. Por un lado ejerce su profesión, para la cuál estudió y se formó y, 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.” (Abal de Hevia, 2007)¹².

No se debe olvidar que el docente cuenta además con la presión permanente de ser el responsable directo del paciente. Se podría creer que al momento de actuar, el médico

¹¹ ONGAY, G. J. (2013). *¿Docente o Cirujano? Tensiones en la docencia de cirugía en el Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UBA*. Tesina. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. <http://www.fvet.uba.ar/fcvanterior/postgrado/tesinas-2018/tesina_proyecto_gabriel_ongay%20.pdf> [Consulta: 5 de julio de 2022]

¹² ABAL DE HEVIA, I. (2007). “Dos décadas en la formación docente del docente universitario” en *Infovet*, vol. 96, p. 9-12. <http://www.fvet.uba.ar/fcvanterior/publicaciones/infovet/infovet_96.pdf> [Consulta: 10 de julio de 2022]

priorizará su rol de cirujano antes que el de docente o, al menos, se presentará dicha ambigüedad.

Asimismo, se debe tener en cuenta que en la sala de cirugía posiblemente convergen otros docentes y estudiantes como así también profesionales de otras disciplinas, como anesthesiólogos, instrumentadores quirúrgicos, enfermeros, etcétera, cada uno de ellos con distintos niveles de conocimientos y habilidades.

Considerando que el quirófano es un espacio reducido, tal cantidad de concurrentes puede provocar tensión y dificultades en la circulación y la comunicación. El estrés provocado por estas circunstancias, sumadas a las mencionadas anteriormente, pueden derivar en que el alumno, simplemente por encontrarse jerárquicamente por debajo del resto, pase a convertirse en un mero observador, al margen de la situación.

Como lo plantea el Doctor Arribalzaga (2009), Cirujano Torácico del Hospital de Clínicas José de San Martín, “La posibilidad de aprender está relacionada con la capacidad de retener contenidos y puede ser dificultada al estar “bloqueada” por el estrés [...]” (p. 39)¹³.

El rol del instructor en las prácticas profesionalizantes

Como se expuso anteriormente, las prácticas profesionalizantes de la carrera de Instrumentación Quirúrgica se llevan a cabo en quirófanos pertenecientes a centros asistenciales públicos o privados y deben ser organizadas y coordinadas por la institución educativa.

Al momento de realizar las mismas, los estudiantes suelen estar acompañados por uno o más tutores o, como se los denomina habitualmente, instructores. Sin embargo, existen ocasiones en las cuales sólo se encuentran supervisados por personal de salud perteneciente al centro

¹³ ARRIBALZAGA, E. B. (2009). “El estrés en la práctica quirúrgica” en *Rev Argent Resident Cirug*, vol. 14, issue 1, p. 37-40. <https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Arribalzaga-2/publication/281296145_El_estres_en_la_practica_quirurgica/links/55e0d00a08ae2fac471cd568/El-estres-en-la-practica-quirurgica.pdf> [Consulta: 5 de julio de 2022]

sanitario en cuestión. Esta diferencia radica principalmente en las disposiciones de cada centro de salud y la respectiva institución educativa.

En el presente trabajo se busca analizar el impacto que tuvo en el clima y la motivación laboral del personal de salud de un determinado servicio la repentina incorporación de un grupo de estudiantes para la realización de sus prácticas. En este caso particular, los mismos no se encuentran acompañados por tutores, sino que la responsabilidad de su formación y acompañamiento recae exclusivamente en el personal de quirófano de dicho servicio.

Para comprender en profundidad el impacto que este acontecimiento puede tener en la rutina de los profesionales involucrados, debemos conocer cuál es la función y la importancia del instructor en el proceso de las prácticas formativas.

La Real Academia Española (s/f), entre sus diferentes acepciones, define el término *tutor* como “Persona encargada de orientar a los alumnos en una asignatura, un curso, una práctica o un trabajo de investigación”¹⁴.

Zabalza Beraza y Cid Sabucedo (2006) brindan una definición de *tutor* mucho amplia y enriquecedora:

[...] es el profesor/a que guía el desarrollo personal y la formación del estudiante; el tutor es la persona fuerte y experimentada que defiende al tutorando de la novedad y las incertidumbres del inicio de cualquier proceso académico y/o profesional; es el profesional técnicamente competente que es capaz de guiarlo/a por los vericuetos del ejercicio profesional al que el tutorando se incorpora como estudiante en prácticas; y es la persona prudente y amiga que, llegado el caso, sabrá también defenderlo de las presiones y conflictos a los que su propia inexperiencia le podría conducir con excesiva facilidad (p. 249)¹⁵.

Se puede concluir entonces que el rol del tutor es de fundamental importancia en el acompañamiento del estudiante en esta etapa de su formación profesional. En el caso particular de las prácticas de la carrera de Instrumentación Quirúrgica, el tutor instruye y

¹⁴ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es/tutor>> [Consulta: 16 de julio de 2022].

¹⁵ ZABALZA BERAZA, M. A. y CID SABUCEDO, A. (2006). “La tutoría en la universidad desde el punto de vista del profesorado” en *Bordón Revista de Pedagogía*, vol. 58, issue 2, p. 249. <<https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/39618/22342>> [Consulta: 16 de julio de 2022]

orienta, ayudando a aplicar en situaciones reales aquellos conocimientos adquiridos en la teoría.

Acompaña al estudiante en su inserción en el ámbito hospitalario y, puntualmente, en el quirófano, un sitio por demás desconocido y alejado de todo aquello que conocen quienes que no pertenecen a dicho entorno.

El quirófano puede resultar un ambiente muy hostil, donde se viven momentos de mucha tensión y puede ser difícil el proceso de adaptación de los individuos que recién comienzan a realizar sus prácticas en el área de la salud. El acompañamiento de alguien experimentado, como un buen instructor, es muy reconfortante y tranquilizador.

El mismo acompaña al alumno, enseñándole, aconsejándolo como así también evaluando su desempeño constantemente, siempre buscando lograr una mejoría y un crecimiento en el desarrollo de sus destrezas y habilidades como técnico en formación. Brinda orientación y guía, tanto en aspectos profesionales como personales, aconsejando y otorgando apoyo.

Por este motivo, el tutor debería ser una persona preparada para dicho fin, con conocimientos sobre el tema, habilidades, destrezas, valores y actitudes requeridos para el ejercicio de la profesión como Instrumentador Quirúrgico, como así también para el ejercicio del rol de mentor.

Sin embargo, a pesar de que este panorama sería el ideal, no siempre sucede de este modo. Muchas veces, quienes acompañan y evalúan a los estudiantes no son personas preparadas para dicho fin sino simplemente profesionales sanitarios sin ningún tipo de estudio relacionado al área de la pedagogía.

Clima Organizacional

Para poder analizar el impacto que un acontecimiento tiene en el clima laboral de un servicio de cirugía, primero debemos comprender qué es el Clima Laboral y qué efecto tiene sobre los individuos que conforman la organización, sus vínculos, su desempeño, entre otros.

El Clima Organizacional (CO), como también se conoce al Clima Laboral, fue introducido por primera vez por Saul W. Gellerman (1960) en el campo de la psicología industrial y organizacional como el “carácter de una compañía”.

Constituye la personalidad de una empresa y tiene gran influencia en el comportamiento de los trabajadores, la gestión, los procesos de cambio e innovación y la calidad de atención y de los productos o servicios brindados. Además, al tratarse de una dimensión de la calidad de vida laboral, tiene gran influencia sobre la productividad, el desarrollo y la satisfacción personal de los empleados.

Podemos encontrar otras definiciones de diversos autores:

Lewin (1951)¹⁶ determinaba que el comportamiento de un individuo en su ámbito de trabajo depende, no sólo de sus características personales (motivación, satisfacción, actitudes), sino también de la forma en que percibe su clima de trabajo y los componentes de la organización.

Chiavenato (1990)¹⁷, en cambio, considera que el clima organizacional se trata de una propiedad del ambiente organizacional, que es percibida por los integrantes de la organización e influye en su comportamiento, dejando en evidencia el gran vínculo que existe entre el ambiente y cómo este condiciona las actitudes, comportamientos, desempeño laboral y productividad de los trabajadores.

Además, plantea que el clima organizacional y la motivación de los individuos se influyen mutuamente, creando una retroalimentación entre el estado anímico de los trabajadores y el clima laboral. Existe una relación proporcional entre ambos, es decir, si hay un clima organizacional alto, se potencian las relaciones de satisfacción, animación, interés y colaboración entre compañeros de trabajo. Caso contrario, si la motivación es baja, el clima organizacional tiende a bajar también.

Litwin y Stringer (1968)¹⁸ propusieron que el clima organizacional está conformado por nueve componentes: la responsabilidad o autonomía en la toma de decisiones, la estructura, la recompensa, el desafío de las metas, estándares de productividad, manejo de conflictos, las relaciones y cooperación entre sus miembros y la identificación con la institución.

¹⁶ LEWIN, K. (1951). *La teoría del campo en la ciencia social*. New York: Editorial Harper and Row.

¹⁷ CHIAVENATO, I. (1990). *Administración de Recursos Humanos*. Bogotá: Editorial Mc Graw Hill.

¹⁸ LITWIN, G. H. y STRINGER, R. A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard University Press.

Likert y Gibson (1986)¹⁹ utilizaban el término *clima organizacional* para describir la estructura psicológica de las organizaciones, entendiéndose como la sensación, personalidad o carácter del ambiente de trabajo. La consideraban como una cualidad duradera a lo largo del tiempo y que es experimentada por sus miembros, influyendo en su comportamiento.

Por su parte, Rensis Likert, educador, investigador y psicólogo estadounidense, desarrolló la Teoría del Clima Organizacional y la Teoría de la Percepción, partiendo de su idea de que la percepción que el trabajador tiene respecto de las estructuras y procesos de la organización, es un elemento fundamental.

Según lo explica Peña Rivas (2017)²⁰, Likert no consideraba que el comportamiento del empleado fuese consecuencia de los factores organizacionales existentes sino que se vincula, y está condicionado, por su percepción de los mismos, la cual es subjetiva. Estos comportamientos tienen inferencia directa en la organización y su clima (p. 30).

Teniendo en cuenta que el clima laboral puede influir sobre la satisfacción, la conducta, el desempeño y la productividad de los empleados, podemos concluir que su mejoría es fundamental en aquellas organizaciones que buscan mejorar el ambiente de trabajo, ya que este último influye directamente sobre la conducta de los individuos.

No conocer y monitorear el clima laboral puede tener resultados devastadores, ya que si el mismo no es favorable, tiene consecuencias que se reflejan en la rotación del personal, en las relaciones interpersonales, en los estilos de dirección, en la participación en la toma de decisiones, la forma en que se tratan los conflictos y solucionan los problemas, etcétera.

Sin lugar a dudas, estos aspectos desfavorables repercuten negativamente en la organización, ya que se ven afectados su desarrollo, la producción, el crecimiento, la calidad de los servicios brindados, entre otros.

Además, los individuos hoy en día no trabajan únicamente para satisfacer sus necesidades económicas sino que también buscan crecimiento personal y profesional. Trabajar en un entorno agradable produce bienestar en los trabajadores, favoreciendo así su desempeño.

¹⁹ LIKERT, R. y GIBSON, J. (1986). *Nuevas Formas para Solucionar Conflictos*. Editorial Trillas.

²⁰ PEÑA RIVAS, H. C. (2017). *Construcción personalista del ambiente laboral como escenario de la productividad empresarial*. La Libertad: Editorial UPSE.
<<https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/4944/9789942776075.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 21 de mayo de 2022]

Sin embargo, cabe aclarar que cuando se hace referencia al entorno, no se refiere únicamente a la infraestructura, el mobiliario y la iluminación, sino también a aquellos aspectos que benefician los vínculos interpersonales entre compañeros y el clima organizacional.

Calidad de Vida Profesional

Dentro de los aspectos inherentes al Clima Organizacional, encontramos la Calidad de Vida Profesional (CVP). Este término, según García Sánchez (1993)²¹, se define como una experiencia de bienestar que deriva del equilibrio entre lo que el individuo percibe como demandas o carga de trabajo y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) con los que cuenta para hacerles frente.

Alonso Fernández et al. (2002)²² explican que la CVP depende de diversos factores como la edad, género, estado civil, personalidad, los cuales son de índole personal o familiar, como así también de factores de índole laboral, como la retribución, la carrera profesional, entre otros.

Estos últimos son inherentes a la organización y podrán modificarse sólo si se producen cambios estructurales. Por último, menciona otros factores relacionados al reconocimiento profesional, las condiciones de trabajo, el estilo de dirección, etcétera (p. 484).

En conclusión, como lo indican Alonso Fernández et al. (2002):

[...] en la calidad de vida profesional se valora el grado de equilibrio que un profesional percibe entre las características de su trabajo y los propios deseos y expectativas. Estas últimas tienen un carácter dinámico y cualquier modificación en las mismas repercute en la satisfacción [...] (pp. 488-489).

Como lo expresan Quintana Zavala et al. (2016)²³, es posible que creamos que la calidad de vida del personal de salud debería ser excelente, dado que cuentan con los conocimientos y medios necesarios para evitar los riesgos y poder cuidarse debidamente. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que dentro del grupo de profesionales de la salud, existen múltiples problemáticas (p. 2).

²¹ GARCÍA SÁNCHEZ, S. (1993). "La qualitat de vida profesional com a avantatge competitiu" en *Revista de Qualitat*, vol. 11, p. 4-9.

²² ALONSO FERNÁNDEZ, M.; IGLESIAS CARBAJO, A. I. y FRANCO VIDAL, A. (2002). "Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias" en *Atención Primaria*, vol. 30, issue 8, p. 483-489. <[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79084-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79084-7)> [Consulta: 22 de mayo de 2022]

²³ QUINTANA ZAVALA, M. O., PARAVIC KLINJ, T. y SAENZ CARRILLO, K. L. (2016). "Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud" en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 24, p. 1-8. <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713>> [Consulta: 25 de mayo de 2022]

Además, no debemos olvidar que el personal sanitario suele estar sometido a altos niveles de estrés, lo cual puede derivar en insatisfacción. Los profesionales en los países desarrollados, en lo que respecta a sus trabajos y el equilibrio entre su vida laboral y los aspectos personales (familia, cultura, deporte, etcétera), tienen expectativas cada vez más altas (Cabezas Peña, 1998)²⁴.

Sin embargo, en países en vía de desarrollo, como Argentina, los profesionales luchan constantemente contra un sistema de salud que desvaloriza al personal sanitario y pelean permanentemente por mantener un salario digno (Albanesi de Nasetta, 2011, p. 10)²⁵.

Motivación

La motivación es un aspecto sumamente relevante en lo que respecta al bienestar de los trabajadores. Conocer cuáles son los intereses que tienen los empleados, facilita la tarea de determinar cómo motivarlos para que continúen trabajando con entusiasmo y compromiso.

Pero, ¿qué es la motivación? El *motivo*, según la Real Academia Española, es aquella “causa o razón que mueve para algo”²⁶. Es decir, se puede interpretar como lo que impulsa a una persona a actuar de determinada manera o que da inicio a una tendencia o comportamiento en particular.

Los psicólogos definen la *motivación* como una necesidad o deseo que activa y dirige nuestro comportamiento y nuestra conducta hacia el alcance de una meta. Para ello se requiere, además de la motivación misma, un objetivo claro y energía canalizada, durante un periodo indeterminado, para alcanzarlo²⁷.

Sin embargo, si nos remontamos en el tiempo, podemos comprender que no siempre se tuvo el mismo concepto de motivación laboral que conocemos hoy en día. Durante

²⁴ CABEZAS PEÑA, C. (1998). “Síndrome de desgaste profesional laboral y calidad de vida profesional” en *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 5, issue 8, p. 491-492.

²⁵ ALBANESI DE NASETTA, S. y NASETTA, P. M. (2011). “Calidad de vida profesional en médicos en Cuyo” en *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 16, issue 4, p. 387-395. <https://www.alcmeon.com.ar/16/64/07_albanesi.pdf> [Consulta: 29 de mayo de 2022]

²⁶ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es/motivo>> [Consulta: 20 de julio de 2022].

²⁷ UNIVERSIDAD DE ALICANTE. (2012). *Tema 7: La Motivación*. [Diapositiva de PowerPoint]. Repositorio de material Licenciatura de Humanidades. <<https://www.yumpu.com/es/document/view/4525812/tema-7la-motivacionpdf-rua-universidad-de-alicante>> [Consulta: 21 de julio de 2022]

el Siglo XIX (1801-1900) comenzó el fenómeno de la industrialización, acontecimiento de fundamental importancia en la historia de la humanidad.

En ese entonces, el trabajador era conocido como *obrero* y el concepto que se tenía de ellos era muy bajo. Los mismos no eran vistos como seres sintientes, con necesidades y aspiraciones, sino como una fuerza de trabajo reemplazable y económica. El ser humano se consideraba como una parte más de las máquinas de las que hacían uso, una extensión.

Las condiciones laborales por aquel entonces eran deplorables, con largas jornadas de trabajo (hasta 14 o 16 horas diarias), salarios insignificantes, ningún tipo de seguro de salud ni aporte jubilatorio.

La ganancia se basaba en la producción, es decir, cuánto más se producía, más se ganaba. Esto conducía a que los trabajadores, ante la necesidad de subsistencia, se sometieran a extenuantes y prolongadas jornadas de trabajo con el objetivo de aumentar su ganancia.

Se consideraba que la mayor motivación del empleado se vinculaba con la necesidad económica.

Con el paso del tiempo y desde la perspectiva organizacional, se comenzó a comprender la importancia que tienen las necesidades, sentimientos y expectativas de los trabajadores, y cómo estos aspectos tienen influencia directa sobre su desempeño laboral y comportamiento en el trabajo, variables de fundamental importancia para el crecimiento de una organización.

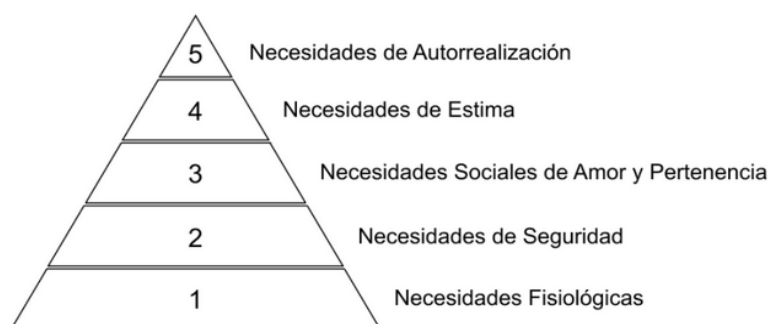
Empezó a comprenderse que el trabajador no es un obrero sino un colaborador de la organización y cuya motivación no se limita únicamente al factor económico, como lo es el salario, sino que tiene ansias de crecimiento, superación, reconocimiento, entre otros.

Además, sus intereses no se limitan exclusivamente a los aspectos laborales sino también a cuestiones de índole personal, como la familia, el ocio, el deporte, etcétera. Buscar el equilibrio entre la vida laboral y la personal se volvió de fundamental importancia (Osorio Marín et al., 2016)²⁸.

²⁸ OSORIO MARÍN, K., ARANGO RUIZ, A. y ACOSTA HENAO, E. (2016). "La motivación como un factor clave de éxito en las organizaciones modernas" en *Colección Académica de Ciencias Sociales*, vol. 3, issue 3, pp. 25-26. <<https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/4484>> [Consulta: 21 de julio de 2022]

Abraham Maslow, famoso psicólogo estadounidense, desarrolló en su libro *Motivación y Personalidad* (1954)²⁹, la Jerarquía de las Necesidades Básicas. En la misma se plantea un esquema piramidal con diversos niveles, cada uno correspondiente a una necesidad y que se organizan, partiendo de su base, de mayor a menor importancia.

*Jerarquía de las Necesidades Básicas
según la Pirámide de Maslow*



Fuente: MASLOW, A. (1943). Una teoría sobre la motivación humana.

A medida que se satisfacen las necesidades de un determinado nivel, que pueden dominar por completo el organismo, toman protagonismo las necesidades correspondientes al próximo y así sucesivamente.

En la base de la pirámide, encontramos las *Necesidades Fisiológicas*, que son las más preponderantes ya que, si todas las necesidades están insatisfechas, estas dominarán el organismo y las restantes pasarán a ser inexistentes o de última prioridad. Por ejemplo, si un individuo sufre hambre, será menester suplir esta carencia por sobre el apremio por cubrir la carencia de seguridad, amor y estima, las cuales se encuentran en un segundo plano.

Todas las capacidades están enteramente orientadas a satisfacer el hambre y, aquellas capacidades que no sirvan a este fin, serán relegadas. Por ejemplo: deseo de ejercer la escritura o de adquirir objetos materiales, etcétera.

²⁹ MASLOW, ABRAHAM, H. (1954). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, surgen las *Necesidades de Seguridad*, que influyen en aspectos como la estabilidad, la dependencia, la protección, la ausencia de miedo, ansiedad y caos, la necesidad de una estructura, de orden, de ley y de límites, etcétera.

El organismo puede estar completamente dominado por las necesidades de seguridad y, en tal caso, orientará todas sus capacidades a la satisfacción de las mismas, ya que, en esta instancia, nada le parecerá más importante que la seguridad y la protección.

Cuando los niveles anteriores se encuentran cubiertos, surgen las *Necesidades Sociales de Amor y Pertenencia*. En esta instancia también se repite el ciclo ya descrito, en el cual la necesidad de amor, afecto y sentido de pertenencia se vuelven centrales en la vida del individuo. Si se encuentran insatisfechos, la persona necesitará vincularse con otra gente, como amigos y familiares, ya que sentirá fuertemente su ausencia.

Las *Necesidades de Estima* aparecen como el deseo o necesidad de autorespeto o autoestima, como así también de la estima por parte del otro. La satisfacción de estas genera un sentimiento de confianza, la persona se siente valiosa y con fuerza, con capacidad y suficiencia, se considera útil y necesaria para el mundo. Caso contrario, puede sentirse inferior, débil y desamparada, incluso estos sentimientos pueden dar lugar a desánimos elementales o a tendencias neuróticas o compensatorias, como lo expone Maslow en su libro.

Por último, encontramos las *Necesidades de Autorrealización*. Incluso cuando todas las necesidades están satisfechas, a veces pueden surgir nuevos descontentos o inquietudes. Puede que estén exentas de esto aquellas personas que hagan lo que están capacitadas individualmente para hacer, por ejemplo, un cantante que canta, un escritor que escribe, etcétera.

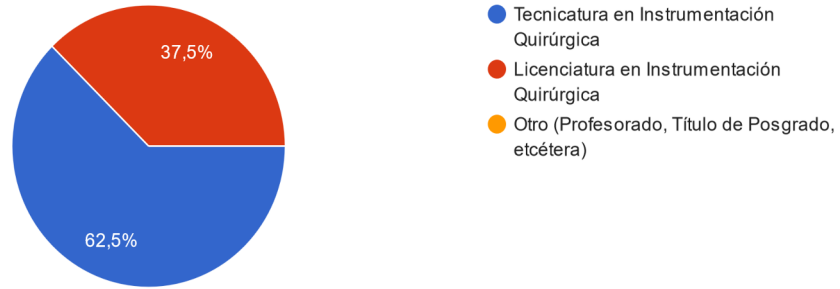
Podemos denominar la *autorrealización* como el deseo de la persona por la autosatisfacción, la tendencia a ser todo lo que es capaz de llegar a ser. Por supuesto, esto depende de cada individuo, ya que las preferencias son subjetivas y varían de una persona a otra. Por ejemplo, alguien puede tener deseo de ser un médico exitoso mientras que otro sueña con ser artista o chef.

Sin embargo y, pese a las diferencias, existe un factor en común entre las distintas necesidades de autorrealización y consiste en que su aparición surge luego de que fueron satisfechas las necesidades de los niveles anteriores.

Resultados de la Encuesta

Mayor nivel de estudios alcanzados:

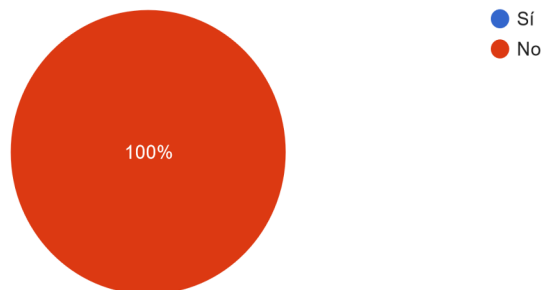
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

¿Posee usted formación docente?

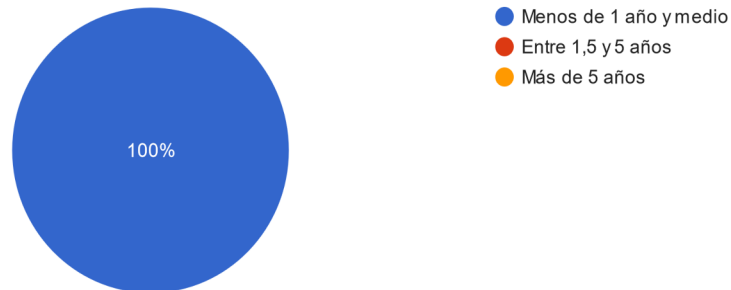
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

En general, ¿hace cuántos años trabaja con alumnos?

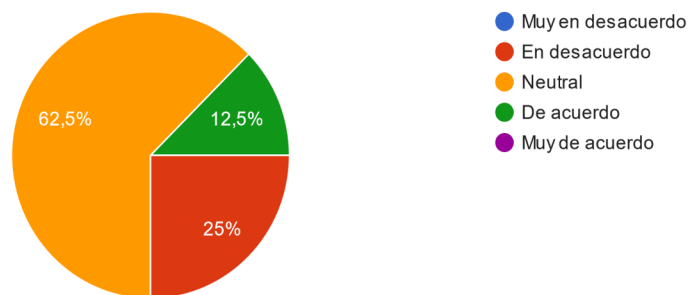
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Goole Surveys, Sept. del 2022.

Siente que su motivación laboral disminuyó tras el ingreso de los alumnos:

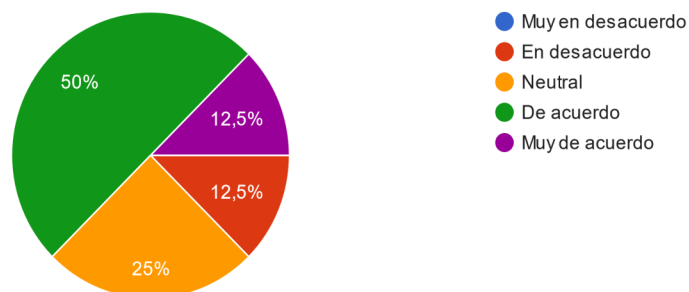
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Goole Surveys, Sept. del 2022.

El clima de trabajo se vio afectado negativamente tras el ingreso de los alumnos:

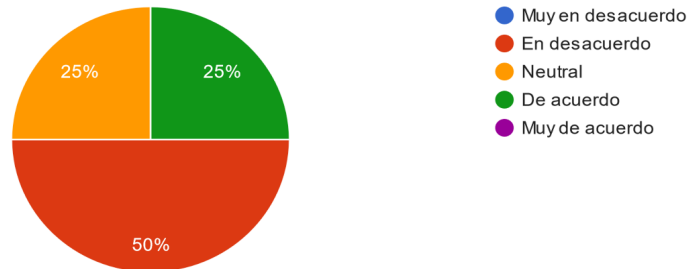
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Goole Surveys, Sept. del 2022.

La presencia de los alumnos en el acto quirúrgico tiene un impacto positivo en el desarrollo del mismo:

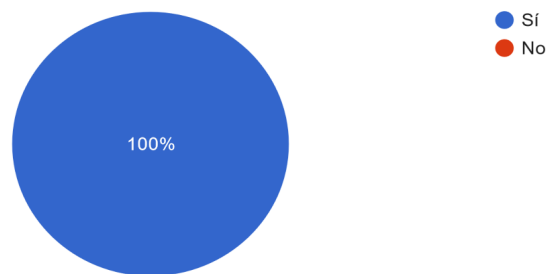
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

¿Considera que la responsabilidad que conlleva supervisar a los alumnos representa una carga extra de trabajo para usted?

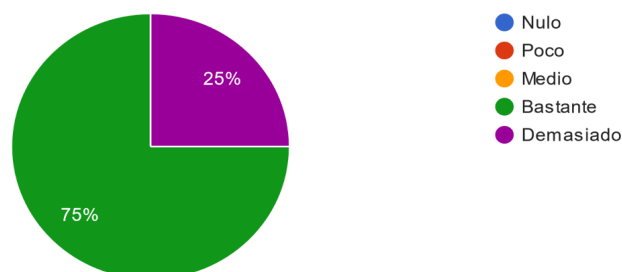
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

En caso de haber respondido la pregunta anterior en forma afirmativa, ¿cómo considera que es el peso de esa carga?

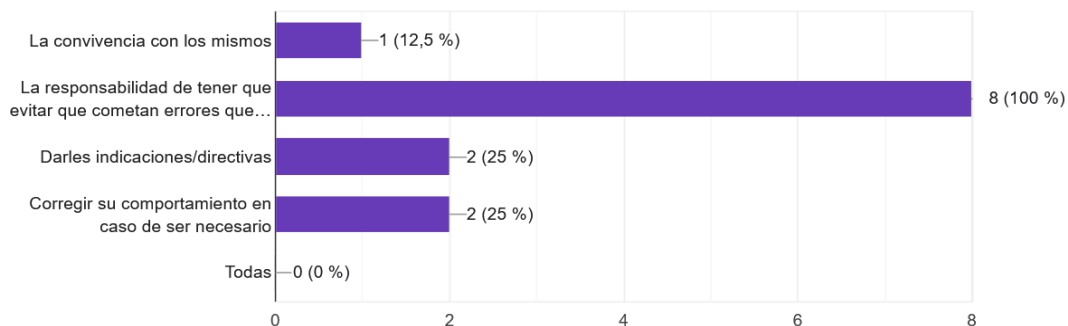
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

¿Cuál o cuáles aspectos le resultan más **difíciles** en lo que respecta a los estudiantes?

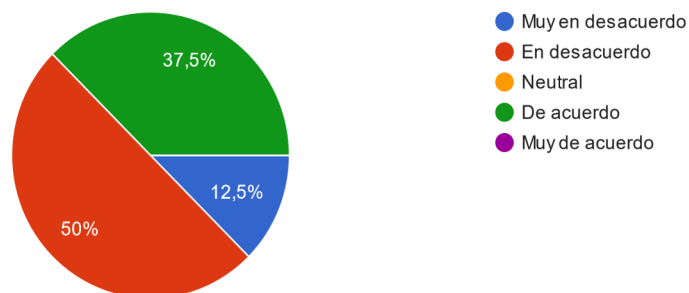
8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Le gusta y le resulta cómodo el rol de tutor/docente de los alumnos:

8 respuestas



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

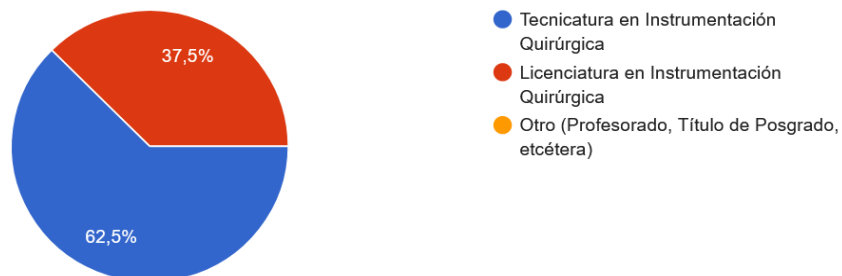
Análisis de los datos obtenidos

Se aplicó un cuestionario con el objetivo de analizar las distintas variables concernientes al ingreso de los alumnos al Servicio de Obstetricia de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. El mismo fue desarrollado a través de la plataforma Google Forms para posteriormente ser distribuido durante la primera semana del mes de septiembre del año 2022.

Para responder dicha encuesta se seleccionó una muestra integrada por un grupo de ocho mujeres profesionales tituladas en Instrumentación Quirúrgica y cuyas edades se comprenden entre los 25 y 35 años.

Las mismas forman parte de un reducido número de profesionales que conforman un servicio de quirófano de guardia que trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año. Las jóvenes mencionadas están repartidas en cinco turnos: Turno Mañana, Tarde, Noche "A", Noche "B" y SADOFE (Sábados, Domingos y Feriados) y colaboran en la realización de procedimientos vinculados a la Obstetricia, como son: partos, cesáreas, cerclajes y legrados.

Dentro del grupo de encuestadas, el 37,5% manifestó ser Licenciadas en Instrumentación Quirúrgica mientras que el 62,5% restante finalizó únicamente su educación de nivel terciario. Ninguna de ellas obtuvo un título superior, como ser: Profesorado, Título de Posgrado, etcétera.



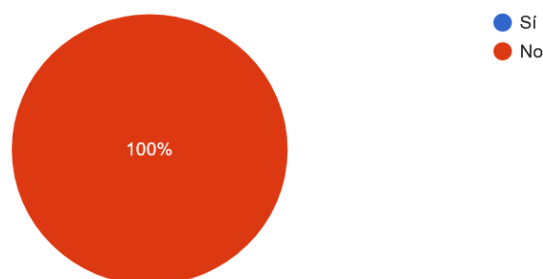
Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Como se mencionó anteriormente, las carreras terciarias en Instrumentación Quirúrgica no incluyen en sus planes materias vinculadas a la pedagogía. En general, los planes de estudio se constituyen de materias teóricas y prácticas relacionadas con el quehacer propio del instrumentador, como así también materias propias del ámbito de la salud, como Anatomía, Biología, etcétera. Por último, materias de conocimiento general como Bioética, Informática, Inglés, entre otras.

Recién al momento de realizar los estudios superiores de grado, algunas instituciones tienen una materia, generalmente denominada “Didáctica de la Enseñanza”, que brinda un escueto acercamiento a la pedagogía. Sin embargo, para ejercer como docentes, se debe realizar un ciclo de Especialización en Docencia Universitaria, para lo cual es requisito contar con un título de grado.

En lo que respecta a los alumnos, se debe considerar que, puntualmente en el Servicio de Obstetricia y por disposición del establecimiento sanitario, los mismos no cuentan con la tutela de docentes pertenecientes a la institución educativa donde realizan su formación, la cual es privada y ajena al hospital.

Por este motivo, las instrumentadoras quirúrgicas son las únicas encargadas de llevar a cabo su supervisión, labor que resultaría más fácil si las mismas contaras con algún tipo de estudio relacionado con pedagogía. Sin embargo, al momento de responder en el cuestionario la pregunta “¿Posee usted formación docente?”, el 100% de ellas manifestó que no.



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

En el ámbito de la salud y, particularmente en el área de la Instrumentación Quirúrgica, es muy común recibir formación y orientación por parte de profesionales que no cuentan con estudios pedagógicos que respalden el ejercicio de la docencia. Se trata de instrumentadores quirúrgicos que enseñan valiéndose simplemente de su experiencia en el trabajo y que en pocas ocasiones se preocupan por recibir algún tipo de formación adicional.

Priorizar la experiencia y los conocimientos especializados (experticia), sin tener en cuenta si la persona cuenta con herramientas necesarias para saber cómo transmitir los conocimientos adecuadamente, puede perjudicar el desempeño y la forma en que se interactúa con el estudiante.

La etapa formativa puede resultar muy atemorizante cuando de las prácticas se trata. Es una transición difícil, en la cual los jóvenes tienden a cometer errores involuntarios, parte casi inevitable de cualquier proceso de aprendizaje. Por este motivo, “se hace necesario que el acompañamiento de la práctica sea dirigido por un profesional en instrumentación quirúrgica con una formación pedagógica titulada, que le permita aportar al desarrollo y formación del futuro profesional de manera ética, humana e integral.” (Vargas Pedraza, 2018, p. 21).³⁰

Además, los constantes avances en la actualidad demandan, por parte de los tutores, una sólida formación en pedagogía, tener amplia experiencia en su área de desempeño, contar con habilidades comunicativas, saber cómo promover el aprendizaje entre los alumnos, identificar los distintos tipos de estudiantes, sus expectativas, nivel de conocimiento, intereses, dificultades, etcétera. Su labor va más allá del mero acto de transmitir conocimientos.

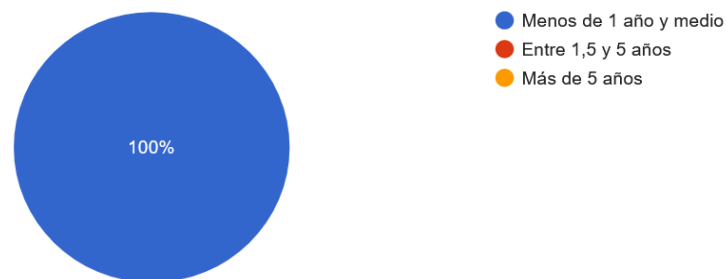
Se busca que el docente produzca conocimiento e impacte en el entorno –ámbito social de su desempeño–. Ello ha llevado a que el docente del siglo XXI deba desempeñar unos roles complejos: no solo transmitir conocimientos sino intentar generarlos, mediante la investigación, y, lo que es más difícil todavía, suscitar en los alumnos el aprendizaje autónomo, modificando su papel de dispensador de conocimiento a mediador o facilitador entre el conocimiento y los estudiantes (Mondragón, 2005, p. 424)³¹.

³⁰ VARGAS PEDRAZA, C. A. (2018). Pedagogía de la alteridad en la formación de los instrumentadores quirúrgicos. Trabajo de grado. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
<<http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/4718/00004968.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 20 de septiembre de 2022]

³¹ MONDRAGÓN, H. (2005). *Los profesores universitarios en escena: un estudio sobre la cultura profesional académica de los “buenos profesores”*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.

Entonces, toda esta información nos invita a reflexionar si, más allá de que la experiencia y la experticia resulten favorecedoras a la hora de ser un transmisor de conocimientos, ¿son suficientes para habilitar a una persona sin formación pedagógica para ocupar un rol de tutor? Por otro lado, como dato no menor, en nuestro caso de estudio las profesionales involucradas manifestaron, además de no contar con formación docente, tampoco tener basta experiencia como supervisoras de estudiantes.

En la pregunta “En general, ¿hace cuántos años trabaja con alumnos?”, todas manifestaron hacerlo hace menos de un año y medio, lo cual implica que ninguna tenía experiencia previa trabajando como tutora, ya que los alumnos que motivaron este estudio ingresaron a realizar sus prácticas en el servicio en mayo del año 2021. Por lo tanto, este punto deja en evidencia que el evento que se analiza en la presente investigación se constituye como el primero de este tipo en sus carreras profesionales.



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

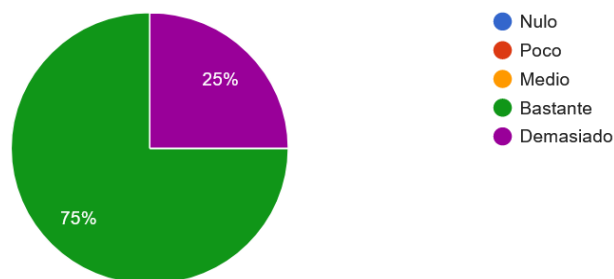
Por otro lado, no se debe olvidar que además de la formación técnica, se debe lograr que el estudiante comprenda que detrás de los procesos que se llevan a cabo en un quirófano, hay un paciente, el cual es una persona que merece un trato digno y respetuoso, que espera ser tratado con consideración y al cual se debe hacer sentir cómodo y seguro.

Ingresar a una sala de cirugía puede ser una experiencia muy difícil y que despierta grandes inseguridades y miedos en los pacientes, los cuales se sienten vulnerables y temen por su integridad. Es fundamental acompañar y contener a la persona desde la empatía y brindándole la información necesaria para que se sienta más a resguardo.

Es importante que los estudiantes comprendan todos estos aspectos que son tan importantes y pueden hacer que una experiencia difícil se vuelva menos traumática. De esta manera, se logrará que luego sean profesionales de salud competentes pero, sobre todo, éticos, humanos, empáticos y solidarios, con quienes los pacientes puedan sentirse cómodos, acompañados y contenidos en un momento de tanta incertidumbre como es afrontar una intervención quirúrgica.

Como bien lo describe Fuller (2007), el paciente es la principal razón por la cual existen los instrumentadores quirúrgicos, los cuales deben tratar al paciente como les gustaría ser tratados. El profesional debe conocer el estado físico general del paciente y sus necesidades psicosociales inmediatas mediante la observación y la comunicación (p. 20)³². Además, se debe fomentar un clima de tranquilidad.

Entonces, teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente, ¿las profesionales analizadas en este estudio consideran que su nuevo rol de tutoras implica un trabajo adicional? El 100% de las participantes manifestó que supervisar a los alumnos representa una carga extra de trabajo, considerando el peso de dicha carga como bastante pesado por la gran mayoría (75%) y demasiado pesado por las demás (25%).

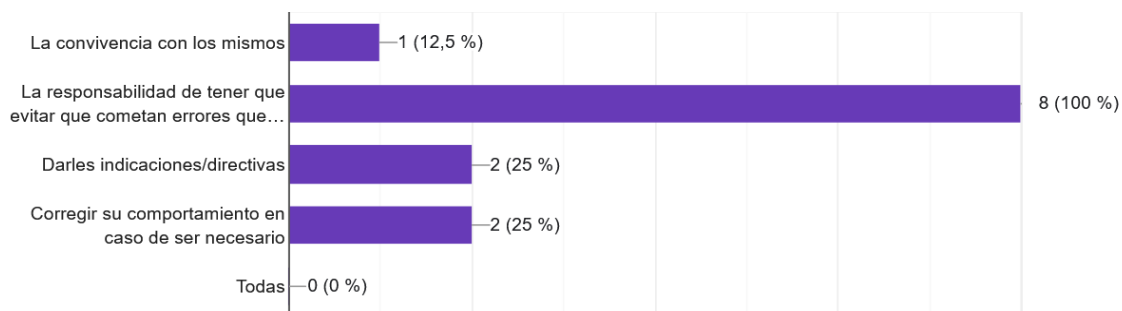


Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Esto deja en evidencia que la tarea de ejercer como tutoras de los alumnos es percibido como un trabajo adicional por la totalidad de las empleadas sanitarias y se puede observar con

³² FULLER, J. K. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

claridad en la pregunta denominada “¿Cuál o cuáles aspectos le resultan más dificultosos en lo que respecta a los estudiantes?”, en la cual las ocho votaron en forma afirmativa la opción: “La responsabilidad de tener que evitar que cometan errores que puedan perjudicar el procedimiento quirúrgico y, en consecuencia, al paciente”.



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

No se debe dejar de lado el hecho de que una cirugía, como cualquier procedimiento médico, implica grandes responsabilidades. Cualquier error, como la contaminación de los campos estériles, el olvido de una gasa o pinza en la cavidad, entre otros, puede resultar perjudicial o, incluso, mortal para el paciente. Por ello es de fundamental importancia tener completo control sobre todo lo que sucede durante los procedimientos quirúrgicos.

Salvo contadas excepciones, los alumnos en los cuales se basa este estudio no cuentan con experiencia suficiente como para valerse por si mismos, motivo por el cuál se debe llevar un control minucioso de su desempeño y, generalmente, no se puede delegar grandes responsabilidades en ellos.

Por este motivo, pocas veces resultan ser una “mano extra” que colabora en el desarrollo del trabajo, excepto en lo estrictamente vinculado a la instrumentación de la cirugía, instancia en cual también se les debe brindar apoyo y supervisión para evitar posibles errores que puedan perjudicar el desarrollo de la intervención y, en consecuencia, al paciente.

Además, también se debe considerar que el simple hecho de tener que observar constantemente el desempeño de los estudiantes y corregir su comportamiento, en caso de ser

necesario, también implica una carga extra de trabajo y una responsabilidad adicional para las trabajadoras.

Ante el paciente y sus familiares, los profesionales de la salud son los responsables y no se puede justificar tan fácilmente la permisividad ante la falla de los aprendices. No hay margen de error cuando la vida e integridad de un individuo depende del profesionalismo y la responsabilidad de los médicos, instrumentadores quirúrgicos, enfermeros y otros profesionales involucrados en su cuidado y tratamiento.

A esto se le suma el trabajo de supervisar a los estudiantes, situación en la cual “[...] el tutor debe estar preparado para afrontar y reconducir todo tipo de situaciones que se les planteen a los alumnos, desde las más convencionales y rutinarias, hasta las emergentes más inadvertidas e imprevisibles, invitando a la reflexión del proceso” (Solano Ruiz y Siles González, 2013, p. 5)³³.

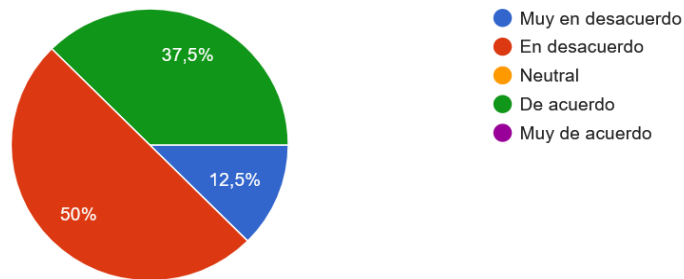
Sin embargo, a pesar de estas consideraciones, tan sólo dos de ellas encuentran dificultosa la tarea de tener que “Corregir su comportamiento en caso de ser necesario”.

En la misma consigna, en la opción vinculada a brindar indicaciones y directivas, se obtuvo un resultado similar, ya que solamente dos lo consideran difícil.

Llegado este punto, podríamos cuestionarnos si ejercer el rol de tutor, aunque no estén formadas para ello y represente una carga extra de trabajo, ¿les gusta y les resulta cómodo? La encuesta refleja que poco más de la mitad no lo considera así: el 12,5% votó “Muy en desacuerdo”, mientras el que 50% restante eligió “En desacuerdo”. Por otro lado, un 37,5% manifestó gustarle y sentirse cómoda en dicho rol.

Si consideramos que la muestra está compuesta por ocho profesionales, al 37,5% lo conforman tres personas, el cual es un número significativo, teniendo en cuenta el tamaño total del grupo.

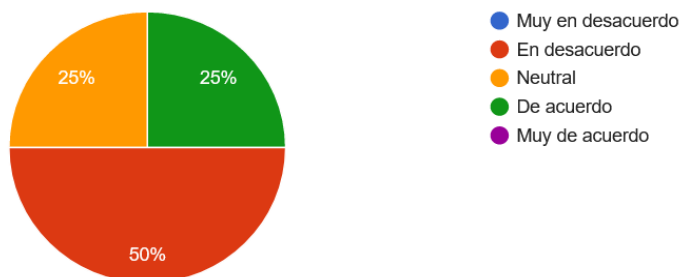
³³ SOLANO RUIZ, M. C. Y SILES GONZÁLEZ, J. (2013). “La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería” en Index de Enfermería, vol. 22, issue 4. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [Consulta: 13 de septiembre de 2022]



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Determinar si cumplir el rol de tutor representa una carga laboral extra para los trabajadores sanitarios involucrados era uno de los objetivos secundarios que motivó la presente investigación. Teniendo en cuenta los datos observados hasta el momento, podríamos decir que, sin lugar a dudas, las Instrumentadoras Quirúrgicas participantes del estudio así lo consideran. Sin embargo, este aspecto no quita que casi la mitad de ellas haya descubierto que disfruta el rol de tutora.

Para determinar si la participación de los estudiantes en las cirugías resulta beneficiosa, se incluyó en la encuesta la consigna “La presencia de los alumnos en el acto quirúrgico tiene un impacto positivo en el desarrollo del mismo”, a partir de la cual se obtuvieron respuestas muy divididas.



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

La mitad (50%) se encuentra “En desacuerdo” con la afirmación, mientras que en lo que respecta al 50% restante, el 25% se manifestó “De acuerdo” y el otro 25% se mantuvo “Neutral”.

Anteriormente se mencionó el hecho de que no se los puede considerar una “mano extra”, ya que no se pueden valer por sí mismos y, por lo tanto, no es posible delegar en ellos. Las respuestas a este punto del cuestionario reflejan lo que las integrantes del staff de quirófano sienten con respecto a esto. Si se considera que la presencia de una persona no tiene un impacto positivo en el desarrollo de una actividad, resultaría extraño sentir seguridad o comodidad para poder trabajar a la par con la misma, sobre todo si tenemos en cuenta que el equipo quirúrgico requiere que sus integrantes sientan confianza mutua para poder trabajar tranquilos y a la par.

Por otro lado, al tratarse de alumnos que recién inician su etapa formativa como técnicos en instrumentación quirúrgica, los mismos no cuentan con experiencia y conocimientos suficientes, lo cual puede repercutir negativamente en su desempeño, volviéndolos lentos al momento de instrumentar, inseguros y tendentes a cometer errores.

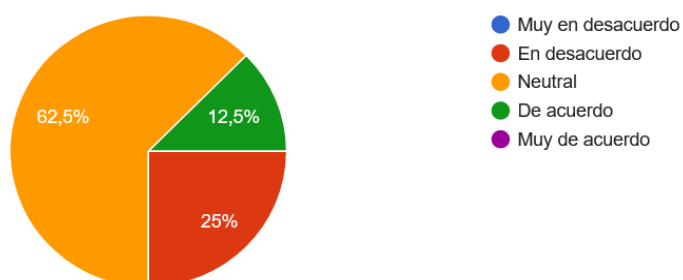
Este proceso es normal y forma parte del aprendizaje y el desarrollo de ellos como profesionales. Sin embargo, no quita que sea un etapa dificultosa y que termina por afectar el desarrollo de las intervenciones donde participan.

Vargas Pedraza (2018), sostiene:

En la transición de la teoría a la práctica se evidencian muchas falencias, en el buen desarrollo del ejercicio, esto puede deberse al temor al que se enfrenta el estudiante al encontrarse por primera vez frente a un paciente, es entonces cuando este empieza a debatirse en situaciones de estrés inherentes a los procedimientos quirúrgicos, los conocimientos adicionales que debe adquirir y los resultados que debe demostrar [...]. (p. 21)

Sin embargo, todas las variables mencionadas hasta el momento, como ejercer el rol de docente sin estar preparado para ello, convivir con estudiantes, que no son más que desconocidos con quienes se está forzado a trabajar, tener que estar atento y pendiente de su desempeño para evitar errores, etcétera... ¿resultaron determinantes a la hora de alterar la motivación y el clima de trabajo imperante?

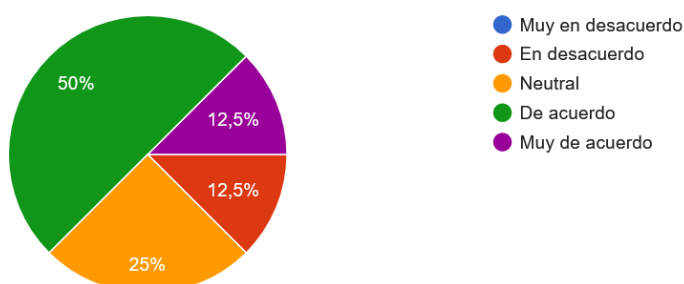
En la encuesta, en lo que respecta a la motivación laboral, se incluyó la siguiente afirmación: “Siente que su motivación laboral disminuyó tras el ingreso de los alumnos”. Se obtuvieron resultados poco diversos. El 62,5% se mantuvo “Neutral”, mientras que el 25% manifestó estar en desacuerdo. Sólo el 12,5% eligió la opción “De acuerdo”.



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Entonces, sólo una persona (12,5%) considera que realmente su motivación laboral disminuyó como consecuencia del ingreso de los alumnos. Mientras que dos trabajadoras consideran que su motivación laboral era inferior antes y que, ahora, se encuentran más motivadas.

Podemos concluir, por lo tanto, que los cambios acontecidos y sus implicancias no perjudicaron la motivación laboral de la mayoría de las integrantes del staff de quirófano. Sin embargo, ¿si hicieron con el clima de trabajo?



Fuente: Encuesta elaborada por Ana Guerrero y realizada mediante Google Surveys, Sept. del 2022.

Como respuesta a la consigna “El clima de trabajo se vio afectado negativamente tras el ingreso de los alumnos”, las respuestas obtenidas fueron muy diversas, tal y como se observa en el gráfico anterior. El 50% manifestó encontrarse “De acuerdo” con la afirmación y el 12,5%

“Muy de acuerdo”. Tan sólo una persona (12,5%) consideró que está “En desacuerdo” y, el resto (25%), se mantuvo “Neutral”.

Estos resultados reflejan que a pesar de no verse afectada la motivación, si lo hizo el clima de trabajo. Algunos factores que pueden perjudicar el clima laboral son: la convivencia forzada con individuos ajenos a la rutina diaria por periodos prolongados en el tiempo (jornadas de trabajo completas, en ocasiones más de una vez por semana), la carga de trabajo extra que implica la tarea de tutor, como así también las responsabilidades inherentes de cada puesto de trabajo, el cuidado del paciente, entre otros.

Es de fundamental importancia prestar atención al clima de trabajo imperante ya que, ante la presencia de un clima laboral hostil, los empleados sufren consecuencias físicas y, sobre todo, psicológicas. Esto repercute negativamente en la organización, debido a que se manifiesta a través de aumento de ausentismo y rotación, bajo rendimiento, actitudes de rechazo hacia el trabajo, sensación de inferioridad, insatisfacción, estrés y, entre otros, errores en el desarrollo de las tareas, lo cual inevitablemente produce disminución de la productividad.

Además, el clima laboral, al tratarse de la percepción que tienen los trabajadores respecto del ambiente emocional, tiene influencia directa sobre el comportamiento, la motivación y la satisfacción de los trabajadores sanitarios y, en consecuencia, en la calidad de atención que reciben los pacientes.

Cuando los empleados se encuentran satisfechos, generalmente manifiestan mayor compromiso y lealtad para con la organización donde se desempeñan y esto se refleja en aumento del rendimiento, facilita el trabajo en equipo y contribuye a que el trabajo se realice de forma más eficiente, mejorando la calidad de atención y servicios prestados.

Conclusión

Al momento de comenzar el presente trabajo de investigación, como objetivo principal se buscaba identificar y describir las diversas variables que impactan sobre la dinámica laboral, tomando el ingreso de alumnos a realizar prácticas formativas como punto de partida.

A través de la encuesta realizada a las mujeres profesionales tituladas en Instrumentación Quirúrgica que conforman el servicio de quirófano de guardia de Obstetricia de un reconocido hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ha podido determinar que las variables con mayor incidencia en la dinámica laboral son:

- . Falta de capacitación docente para desempeñar el rol de tutoras;
- . Carencia de experiencia previa para ejercer la tutoría;
- . La carga laboral extra que implica ocupar el rol de instructoras;
- . La multitarea que implica llevar a cabo su trabajo como profesionales sanitarias, resguardando la integridad del paciente, al tiempo que deben supervisar y evaluar el desempeño de los alumnos;
- . La responsabilidad de tener que evitar que cometan errores que puedan perjudicar el procedimiento quirúrgico y, en consecuencia, al paciente;
- . Tener que darles indicaciones y/o directivas a los estudiantes;
- . Corregir su comportamiento en caso de ser necesario;
- . La participación de los practicantes en el desarrollo de las intervenciones quirúrgicas, aspecto que la mitad de las trabajadoras no considera como positivo.

Al momento de analizar las primeras dos variables mencionadas, que se vinculan con la formación docente y la experiencia previa como supervisoras, debemos hacer hincapié en las respuestas obtenidas en la encuesta al momento de indicar mayor nivel de estudios alcanzados, donde el 62,5% manifestó haber finalizado el nivel terciario, mientras que tan sólo el 37,5% es Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.

Esto es un dato destacable ya que, como se expone en la página 39, las carreras terciarias en Instrumentación Quirúrgica no incluyen en sus planes materias vinculadas a la pedagogía, como así tampoco las carreras de grado, donde únicamente se suele encontrar una materia denominada “Didáctica de la Enseñanza”, que brinda un pequeño acercamiento a la pedagogía.

Basándonos en esta información y en las respuestas obtenidas a la consigna “¿Posee usted formación docente?”, en la cual el 100% de ellas manifestó que no, podemos concluir entonces que ninguna de las profesionales involucradas en esta investigación cuenta con una preparación formal que les permita afrontar el rol de tutor de forma adecuada, con herramientas que faciliten y respalden su desempeño.

Estas afirmaciones contrastan con lo expuesto por Vargas Pedraza (2018), quien es citado en la página 40, y sostiene que “se hace necesario que el acompañamiento de la práctica sea dirigido por un profesional en instrumentación quirúrgica con una formación pedagógica titulada, que le permita aportar al desarrollo y formación del futuro profesional de manera ética, humana e integral.”

En lo que respecta a la experiencia previa, como se puede observar en la página 41 del presente trabajo, el 100% de las encuestadas manifestó que trabaja con alumnos hace menos de un año y medio. Esto implica que ninguna tenía experiencia previa trabajando como tutora, ya que los alumnos que motivaron este estudio ingresaron a realizar sus prácticas en el servicio en mayo del año 2021. Podemos concluir entonces que el evento que se analiza en la presente investigación se constituye como el primero de tipo pedagógico en sus carreras profesionales.

En lo que respecta al clima laboral y el grado de motivación, en la página 27 se puede observar que Chiavenato (1990) considera que ambos aspectos se influyen mutuamente, existiendo una relación proporcional entre los dos, es decir, si hay un buen clima organizacional, aumentan las relaciones de satisfacción, animación, interés y colaboración entre compañeros de trabajo. Por el contrario, si la motivación es baja, el clima organizacional tiende a disminuir también.

Sin embargo, según lo evaluado en las Instrumentadoras Quirúrgicas, esto no se cumple, ya que sólo una de ellas manifestó que su motivación laboral se vio afectada negativamente como consecuencia del ingreso de los estudiantes. Más de la mitad (62,5%) se mostró "Neutral" ante la afirmación "Siente que su motivación laboral disminuyó tras el ingreso de los alumnos" y tan sólo dos (25%), consideran que se mantuvo constante. Estos datos resultan alentadores ya que la motivación es un aspecto sumamente relevante en lo que respecta al bienestar de los trabajadores, razón por la cual resulta favorable que la misma no se haya visto perjudicada.

Por su parte, el clima laboral sufrió mayores cambios ya que el 50% de las encuestadas manifestó encontrarse "De acuerdo" y un 12,5% "Muy de acuerdo" con la afirmación "El clima de trabajo se vio afectado negativamente tras el ingreso de los alumnos". Es decir, podemos confirmar entonces que las variables descritas repercutieron en forma perjudicial, según la mayoría de las empleadas, en su percepción del clima de trabajo.

Pero, al momento de analizar la afirmación de Chiavenato, podemos determinar que en este caso de estudio en particular, la motivación laboral y clima de trabajo no poseen una relación de influencia mutua. Aunque, sin embargo, no se puede descartar que con el paso del tiempo, la alteración en la percepción que tienen las empleadas respecto del clima de trabajo pueda influir en su satisfacción, conducta, desempeño y productividad.

Esto se puede deber a que, como se puede observar en el Marco Teórico (página 27), Gellerman (1960) sostenía que el clima de trabajo tiene gran influencia en el comportamiento de los trabajadores, su productividad, desarrollo y satisfacción personal. Como consecuencia, esta desmejora puede afectar la gestión, los procesos de cambio e innovación y la calidad de atención y de los productos o servicios brindados.

Por otro lado, cuando hablamos de la percepción que tienen las trabajadoras respecto del clima de trabajo, nos basamos en lo expuesto por distintos autores en el Marco Teórico, como Likert (página 28) quien, citado por Peña Rivas (2017), sostiene que los factores organizacionales existentes no condicionan el comportamiento de los trabajadores sino que lo hace la percepción del clima laboral que poseen del mismo, la cual es subjetiva, ya que varía entre individuos. Esto se evidencia en la multiplicidad de respuestas obtenidas en la encuesta con respecto a los cambios en el clima de trabajo.

Como se puede observar en la página 30 del Marco Teórico, otro aspecto que puede repercutir negativamente en la satisfacción y, como consecuencia, en el clima laboral, es el hecho de que el personal sanitario se ve sometido a altos niveles de estrés como consecuencia de las tareas que realizan y, sumado a ello, en países en vía de desarrollo como Argentina, se enfrentan constantemente a un sistema de salud que no valora al personal sanitario y deben pelear permanentemente por mantener un salario digno (Albanesi de Nasetta, 2011).

En lo que respecta al objetivo secundario planteado como “Determinar si cumplir el rol de tutor representa una carga laboral extra”, en la página 42 del Análisis de datos obtenidos, queda en claro que las trabajadoras consideran la supervisión de los alumnos como una carga de trabajo adicional, considerándolo por el 25% de ellas como “Demasiado” pesado y por el resto (75%) como “Bastante”.

Esto se debe a las variables mencionadas en un principio, vinculadas a la falta de preparación y experiencia para ejercer el rol de instructor, las responsabilidades adicionales que implica la tutoría, como el control, evaluación y corrección del comportamiento de los estudiantes y la inherente responsabilidad que ello implica, sumado a las tareas correspondientes a su trabajo como Instrumentadoras Quirúrgicas.

Estas observaciones se pueden ver reflejadas en la página 43, en la cual encontramos un gráfico en el que se aprecian cuáles aspectos le resultan más dificultosos a las Instrumentadoras Quirúrgicas en lo que respecta a los estudiantes. El 100% de ellas seleccionó la opción “La responsabilidad de tener que evitar que cometan errores que puedan perjudicar el procedimiento quirúrgico y, en consecuencia, al paciente”, el 25% “Darles indicaciones/directivas”, al igual que un 25% que seleccionó “Corregir su comportamiento en caso de ser necesario”.

Como se expuso en la misma página del trabajo, una cirugía implica grandes responsabilidades y cualquier error puede resultar perjudicial e, incluso mortal, para el paciente. Por este motivo, es fundamental estar atento a todos los detalles y acontecimientos que transcurren a lo largo de una actividad quirúrgica, lo cual implica una responsabilidad adicional para quien se encuentra a cargo de los estudiantes.

Además, no se debe dejar de lado el hecho de que los estudiantes involucrados en este estudio se encuentran cursando sus primeras prácticas y, por lo tanto, no cuentan con experiencia suficiente que les permita desempeñarse con autonomía. Por este motivo, el personal sanitario no puede delegar responsabilidades en ellos y no se los puede considerar una “mano extra” al momento de trabajar.

En la página 45 del Análisis de datos obtenidos, encontramos las respuestas brindadas en relación a la consigna “La presencia de los alumnos en el acto quirúrgico tiene un impacto positivo en el desarrollo del mismo”, en la cual la mitad (50%) se encuentra “En desacuerdo” con la afirmación, mientras que en lo que respecta al 50% restante, el 25% se manifestó “De acuerdo” y el otro 25% se mantuvo “Neutral”. Es decir, al menos la mitad del staff no considera que la intervención de los alumnos en los procedimientos resulte positiva.

Se confirma entonces la cita que encontramos en la página 44, perteneciente a Solano Ruiz y Siles González (2013), que sostienen que “[...] el tutor debe estar preparado para afrontar y reconducir todo tipo de situaciones que se les planteen a los alumnos, desde las más convencionales y rutinarias, hasta las emergentes más inadvertidas e imprevisibles, invitando a la reflexión del proceso”.

Por último, podemos finalmente cuestionar si, a pesar de las implicancias, las Instrumentadoras Quirúrgicas disfrutaban el rol de supervisoras. Las respuestas a la encuesta demuestran que el 62,5% no lo considera así, debido a que el 12,5% votó “Muy en desacuerdo” y el que 50% restante eligió “En desacuerdo”. Sin embargo, un 37,5% de ellas manifestó gustarle y sentirse cómoda en dicho rol.

Si tomamos en consideración que el grupo encuestado está compuesto por tan sólo ocho profesionales, entonces el 37,5% se compone de tres de ellas, un porcentaje significativo si se tiene en cuenta el tamaño total del grupo.

Bibliografía

1. ABAL DE HEVIA, I. (2007). "Dos décadas en la formación docente del docente universitario" en *Infovet*, vol. 96, p. 9-12.
<http://www.fvet.uba.ar/fcvanterior/publicaciones/infovet/infovet_96.pdf> [Consulta: 10 de julio de 2022]
2. ALBANESI DE NASETTA, S. y NASETTA, P. M. (2011). "Calidad de vida profesional en médicos en Cuyo" en *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 16, issue 4, p. 387-395. <https://www.alcmeon.com.ar/16/64/07_albanesi.pdf> [Consulta: 29 de mayo de 2022]
3. ALONSO FERNÁNDEZ, M.; IGLESIAS CARBAJO, A. I. y FRANCO VIDAL, A. (2002). "Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias" en *Atención Primaria*, vol. 30, issue 8, p. 483-489. <[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79084-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79084-7)> [Consulta: 22 de mayo de 2022]
4. Argentina. Ley N.º 26.206, de 14 de diciembre de 2006, de Educación Nacional.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-de-educ-nac-58ac89392ea4c.pdf>
5. Argentina. Resolución N.º 7860, de 13 de noviembre de 2013, *Tecnicatura Universitaria en Instrumentación Quirúrgica*. Universidad de Buenos Aires.
6. Argentina. Resolución CFE N.º 229/14, de 8 de septiembre de 2014, Criterios federales para la organización institucional y lineamientos curriculares de la educación técnico profesional de nivel secundario y superior. Consejo Federal de Educación.
7. ARRIBALZAGA, E. B. (2009). "El estrés en la práctica quirúrgica" en *Rev Argent Resident Cirug*, vol. 14, issue 1, p. 37-40. <<https://www.researchgate.net/profile/Eduardo->

Arribalzaga-2/publication/281296145_El_estres_en_la_practica_quirurgica/links/55e0d00a08ae2fac471cd568/El-estres-en-la-practica-quirurgica.pdf> [Consulta: 5 de julio de 2022]

8. ASOC. COLOMBIANA DE INSTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS PROFESIONALES [ACITEQ], ASOC. COLOMBIANA DE FACULTADES DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA [ACFIQ] Y COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA [COLDINSQUI]. (s/f). *Perfil y Competencias del Profesional en Instrumentación Quirúrgica en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Instrumentaci%C3%B3n_Quir%C3%BArgica_Octubre2014.pdf
9. CABEZAS PEÑA, C. (1998). “Síndrome de desgaste profesional laboral y calidad de vida profesional” en *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 5, issue 8, p. 491-492.
10. CHIAVENATO, I. (1990). *Administración de Recursos Humanos*. Bogotá: Editorial McGraw Hill.
11. FULLER, J. K. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
12. GARCÍA SÁNCHEZ, S. (1993). “La qualitat de vida profesional com a avantatge competitiu” en *Revista de Qualitat*, vol. 11, p. 4-9.
13. LIKERT, R. y GIBSON, J. (1986). *Nuevas Formas para Solucionar Conflictos*. Editorial Trillas.
14. LITWIN, G. H. y STRINGER, R. A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard University Press.

15. LEWIN, K. (1951). *La teoría del campo en la ciencia social*. New York: Editorial Harper and Row.
16. MARTÍNEZ-NATERA, O. C. (2007). “La historia de la educación en la medicina” en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 30, issue 1, p. 249-250.
<<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ap.pdf>> [Consulta: 24 de marzo de 2022]
17. MASLOW, ABRAHAM, H. (1954). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
18. MINISTERIO DE EDUCACIÓN (ARGENTINA). *Síntesis de Información Estadísticas Universitarias (2019-2020)*.
<<https://www.argentina.gob.ar/educacion/universidades/informacion/publicaciones/sintesis>> [Consulta: 16 de marzo de 2022]
19. MONDRAGÓN, H. (2005). *Los profesores universitarios en escena: un estudio sobre la cultura profesional académica de los “buenos profesores”*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
20. ONGAY, G. J. (2013). *¿Docente o Cirujano? Tensiones en la docencia de cirugía en el Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UBA*. Tesina. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
<http://www.fvet.uba.ar/fcvanterior/postgrado/tesinas-2018/tesina_proyecto_gabriel_ongay%20.pdf> [Consulta: 5 de julio de 2022]
21. OSORIO MARÍN, K., ARANGO RUIZ, A. y ACOSTA HENAO, E. (2016). “La motivación como un factor clave de éxito en las organizaciones modernas” en *Colección Académica de Ciencias Sociales*, vol. 3, issue 3, pp. 25-26.

- <<https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/4484>> [Consulta: 21 de julio de 2022]
22. PEÑA RIVAS, H. C. (2017). *Construcción personalista del ambiente laboral como escenario de la productividad empresarial*. La Libertad: Editorial UPSE.
<<https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/4944/9789942776075.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 21 de mayo de 2022]
23. QUINTANA ZAVALA, M. O., PARAVIC KLINJ, T. y SAENZ CARRILLO, K. L. (2016). “Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud” en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 24, p. 1-8.
<<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713>> [Consulta: 25 de mayo de 2022]
24. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es/motivo>> [Consulta: 20 de julio de 2022].
25. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es/tutor>> [Consulta: 16 de julio de 2022].
26. ROMERO Y HUESCA, A., MORENO-ROJAS, J. C., SOTO-MIRANDA, M. A., PONCE-LANDÍN, F. J., HERNÁNDEZ, D. A., y RAMÍREZ-BOLLAS, J. (2006). “La enseñanza de la Medicina en la Universidad de Bolonia en el Renacimiento” en *Revista de Investigación Clínica*, vol. 58, issue 2, p. 170-176. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200010&lng=es&tlng=es.> [Consulta: 3 de julio de 2022]
27. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2014). *Metodología de investigación*. México: McGraw- Hill Education.
28. SOLANO RUIZ, M. C. Y SILES GONZÁLEZ, J. (2013). “La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería” en *Index de Enfermería*, vol. 22, issue 4.

- <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [Consulta: 13 de septiembre de 2022]
29. UNIVERSIDAD DE ALICANTE. (2012). *Tema 7: La Motivación*. [Diapositiva de PowerPoint]. Repositorio de material Licenciatura de Humanidades.
<<https://www.yumpu.com/es/document/view/4525812/tema-7la-motivacionpdf-rua-universidad-de-alicante>> [Consulta: 21 de julio de 2022]
30. VALBUENA BARRERA, A. (2015). *El quirófano como ambiente de aprendizaje. Sentido y significado otorgado por estudiantes de medicina*. Trabajo final de Maestría en Educación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
<<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54428/19288830.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 4 de julio de 2022]
31. VALDEZ GARCÍA, J. E. (2004). “Brevísima Historia de la Educación Médica” en *Revista Avances*, vol. 1, issue 3, p. 37-38.
<https://www.researchgate.net/publication/296333323_Brevisima_Historia_de_la_Educacion_Medica> [Consulta: 24 de marzo de 2022]
32. VARGAS PEDRAZA, C. A. (2018). *Pedagogía de la alteridad en la formación de los instrumentadores quirúrgicos*. Trabajo de grado. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
<<http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/4718/00004968.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 20 de septiembre de 2022]
33. ZABALZA BERAZA, M. A. y CID SABUCEDO, A. (2006). “La tutoría en la universidad desde el punto de vista del profesorado” en *Bordón Revista de Pedagogía*, vol. 58, issue 2, p. 249. <<https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/39618/22342>> [Consulta: 16 de julio de 2022]

Anexo: Protocolo de Encuestas

Encuesta

Esta breve encuesta forma parte de mi proyecto de Tesina para obtener el título de Licenciada en Gestión del Capital Humano.

La investigación tiene como objetivo analizar el impacto que tuvo la incorporación de los alumnos en nuestra rutina diaria, motivación y clima laboral.

Desde ya, disculpen las molestias y ¡muchas gracias! 🙏

Preguntas:

Mayor nivel de estudios alcanzados:

- Tecnicatura en Instrumentación Quirúrgica
- Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica
- Otro (Profesorado, Título de Posgrado, etcétera)

¿Posee usted formación docente?

- Si
- No

En general, ¿hace cuántos años trabaja con alumnos?

- Menos de 1 año y medio
- Entre 1,5 y 5 años
- Más de 5 años

Siente que su motivación laboral disminuyó tras el ingreso de los alumnos:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

El clima de trabajo se vio afectado negativamente tras el ingreso de los alumnos:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

La presencia de los alumnos en el acto quirúrgico tiene un impacto positivo en el desarrollo del mismo:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

¿Considera que la responsabilidad que conlleva supervisar a los alumnos representa una carga extra de trabajo para usted?

- Si
- No

En caso de haber respondido la pregunta anterior en forma afirmativa, ¿cómo considera que es el peso de esa carga?

- Nulo
- Poco
- Medio
- Bastante
- Demasiado

¿Cuál o cuáles aspectos le resultan más dificultosos en lo que respecta a los estudiantes?

- La convivencia con los mismos
- La responsabilidad de tener que evitar que cometan errores que puedan perjudicar el procedimiento quirúrgico y, en consecuencia, al paciente
- Darles indicaciones/directivas
- Corregir su comportamiento en caso de ser necesario
- Todas
- Otra: _____

Le gusta y le resulta cómodo el rol de tutor/docente de los alumnos:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo