



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

**PAPEL DE EL/LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE
FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA DURANTE LAS
ROTACIONES EN SALAS DE CIRUGÍA**

Autores

Dewitt Fabián Arcón Medina
Wladimir Diaz Angulo
Leopoldo Enrique Ferrer Zaccaro

Director

Dr. Francisco Manuel Olmos Vega

Título por el que opta

Magíster en Educación para Profesionales de la Salud

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina
Maestría en Educación para Profesionales de la Salud
Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

**Bogotá – Colombia
2023**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Francisco Manuel Olmos Vega por su orientación invaluable, disponibilidad ilimitada y apoyo incondicional a lo largo de este fantástico viaje investigativo durante el proceso completo de nuestro proyecto. Su experiencia, paciencia y grandes aportes conceptuales han sido fundamentales para lograr el desarrollo y culminación de nuestro trabajo.

RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente, la educación en salud se centró en la formación intraprofesional, descuidando la educación interprofesional (EIP). El papel de las auxiliares de enfermería en la formación de residentes de anestesiología no se ha descrito en la literatura. Es importante comprender su contribución para promover la educación interprofesional en este contexto. **Métodos:** Se utilizó una investigación cualitativa con enfoque constructivista y un diseño metodológico tipo autoetnografía. Se recopilaron narrativas de los investigadores, los cuales son docentes activos, sobre su experiencia en el papel de las auxiliares de enfermería en la formación del residente. Se realizaron análisis temáticos de las narrativas. **Resultados:** Las auxiliares de enfermería asumen dos tipos de posicionamiento derivado de las políticas institucionales. En un posicionamiento privilegiado desempeñan un papel vital en la formación de residentes de anestesiología, actuando como mentores, realizando introducción en el manejo y dinámica de las salas, sirviendo como puente con los miembros del equipo quirúrgico, enseñando habilidades técnicas de forma no estructurada, contribuyendo en la seguridad y cuidado del paciente y sirviendo de apoyo emocional para el residente, por otro lado; bajo un posicionamiento restringido existen límites en sus funciones que impiden un aporte importante en la formación del residente. **Discusión:** La educación interprofesional juega un papel fundamental en la formación de residentes de anestesiología. Aunque la evidencia bibliográfica es limitada en relación con la contribución de las auxiliares de enfermería, este estudio revela que relaciones cercanas en salas de cirugía mejoran el desempeño y la confianza de los residentes, impulsando su crecimiento profesional. Se recomienda que las instituciones promuevan la EIP, sin restricciones excesivas a las auxiliares de enfermería. Se insta a capacitar a los profesionales de la salud en EIP y a los docentes en estrategias de EIP para mejorar la formación y promover actividades productivas en escenarios clínicos.

ABSTRACT

Introduction: Traditionally, health education has been centered on intraprofessional training, neglecting interprofessional education (IPE). The role of nursing assistants in the training of anesthesiology residents has not been described in the literature. It is essential to understand their contribution to promote interprofessional education in this context.

Methods: We conducted a qualitative study with a constructivist approach using a methodological design known as autoethnography. Narratives were collected from active teacher-researchers regarding their experience with the role of nursing assistants in resident training. Thematic analyses were performed on the narratives.

Results: Nursing assistants assume two types of positioning influenced by institutional policies. In a privileged positioning, they play a crucial role in anesthesiology resident training, acting as mentors, introducing residents to the management and dynamics of operating rooms, bridging with surgical team members, providing unstructured technical skills instruction, contributing to patient safety and care, and offering emotional support. In contrast, in a restricted positioning, they face limitations in their functions that hinder a significant contribution to resident training.

Discussion: Interprofessional education plays a fundamental role in anesthesiology resident training. Although there is limited literature evidence regarding the contribution of nursing assistants, this study reveals that close relationships in operating rooms improve resident performance and confidence, fostering their professional growth. We recommend that institutions promote IPE without excessive restrictions on nursing assistants. Health professionals should be encouraged to receive IPE training, and educators should develop IPE strategies to enhance training and promote productive activities in clinical settings.

TABLA DE CONTENIDO

- I. Marco Conceptual
- II. Pregunta de Investigación
- III. Marco Teórico
- IV. Métodos
 - IV.a Diseño metodológico
 - IV.b Reflexividad
 - IV.c Consideraciones éticas
 - IV.d Contexto y muestra
 - IV.e Recolección de datos
 - IV.f Análisis de datos
- V. Resultados
 - V.a Reconfigurando el papel de las auxiliares, balance entre un posicionamiento con privilegios y un posicionamiento con restricciones.
 - V.b Efectos de un posicionamiento privilegiado con relación al entrenamiento del residente.
 - V.b.1 Introducción en el manejo y dinámica de las salas
 - V.b.2 Puente con los miembros del equipo quirúrgico
 - V.b.3 Enseñanza no estructurada de habilidades técnicas
 - V.b.4 Contribución en la seguridad y cuidado del paciente
 - V.b.5 Apoyo emocional para el residente
 - V.b.6 Contribución con la supervisión y evaluación del estudiante.
 - V.b.7 Obstaculizando la participación del residente dentro del mundo figurado
 - V.b.8 Conflicto entre conocimiento teórico y empírico
 - V.c Efectos de un posicionamiento restringido en el entrenamiento del residente
- VI. Discusión
- VII. Limitaciones
- VIII. Implicaciones para la práctica
- IX. Referencias

I. MARCO CONCEPTUAL

Tradicionalmente, la educación en el profesional de la salud ha tenido un componente de predominio intraprofesional, con el objetivo de desarrollar a profundidad el conocimiento exclusivo de la disciplina en estudio (Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S., 2011; van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C., 2020; Díaz Quiñones, J., Valdés Gómez, M., & Boulosa Torrecilla, A., 2016), y relegando el componente interprofesional en el proceso de formación, debido a la presencia de múltiples barreras que no han permitido fomentar su implementación en este escenario (Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L., 2008) (McCallin, 2003; McPherson, Headrick & Moss, 2001). Aunque uno de los integrantes de este grupo multidisciplinario es el/la auxiliar de enfermería, su contribución en la formación del residente de anestesiología ocurre de forma espontánea y no estructurada, sin describirse de forma explícita en la literatura (Pérez - Etchetto, M., 2019). Por lo tanto, para promover la participación de el/la auxiliar de enfermería en la educación interprofesional debemos conocer el papel actual que estos actores desempeñan y su interacción con el personal en formación de anestesiología (Becker, V., Jedlicska, N., Scheide, L., Nest, A., Kratzer, S., Hincan, D., ... & Haseneder, R., 2022), (Stalmeijer, R. E., & Varpio, L., 2021).

El concepto de Educación Interprofesional (EIP) ha sido ampliamente definido por diferentes autores y organizaciones. Según la OMS, la EIP se refiere a una estrategia de enseñanza y aprendizaje cuyo objetivo es mejorar la colaboración entre estudiantes y los resultados en el aprendizaje (Barr, H., & Low, H. 2013). Esta estrategia se aplica comúnmente en escenarios clínicos donde hay interacción entre dos o más disciplinas, y se espera que esto tenga un impacto positivo en la calidad de la atención prestada a los pacientes y en la mejora de los procesos de aprendizaje (Barr, H., & Low, H. 2013). La implementación exitosa de la EIP requiere que tanto los docentes como los sujetos de aprendizaje adquieran los conocimientos, habilidades, competencias y valores necesarios para la estrategia. Por lo tanto, se necesita un enfoque multidisciplinario para abordar los

desafíos que enfrenta la EIP y garantizar su eficacia en el mejoramiento de la atención médica. (Pérez-Etchetto, M. 2019).

La enseñanza y la colaboración interprofesionales son conceptos relacionados pero distintos. La enseñanza interprofesional se refiere a la educación en la que los estudiantes de diferentes profesiones aprenden juntos, con el objetivo de desarrollar habilidades interprofesionales, como la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartida. Por ejemplo, en una escuela de medicina, los estudiantes de medicina pueden trabajar junto con estudiantes de enfermería y de terapia ocupacional en el cuidado de un paciente simulado o real (Díaz Quiñones, J., Valdés Gómez, M., & Boullosa Torrecilla, A. 2016). Por otro lado, la colaboración interprofesional se refiere al trabajo conjunto de diferentes profesiones en la atención al paciente. Es decir, se trata de un enfoque en el que los profesionales de la salud trabajan juntos para brindar atención integral y coordinada al paciente. Esto implica la comprensión y el respeto por las habilidades, roles y responsabilidades de cada profesional en el equipo, y el trabajo en conjunto para mejorar los resultados de salud del paciente (Lajes Ugarte, M. y cols. 2021). Dado que las teorías socioculturales entienden el aprendizaje como participación e interacción, bajo estos términos EIP y CIP serían dos caras de la misma moneda, por lo que de ahora en adelante hablaremos de colaboración interprofesional para referirnos a ambos términos.

La educación médica ha estado dominada tradicionalmente por una perspectiva intraprofesional, en la que el objetivo principal era profundizar en el conocimiento exclusivo de la disciplina. Sin embargo, autores como Stalmeijer y colaboradores describen esta situación como una paradoja, en la que la educación tradicional o intraprofesional se presenta con una visión focalizada y desintegrada del trabajo en equipo, mientras que la CIP se presenta como un lobo bueno con una visión integral del trabajo en equipo en un escenario clínico (Stalmeijer, R. E., & Varpio, L. (2021)). La CIP es una propuesta de educación que rompe con lo tradicional, entendiendo los diferentes roles, compartiendo funciones y entrelazando el desarrollo de las actividades para potenciar y aprovechar al máximo las fortalezas de cada uno de sus integrantes (Stalmeijer, R. E., & Varpio, L., 2021). Es esencial que se rompan con estas perspectivas intraprofesionales y se fomente el

trabajo en equipo, ya que es fundamental para la atención médica efectiva y de calidad en el futuro.

Una estrategia de colaboración interprofesional inadecuada puede generar implicaciones negativas para los profesionales y la atención médica que se brinda. Entre las implicaciones que pueden presentarse se encuentran: la falta de colaboración efectiva entre profesionales de diferentes disciplinas, la falta de comprensión de los roles y responsabilidades de otros profesionales, la falta de respeto y comprensión cultural, y la falta de habilidades de comunicación (Reeves, y cols., 2016). Si los estudiantes no reciben un entrenamiento adecuado en estos ámbitos, es probable que presenten dificultades en su trabajo futuro, lo cual puede tener un impacto negativo en la atención al paciente. Es importante asegurar que las estrategias de educación interprofesional sean adecuadas y que incluyan oportunidades para que los estudiantes aprendan habilidades necesarias para su desempeño en la atención médica. Una revisión de la literatura muestra que la educación interprofesional puede mejorar la calidad de atención, la satisfacción del paciente y la eficiencia del equipo de atención médica (Reeves, y cols., 2016). Por lo tanto, la educación interprofesional adecuada es esencial para mejorar la calidad de la atención médica en el futuro.

Con frecuencia se relega el componente interprofesional en el proceso de formación, debido a la presencia de múltiples barreras que no han permitido fomentar su implementación rutinaria en este escenario. (Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L., 2008). Los diferentes profesionales de la salud pueden tener diferentes perspectivas y expectativas en cuanto a su papel y responsabilidades en la atención del paciente, lo que puede dificultar la colaboración y la comunicación efectiva. Además, las barreras culturales como el lenguaje, los valores y las normas pueden dificultar la integración y la colaboración interprofesional (Niederhauser, D. S y cols. 2018). Por último, la EIP se ve limitada por paradigmas y enfoques disciplinarios arraigados en la educación y la práctica clínica. La enseñanza tradicional en la formación de profesionales de la salud se centra en la capacitación en habilidades técnicas y clínicas, lo que puede perpetuar un enfoque disciplinario y limitar la comprensión de la importancia de la colaboración interprofesional en la atención del paciente (Thistlethwaite, J. 2012).

El grupo interdisciplinario que puede tener contacto directo o indirecto con el residente de anestesiología está compuesto por enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, instrumentador quirúrgico, terapeuta respiratorio, químicos farmacéuticos, regentes de farmacia, personal de ingeniería biomédica, personal de aseo, servicios generales de mantenimiento y camilleros. En particular, se ha observado que los auxiliares de enfermería contribuyen en la formación del residente de anestesiología de manera espontánea y no estructurada, aunque este papel no ha sido descrito de forma explícita en la literatura (La Rosa-Salas, y cols 2020). Por tanto, para fomentar una educación interprofesional efectiva, es importante comprender el papel actual que estos actores desempeñan y su interacción con el personal en formación de anestesiología, lo que puede mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente en el entorno perioperatorio (Becker, V. y cols 2022).

Dentro de la CIP, es absoluta la necesidad de reformular el papel que ejerce el/la auxiliar de enfermería en el proceso de aprendizaje en el equipo interprofesional, revisando detalladamente desde que perspectivas su trabajo y experiencia aportan a la formación de estudiantes, mediante la comunicación asertiva, delimitación de funciones y labores conjuntas e individuales para favorecer el enriquecimiento del aprendizaje en escenarios clínicos (Pérez-Etchetto, M.,2019). El aprendizaje de anestesia y cuidados perioperatorios no es ajeno a la tendencia de prácticas de colaboración interprofesional que se están empleando con mayor frecuencia en campos de la salud, dado que el trabajo interprofesional efectivo es primordial (Becker, V. y cols, 2022). Además, se ha demostrado que el trabajo colaborativo deficiente en este contexto se asocia con un aumento de la tasa de errores, morbilidad y mortalidad (Kurmann, A. y cols, 2014). En contraste, se ha observado que en instituciones donde se implementa estructuradamente CIP y los entrenamientos multidisciplinares, se han logrado mejores indicadores y resultados positivos en cuanto a la seguridad en la atención del paciente (Mazzocco, K., 2009). Por tanto, resulta crucial fomentar la colaboración interprofesional en el aprendizaje de anestesia y cuidados perioperatorios, ya que esto puede mejorar significativamente la atención del paciente y reducir los riesgos asociados a la atención sanitaria.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el papel de el/la auxiliar de enfermería en el proceso de formación del residente de anestesiología durante las rotaciones en salas de cirugía?

III.MARCO TEÓRICO

Las teorías de la educación son propuestas sistemáticas y coherentes que buscan comprender, explicar y mejorar los procesos de aprendizaje, enseñanza y educación. Cada teoría de la educación tiene diferentes supuestos, conceptos y modelos que pueden ser útiles para comprender diferentes aspectos de la educación, y promover un aprendizaje integral y significativo (Alvarez, L. & Abad, F.,2015) (DeBarr, K. A., 2004). Para el desarrollo de nuestro proyecto, nos basamos en la teoría sociocultural, teniendo en cuenta el concepto de colaboración interprofesional e interacción social continua entre la auxiliar de enfermería y el residente de anestesiología en el escenario de salas de cirugía, y cómo esta interacción puede jugar un papel en el proceso de formación del residente.

Por otra parte, también hemos considerado la aplicabilidad significativa de la teoría de mundos figurados perteneciente a las teorías socioculturales (Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L., 2019) (Urrieta Jr, L., 2007) (Wenger, E., 1998). La teoría de los "mundos figurados" de Dorothy Holland se basa en perspectivas constructivistas sociales sobre la cognición humana y el papel de la cultura en la configuración del comportamiento humano, convirtiéndose en marcos culturales compartidos que dan forma a cómo las personas entienden e interpretan sus experiencias (Holland, D., Lachicotte Jr, W., Skinner, D., & Cain, C., 1998).

La teoría de mundos figurados propone que las personas participan activamente en la construcción de los mundos sociales en los que habitan, convirtiéndose en un marco para comprender el papel de la cultura en la formación de la identidad individual y colectiva (Urrieta Jr, L., 2007). Estos mundos figurados se construyen a través de las interacciones sociales, el uso del lenguaje y otras formas de expresión cultural (valores, normas y prácticas) que brindan a las personas un sentido de coherencia y continuidad en sus vidas, y están integrados dentro de estructuras sociales más grandes, como instituciones, organizaciones y comunidades (Sisson, J. H., Whittington, V., Shin, A. M., Thiel, J. J., & Comber, B., 2022) (Jones, M. A., & Lefever, R. (2011).

En el contexto de la colaboración interprofesional, la teoría de los mundos figurados permite comprender las diferentes culturas y su diversidad implícita, considerando que cada profesión tiene su propio conjunto de normas, valores y expectativa que moldean la forma en que sus miembros interpretan y responden a situaciones diversas. (Reeves, S., & Freeth, D., 2002). En general, la teoría de los mundos figurados con sus componentes y subcomponentes (Tabla 1), es un marco útil para comprender y abordar las dinámicas culturales complejas de la colaboración interprofesional y para construir equipos más inclusivos, colaborativos y efectivos (Bennett, D., Solomon, Y., Bergin, C., Horgan, M., & Dornan, T., 2017) (Sisson, J. H., Whittington, V., Shin, A. M., Thiel, J. J., & Comber, B.,

Componente	Definición	Subcomponentes	Definición
Agencia	Capacidad de un individuo o grupo para actuar y tomar decisiones en su vida cotidiana, a pesar de las restricciones sociales, culturales y políticas que puedan enfrentar. En otras palabras, la agencia se refiere a la capacidad de las personas para hacer elecciones y tomar medidas, actuar de forma intencionada y reflexiva, de tal forma que puedan interactuar con otros en relaciones complejas.	Autoobjetivación	Capacidad del individuo para conceptualizar su identidad como perteneciente o encajante (o no) dentro de un determinado Mundo figurado
		Autocontrol	Capacidad del individuo para utilizar las herramientas disponibles dentro del MF para gestionar sus pensamientos, sentimientos y acciones para alinearse o no con las expectativas de su papel dentro del Mundo figurado
		Autodirección	Forma en que el individuo utiliza esas mismas herramientas dentro del MF para lograr sus objetivos esperados
		Autoautoria	Capacidad de comportarse utilizando el lenguaje, la vestimenta y otros símbolos apropiados del Mundo figurado para improvisar soluciones y exhibir agencia para superar los desafíos dentro de este
Improvisación	Capacidad de las personas para adaptarse a situaciones cambiantes y encontrar soluciones creativas a problemas inesperados o inciertos. La improvisación permite a las personas actuar de manera efectiva en situaciones donde las soluciones establecidas no son aplicables o no están disponibles, promoviendo la improvisación permite a las personas innovar y encontrar soluciones creativas a los desafíos que enfrentan.		
Discurso	Se refiere a las formas en que las personas construyen significados a través del lenguaje y la comunicación. Se trata de una manera de representación simbólica que permite a las personas construir y compartir sus perspectivas sobre el mundo. A través del discurso, las personas pueden generar narrativas sobre sus experiencias y relaciones, y estas narrativas pueden influir en la forma en que se percibe la realidad.		
Posicionamiento	Forma en que las personas se sitúan a sí mismas y a los demás en relación con los mundos figurados que construyen. Se trata de una forma de situarse dentro de un contexto social y cultural específico, y de construir y negociar la identidad. A través del posicionamiento, las personas pueden construir y negociar su identidad en relación con los mundos figurados en los que se desenvuelven. Estos posicionamientos pueden influir en la forma en que se les trata y en las oportunidades que tienen para participar en la sociedad.	Identidad Posicional	Atributo que una persona aporta al Mundo figurado, como el género o la raza
		Identidad Figurada	Atributo de una persona que se construye de forma exclusiva dentro de un MF específico -por ejemplo, decano de educación médica o director de prácticas-
Poder	Capacidad de las personas para influir en los mundos figurados que construyen y en las relaciones sociales en las que se desenvuelven. Se trata de una forma de controlar los recursos y la toma de decisiones en una sociedad o comunidad. El poder se entiende como una relación social que se construye a través de las interacciones y las prácticas sociales, y que puede ser ejercido tanto de manera visible como invisible. Las personas pueden utilizar el poder para reforzar y mantener las normas y las estructuras existentes, o para cuestionarlas y cambiarlas.		

2022).

Tabla No 1. Componentes y subcomponentes de la Teoría de Mundos figurados.

De esta manera, los fundamentos descritos en la teoría sociocultural de los mundos figurados nos permitirá entender mejor la interacción entre la auxiliar de enfermería y el

residente de anestesiología en salas de cirugía, convirtiéndose en una base sólida para poder responder a nuestra pregunta de investigación, teniendo en cuenta un enfoque integrado del producto de esta interacción y del papel de la auxiliar de enfermería en el proceso de formación del residente de anestesiología a través de la colaboración interprofesional.

En conclusión, para responder a nuestra pregunta de investigación, que tiene como base la colaboración interprofesional entre dos actores: un auxiliar de enfermería y un residente de anestesiología, nos apoyaremos en la teoría sociocultural de los mundos figurados desde un enfoque constructivista.

IV.METODOS

IV.a. Diseño metodológico

Realizamos una investigación cualitativa basada en el paradigma constructivista, empleando la autoetnografía. Utilizamos la autoetnografía, una metodología emergente en educación y medicina, que proviene de la antropología, para obtener un entendimiento más profundo y culturalmente contextualizado (Farrell, 2015). Este enfoque también involucra a los investigadores como participantes activos en la cultura estudiada, describiendo y reflexionando sobre las relaciones entre estudiantes y otros individuos en los entornos de enseñanza y aprendizaje (Wall, 2006). A diferencia de la investigación médica tradicional que se alinea con la filosofía positivista la cual busca una única realidad subyacente, la autoetnografía encaja dentro del paradigma de investigación interpretativista que enfatiza una realidad que es subjetiva y en continuo cambio, para la exploración del conocimiento; y habilita un espacio para la socialización de experiencias únicas, subjetivas y evocadas que promueven la comprensión de los entornos o contextos sociales dando auge a reflexiones sobre lo que podría llegar a ser el conocimiento a través de los aprendidos (Bunniss,S.,2010.)

Este método, aunque novedoso, posee fortalezas y debilidades, de las cuales somos conscientes como investigadores; nuestra intención es potenciar las ventajas y reducir el impacto de las desventajas de este. Dentro de sus bondades se encuentra el potencial de brindar una importante oportunidad de avanzar considerablemente en el entendimiento de la educación médica. Permite el estudio de los contextos culturales en la realidad diariamente experimentada por los investigadores y podría, por lo tanto, proveer una visión única dentro de las teorías de la educación vigentes. Sin embargo, el paradigma interpretativista en donde el investigador es el eje o núcleo central podría causar cierta resistencia en la comunidad médica y científica en salud pues no es la más empleada en la actualidad (Chang, H.,2008).

Para reducir la subjetividad innata de la autoetnografía tratamos de mitigar tal efecto mediante el registro continuo y metódico de los hallazgos, una buena construcción de las narrativas, la asociación de experiencias de agentes externos a los autores (colegas, compañeros de trabajo, etc.) aportando diferentes perspectivas que pueden diferir de la de los investigadores y una reflexividad sistemática en cada autor del estudio.

IV.b. Reflexividad

Con el propósito de garantizar una sólida reflexividad y fomentar así la Confirmabilidad de los hallazgos, es nuestro deber como autores de este estudio informar detalladamente sobre nuestras respectivas calificaciones y roles. El Dr. Wladimir Díaz ostenta el título de médico anesthesiólogo cardiovascular y ha desempeñado funciones docentes durante un lapso de cuatro años en el posgrado de anestesia de la Universidad del Valle, en el Hospital Universitario del Valle, en Cali. El Dr. Leopoldo Ferrer, por su parte, es médico anesthesiólogo e intensivista, con una trayectoria de más de 15 años en funciones docentes tanto en pregrado de medicina como en posgrado de anestesia, y ha acumulado experiencia en labores administrativas y asistenciales en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Por último, el Dr. Dewitt Arcón ejerce como médico y anesthesiólogo en la IPS SURA en Barranquilla, con un año de experiencia docente en el posgrado de anestesia de la Universidad Simón Bolívar. Cabe resaltar que todos los autores se encuentran actualmente matriculados en el programa de maestría en educación en profesionales de la salud de la Pontificia Javeriana, en colaboración con la Universidad del Rosario.

Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses en relación con el desarrollo de la investigación. Las auto-narrativas se llevaron a cabo de forma secuencial y quedaron documentadas en el programa Quirkos, una herramienta que permite la codificación de datos cualitativos y a la cual todos los autores tuvieron acceso mediante correo institucional y clave personal. Esto posibilitó la adopción de diversas perspectivas sobre el trabajo de cada investigador, en aras de potenciar la reflexividad. Este enfoque se facultó a los investigadores la evaluación constante de sus propios avances, prejuicios, suposiciones y motivaciones.

Adicionalmente, es fundamental destacar que los investigadores salvaguardaron celosamente la confidencialidad, aun tratándose de auto-narrativas. Esto se logró a través de la preservación del anonimato de la información y la precaución de no revelar detalles que pudieran exponer la identidad de las personas implicadas en el estudio. Para reforzar aún más el rigor del proceso, se llevaron a cabo reuniones semanales entre los investigadores con el propósito de realizar revisiones conjuntas y análisis minuciosos de la investigación en curso.

IV.c Consideraciones éticas

Este estudio fue realizado siguiendo los lineamientos éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993), y en la última actualización realizada de la declaración de Helsinki en 2013 para el desarrollo de actividades de investigación en salud (Declaración, D. H., 2017). Basado en el artículo 11 en el inciso “a” de la resolución 8430 de 1993 nuestro proyecto clasificó como una investigación sin riesgo y se consideró que no era necesario el uso de consentimiento informado. Sin embargo, basado en el principio de autonomía, cada uno de los investigadores aceptó voluntariamente compartir sus experiencias relacionadas con el relacionamiento de las auxiliares de enfermería y los residentes de anestesiología en salas de cirugía.

Teniendo en cuenta la ley estatutaria 1581 de 2012 (Pérez Álvarez, C., Acosta Giraldo, D., y Arboleda Vargas, L. F., 2015)., la cual reglamenta la protección de los datos personales como un derecho fundamental que han de tener todos los seres humanos, se garantizó la privacidad y confidencialidad de los(as) auxiliares de enfermería, de los investigadores y de las instituciones donde estos laboraban, evitando que fuera registrada en las narrativas recolectadas cualquier información que permitiera identificarlos, protegiendo sus datos personales, siendo reforzado esto con la asignación de un seudónimo a cada uno de los investigadores. Los investigadores podían solicitar el retiro de cualquiera de sus narrativas en el momento que lo consideraran.

Se estipuló que la representación de las experiencias personales de cada uno de los investigadores debería ser concordante con lo sucedido en la realidad, reportándola con

toda la honestidad, evitando desviaciones emocionales y con un ejercicio de reflexividad que fortaleciera la objetividad de lo consignado en cada narrativa. Adicionalmente, se evitó la manipulación o la exageración de la narrativa de las experiencias para evitar que se promoviera el producto de un relato más dramático o no correspondiente a la realidad experimentada. Las diferentes narrativas recopiladas, almacenadas y analizadas fueron colectadas en un “one drive” privado con restricción de acceso y con archivos que tuvieron claves o contraseñas, las cuales solo fueron conocidas por los investigadores, garantizando que se mantuvieran seguros. Los investigadores utilizaron el acceso a esta información a través de su correo institucional (urosario.edu.co).

Cada autor accedió a las bases de datos utilizando el correo institucional de la Universidad del Rosario y una contraseña única. Además, se llevó a cabo este acceso exclusivamente desde el computador personal de cada investigador, prohibiendo el manejo de información a través de dispositivos externos como pendrives, correos electrónicos personales o cualquier otro tipo de almacenamiento externo.

IV.d Contexto y muestra

El marco para llevar a cabo el estudio tuvo su génesis durante el transcurso de las actividades vinculadas a la Maestría en Educación en Profesionales de la Salud, ofrecida conjuntamente por la Universidad del Rosario y la Pontificia Javeriana, con una duración de cuatro semestres y modalidad virtual que incorporó sesiones sincrónicas semanales y sesiones asincrónicas de mayor frecuencia. Esta iniciativa surgió como respuesta a la observación por parte de los investigadores de una carencia de literatura académica formal relacionada con el tema, y, al mismo tiempo, debido a la marcada relevancia de la educación interprofesional en salud, específicamente el papel desempeñado por las auxiliares de enfermería en el proceso de formación de los residentes de anestesia. Es fundamental destacar que este trabajo de investigación se concibe como un requisito necesario para la obtención del grado académico.

En lo que respecta al desarrollo de la investigación, es oportuno señalar que los únicos participantes involucrados son los propios autores, quienes operan en contextos laborales y programas de entrenamiento diversos (sector público y privado), separados por la distancia

geográfica (Cali, Bogotá y Barranquilla), y experimentado una notable diversidad en términos culturales, regionales, protocolares y operativos. Esta variabilidad ha enriquecido significativamente la experiencia de los investigadores, los cuales llevaron a cabo auto-narrativas desde diversos enfoques y perspectivas, haciendo hincapié en el papel de la auxiliar de enfermería en la formación del residente de anestesia a lo largo del tiempo. En consecuencia, no se requirió la inclusión de una población adicional ni la obtención de consentimiento alguno. Las conversaciones relacionadas con colegas, auxiliares o residentes se entablan de manera casual e informal, sin una estructura predefinida ni una planificación específica, limitándose a diálogos laborales espontáneos. Estas conversaciones no involucran menciones de nombres ni la revelación de situaciones que puedan poner en riesgo la identidad de los individuos.

IV.e Recolección de datos

El proceso de recopilación de datos comenzó con una reunión virtual que involucró a los autores y a un asesor metodológico. Durante esta reunión, el moderador (asesor metodológico) planteó una serie de preguntas relacionadas con la experiencia personal de los investigadores en su residencia médica y el papel de las auxiliares en su formación. Estas respuestas se transcribieron y formaron la base de la investigación.

Posteriormente, cada autor desarrolló una auto-narrativa reflexiva sobre las interacciones que tuvieron con auxiliares de enfermería durante su entrenamiento como residentes. Luego, se repitió este ejercicio, pero centrado en la experiencia actual como docentes, explorando el rol de las auxiliares en la formación de los residentes de anestesia en la actualidad. Finalmente, se llevaron a cabo narrativas sobre la percepción actual de las auxiliares de enfermería y su contribución al aprendizaje de los residentes de anestesia en las instituciones de trabajo docente mediante conversaciones y comentarios informales.

En estas dos últimas narrativas, únicamente los autores WD y LF participaron en la redacción, dado que en ese momento eran los únicos que mantenían cargos docentes activos con residentes. DA, en cambio, se encargó de realizar las codificaciones iniciales antes de llevar a cabo revisiones cruzadas, un proceso esencial para asegurar la validez y la calidad de las codificaciones. Todo el proceso de codificación se llevó a cabo utilizando la

herramienta Quirkos, como se describe anteriormente, y se esforzó por realizar revisiones de cada codificación por parte de al menos dos investigadores para garantizar la credibilidad de los hallazgos.

IV.f Análisis de datos

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el método de análisis temático siguiendo la propuesta metodológica de Braun y Clarke (Clarke V, Braun V., 2017). En una primera etapa, se procedió a la familiarización con el conjunto de datos recopilados en las dos primeras series de narrativas. Esto implicó una lectura activa y repetida de los datos, tanto de forma individual como en sesiones grupales que involucraron a los investigadores. A continuación, con el fin de organizar los datos en un nivel de detalle y especificidad, se dio inicio al proceso de codificación inductiva. En esta fase, se generaron los primeros códigos de manera precisa y bien definida para que pudieran encajar dentro de un marco de codificación sin que se superpusieran. Esta primera fase de codificación se llevó a cabo inicialmente de manera individual por cada investigador y luego de manera conjunta por el grupo completo de investigadores. Este proceso se repitió para cada conjunto de narrativas que se recopiló durante la fase de obtención de datos, resultando en un total de 53 códigos que posteriormente se consolidaron en un número final de 32 códigos.

En una etapa subsiguiente, se procedió a la identificación de temas basándonos en un análisis, inductivo utilizando los conceptos sensitivos de la teoría de “mundos figurados” como agencia, posicionamiento, improvisación, discurso y poder (Bennett, D., Solomon, Y., Bergin, C., Horgan, M., & Dorman, T., 2017) (Sisson, J. H., Whittington, V., Shin, A. M., Thiel, J. J., & Comber, B., 2022). Este proceso se llevó a cabo de manera activa, iterativa y con un enfoque interpretativo, inicialmente de manera individual y luego en sesiones grupales. Posteriormente, se procedió a una revisión de los temas y se analizaron los datos codificados que estaban asociados a cada uno de ellos con el fin de garantizar un ajuste adecuado. Los temas fueron objeto de múltiples revisiones, asegurando que todos los datos codificados se incluyeran de manera apropiada en el análisis final y que los temas individuales se ajustaran de manera precisa al conjunto original de datos.

Con la consolidación de estos temas, se procedió a definir y describir narrativamente cada uno de ellos, haciendo uso de los principios clave de la teoría de los "mundos figurados". Se puso énfasis en los aspectos más relevantes de cada tema y en el alcance de los datos que abarcaban. Así, se generó una narrativa final coherente que explora cómo y por qué los datos codificados en cada tema representan conocimientos únicos y contribuyen a la comprensión general del problema estudiado. Este producto final comprende una interpretación de los datos recopilados, respaldada con extractos textuales de las narrativas, incluyendo citas directas de los participantes. Esto proporciona una explicación clara, concisa y lógica, no solo de cómo los investigadores interpretan los datos, sino también de por qué se seleccionaron esos temas y de la interpretación integral de los mismos.

V. RESULTADOS

V.a Reconfigurando el papel de las auxiliares, balance entre un posicionamiento con privilegios y un posicionamiento con restricciones.

Existen cambios, desafíos y dinámicas que las auxiliares de enfermería experimentan en su rol tradicional cuando participan en la formación de residentes de anestesiología. Esta participación está claramente afectada por su posicionamiento en el mundo figurado de salas de cirugía, el cual puede balancearse entre un posicionamiento con privilegios y un posicionamiento con restricciones, dependiendo predominantemente de las directrices definidas por la institución sobre las funciones de la auxiliar de enfermería en la atención en salud y en su equipo de trabajo.

Dentro de las narrativas se caracterizaron dos tipos de posicionamiento, el primero con un empoderamiento asociado a la alta familiarización con los procesos de salas de cirugía adquiridos a través de la experiencia, generando un control casi absoluto sobre la sala y un papel protagónico en los diferentes procesos, desempeñando un rol preponderante en la organización de salas, preparación de medicamentos, distribución de aditamentos y procedimientos que permiten la enseñanza de estos a los residentes, además; el docente de anestesia promueve su participación activa en el cuidado y manejo del paciente: “El contraste se hizo aún más evidente cuando llegue a ejercer mi profesión en Colombia. Aquí, las auxiliares de enfermería de quirófanos desempeñaban un papel mucho más activo en el manejo de la sala. Eran las encargadas de preparar los medicamentos y los insumos, y seguían las instrucciones del anesthesiólogo de manera diligente” (A1).

En contraste con lo anterior, cuando las enfermeras se encuentran bajo un posicionamiento restringido, se le limitan las funciones a solo circularle al cirujano e instrumentadores, las funciones descritas en el caso de posicionamiento privilegiado las realizan los enfermeros jefes por instrucciones institucionales específicas. Se establecen nuevas funciones, confrontando realidades emergentes e implementando jerarquías marcadas, las cuales pueden desvanecer el impacto que ellas puedan tener en su entorno, incluyendo el residente de anestesia: “Su impacto en promover un ambiente seguro se ha desvanecido a través del tiempo, y el respaldo del residente para integrarse con el resto del equipo de trabajo y sentirse cómodo y en confianza dentro de salas de cirugía se ha desviado hacia la enfermera jefe” (A2); “detrás de la cual se oculta esa pérdida de fuerza para impactar en el entorno, en el equipo y en todo el quirófano” (A2).

Es así como, algunas auxiliares se han posicionado en el punto jerárquico base de salas de cirugía, limitando su participación activa y espontánea en el equipo de trabajo, desvaneciendo su interés por enseñar lo aprendido a través de los años y circunscribiendo su desempeño a las funciones definidas institucionalmente e incluso a la sombra de la enfermera jefe: “La verdad no sé si ellas se sienten parte del equipo o solo un integrante más del grupo y no de un equipo, e incluso hasta su ubicación en la sala se caracteriza por quedarse en una esquina al frente de un computador a espera que requieran sus servicios” (A2); “sus funciones en salas de cirugía están claramente delineadas y delimitadas, y dentro de estas funciones no encuentran el rol de enseñanza a los residentes de anestesia” (A2).

Lo anterior refleja cómo las auxiliares de enfermería afectan su agencia al experimentar cambios en su rol dependiendo del posicionamiento y nivel de empoderamiento que manifiesten en el mundo figurado donde se encuentren, pudiendo afectar su agencia, capacidad de improvisación y teniendo percepciones variadas sobre su papel en la formación de residentes. Estos ejemplos ilustran las dinámicas complejas en el entorno de la sala de cirugías en el contexto de la formación médica, y deja expuesta la transformación y redefinición del papel tradicional de las auxiliares de enfermería en el contexto de la formación de los residentes de anestesiología, incluyendo elementos como el empoderamiento de las auxiliares más allá de su rol habitual, la confrontación de realidades

y jerarquías marcadas, así como la implementación de nuevas funciones y el temor a posibles recriminaciones.

V.b Efectos de un posicionamiento privilegiado con relación al entrenamiento del residente.

En ese contexto, cuando el auxiliar se encuentra en un posicionamiento con privilegios puede facilitar el aprendizaje del residente al compartir su experiencia y conocimiento práctico, generar una relación colaborativa y contributiva que promueve un ambiente de trabajo armonioso, incentivar la formación del residente y su adaptación a todos los procesos dentro de salas de cirugía y al trabajo en equipo. Por otro lado, puede obstaculizar la participación del residente dentro del mundo figurado e incluso generar conflicto entre el conocimiento teórico y empírico (Tabla 2).

Efectos de la Auxiliar de enfermería con posicionamiento privilegiado en el entrenamiento del residente	
Efectos positivos	Efectos negativos
Introducción en el manejo y dinámica de las salas	Obstaculizando la participación del residente dentro del mundo figurado
Puente con los miembros del equipo quirúrgico	Conflicto entre conocimiento teórico y empírico
Enseñanza no estructurada de habilidades técnicas	
Contribución en la seguridad y cuidado del paciente	
Apoyo emocional para el residente	
Contribución con la supervisión y evaluación del estudiante.	

Tabla 2 *Efectos de la Auxiliar de enfermería con posicionamiento privilegiado en el entrenamiento del residente.*

V.b.1 Introducción en el manejo y dinámica de las salas

En las narrativas se describe como los auxiliares de enfermería bajo un posicionamiento privilegiado brindan a los estudiantes una introducción práctica y puntual en el mundo figurado de sala de operaciones a través de su experiencia y habilidades, enseñan a los residentes de anestesiología el trabajo en equipo bajo presión, toma de decisiones críticas y comunicación asertiva y respetuosa. Este dialecto lleno de tecnicismos y dispositivos relacionados con la anestesia se vuelve más comprensible gracias a su orientación. En los

siguientes comentarios, exploraremos cómo los auxiliares de enfermería contribuyen al proceso de aprendizaje y desarrollo de los residentes de anestesiología.

“Sin duda, puedo decir que la introducción más práctica y puntual dentro de mi novatez me la hizo una auxiliar de enfermería” (A3).

“Las auxiliares de enfermería me ayudaron a introducirme de una manera muy agradable en ese dialecto lleno de tecnicismo que incluía dispositivos y otros elementos que directa o indirectamente estaban relacionados con anestesia” (A2).

V.b.2 Puente con los miembros del equipo quirúrgico

A nivel global encontramos que las auxiliares asumen roles de “puente” o enlace con el resto del equipo pues “ayudan a la comunicación con el resto de equipo quirúrgico” (A2), siendo muy participativas en la resolución de conflictos pues eran muy conciliadoras tanto que mencionan situaciones como: “un día llegué un poco retrasado a la sala, y el docente me dijo: “que va a preparar para este paciente”, y eso fue como si me dieran un golpe en la cara, creo que me puse muy pálido y no sabía ni que decir, me quedé bloqueado. Cuando de pronto súbitamente apareció la auxiliar riéndose y dijo “doctor deje de molestarlo, no se así de malo” y soltó una fuerte carcajada. Solo con eso empecé a respirar nuevamente, y se me fue desacelerando el corazón, sentí un gran alivio con esa intervención. En ese momento no sabía si reírme o gritar de la felicidad, porque hasta el docente se puso a reír mucho. Quedé sorprendido como ese momento tan tenso, con su intervención, generó un ambiente agradable que me permitió estar muy tranquilo todo el resto del día” (A2). Del mismo modo, es notorio percibir un papel de atenuadoras de situaciones difíciles para el residente y de trabajo en equipo con el mismo, teniendo una percepción de defensoras al “verlas como un apoyo en situaciones complejas, actuaban muchas veces como una válvula de escape ante tanta tensión y presión ejercida principalmente sobre el residente de primer año” (A3).

Incluso en situaciones de urgencias, estas profesionales pueden improvisar roles y ofrecer orientación valiosa a los residentes, basada en años de experiencia, contribuyendo a su formación en la toma de decisiones bajo presión: “En medio de la tensión de una cirugía, dejaban expuesta su capacidad para tomar decisiones, para optar por una actitud de ayuda, acompañada de propuestas de acción que ellas habían aprendido de otros profesionales en situaciones similares a través de sus años de experiencia. Es así como, me dejaba sorprender por la capacidad de improvisación que ellas manifestaban y las veía como mis asesoras complementarias en estas situaciones, aprendiéndoles de su capacidad para interactuar de la mejor manera posible en la dinámica del equipo cuando se enfrentaban a situaciones críticas en salas de cirugía, e incluso ellas les sugerían acciones a los superiores de la sala, siempre preocupadas por tratar de resolver la situación que se está presentando” (A2); sustentando como las auxiliares pueden generar enlaces significativos para facilitar el desempeño del residente en situaciones de urgencia.

Es evidente que, dentro de este mundo figurado, las auxiliares de enfermería ejercían roles que trascendían más allá de sus funciones básicas a su profesión, improvisando en muchas ocasiones como mentoras, protectoras y guías del residente en circunstancias de estrés emocional como situaciones críticas con pacientes u otro personal del equipo de trabajo.

V.b.3 Enseñanza no estructurada de habilidades técnicas

Dentro de la tutoría y aprendizaje activo se describen como las auxiliares se convierten en mentores del residente para mejorar su desempeño en general, por medio de una gran cantidad de habilidades y conocimientos que comparte desde preparación de fármacos hasta pautas claves para procedimientos puntuales.

Los auxiliares de enfermería comparten con los residentes su aprendizaje y experticia sobre habilidades técnicas específicas relacionadas con la anestesiología y con el quirófano, jugando un papel importante en la enseñanza de este tipo de habilidades, las cuales incluyen como hacer una adecuada canalización de venas y de líneas arteriales, competencias esenciales para los anesthesiólogos: “Los que se interesan, la auxiliar de enfermería son las encargadas, al menos en el nivel de complejidad bajo de enseñarles a canalizar, ya en alta complejidad en anestesia cardiovascular, en una de las instituciones

donde yo estoy, prácticamente quien les enseña a canalizar las líneas arteriales es un auxiliar de enfermería, ellos tienen ese contacto estrecho y asimismo como yo les exijo que tienen que aprender a canalizar brazos grandes, los auxiliares de enfermería son los que les enseñan a canalizar accesos 16 o 14 para que puedan adquirir esa competencia que les exijo a los residentes de último año durante esa rotación de anestesia cardiovascular” (A1).

Los auxiliares de enfermería no solo enseñan habilidades técnicas, sino que también comparten conocimientos más amplios, proporcionando una formación integral que va más allá de la anestesiología. También refuerzan habilidades no técnicas que enriquecen de manera significativa el proceso de aprendizaje de los residentes, incluyendo relacionamiento con el equipo, tales como: cuidados generales del paciente: “Su compromiso con la enseñanza y el cuidado del paciente es una inspiración para todos nosotros en el campo de la medicina” (A2); “fortalecen la confianza de los residentes y los prepara para asumir mayores responsabilidades” (A1); “La relación con los auxiliares de enfermería también fomenta la comunicación efectiva y la coordinación en el quirófano” (A2).

V.b.4 Contribución en la seguridad y cuidado del paciente

Existe un sentido de compromiso por salvaguardar a cada paciente por parte del residente y la auxiliar, pues se resalta que “la responsabilidad compartida de garantizar la seguridad del paciente creó un sentido de colaboración y unidad en el equipo quirúrgico” (A1), se promovía un ambiente generalmente colaborativo, “compartían no solo el cuidado sino también los valores fundamentales de la profesión médica, como la empatía y el compromiso con el bienestar del paciente” (A3); y muestran los principios claves sobre calidad de la atención en salud y seguridad de paciente, “La seguridad del paciente siempre fue una prioridad en el quirófano, y las auxiliares de enfermería desempeñaron un papel fundamental en este aspecto. Me enseñaron la importancia de la higiene, la esterilización y las precauciones para prevenir infecciones. Cada día en el quirófano era una lección sobre cómo mantener un ambiente seguro y estéril para nuestros pacientes” (A2). Adicionalmente, su poder trascendía a escenarios más relevantes como la supervisión y vigilancia de los pacientes en las salas de cuidados post- anestésicos: “Fue esta auxiliar la que notó que la paciente no estaba respirando adecuadamente y actuó de inmediato para

intervenir” (A1), lo que evidencia que dentro de su posicionamiento tenían la libertad o autonomía de asumir funciones que no le competían específicamente como la mencionadas.

V.b.5 Apoyo emocional para el residente

Las auxiliares de enfermería tienden a soportar el cuidado físico y emocional del residente, asegurándose de que esté bien y atendiendo a sus necesidades extracurriculares, destacando la importancia del apoyo emocional brindado por las auxiliares de enfermería en el día a día y sobre todo durante la realización de procedimientos estresantes: “hay algunas auxiliares de enfermería que llevan mucho tiempo en el servicio y se encargan de cuidar al residente independientemente, si está bien, si ya comió, si le hace falta algunas cosas extracurriculares que de una u otra forma, son importantes como la alimentación” (A1). Se resalta la relación cercana desarrollada con las auxiliares y cómo estas se preocupan por su bienestar físico y emocional: “a veces se preocupan por su estado de ánimo. Así me sucedía, Por ejemplo, yo que era extranjero con la auxiliar de enfermería. Ellas estaban preocupadas por mi desayuno, si estaba todo bien en lo extracurricular y puede cultivar una buena relación en ese sentido con ellas” (A1). Asimismo, realizan un papel motivador de manera efectiva, pues brindan amabilidad y empatía como lo expresa: “la primera cara amable acompañada de una sonrisa con un saludo afectuoso era de las auxiliares de enfermería, tratando de compartir algo de energía para convertir ese espacio tenso de salas de cirugía en un espacio más ameno y agradable. Ellas siempre preguntaban: “¿cómo amaneció doctor?, ¿qué tal estuvo su fin de semana?” y si me percibían diferente o triste: “¿doctor está bien?, ¿lo regañaron? ¿le pasó algo?; todo esto siempre acompañado automáticamente de una frase de ánimo como: “Ay no le haga caso, ese doctor así, eso se le pasa” o “venga y se toma un cafecito”; era la forma como ellas me motivaban y buscaban hacerme sentir mejor” (A2).

Vale la pena mencionar como una buena relación con las auxiliares de enfermería fortalece la confianza y la motivación de los residentes para llevar a cabo todas las actividades diarias que implican un mejor rendimiento en sus actividades dentro de salas de cirugía: “Uno de los aspectos más destacados de mi experiencia en México fue la relación cercana que desarrollé con las auxiliares de enfermería. Como extranjero en un país nuevo, me sentía fuera de lugar al principio, pero ellas me recibieron con los brazos abiertos. Estaban

preocupadas por mi bienestar, tanto físico como emocional. Se aseguraban de que hubiera tenido un buen desayuno antes de una cirugía larga y se tomaban el tiempo para preguntar cómo me sentía. Esta relación de cuidado mutuo hizo que mi tiempo en México fuera más agradable y memorable” (A1).

V.b.6 Contribución con la supervisión y evaluación del estudiante.

El poder y la confianza que llegaban a obtener algunas auxiliares no era despreciable, pues incluso se refiere que podían ejercer supervisión clínica del estudiante “los docentes titulares las tenían muy en cuenta (auxiliares) a la hora de la vigilancia, evaluación del desempeño y actitudes de nosotros como residentes, ya que pasaban más tiempo con nosotros. También retroalimentaban a los docentes evaluadores y, de manera discreta, nos avisaban si estábamos en la "mira" de algún profesor para que corrigiéramos ciertos comportamientos de manera preventiva” (A3).

Adicionalmente, el empoderamiento que obtenían las auxiliares de enfermería al pasar el tiempo con los docentes de anestesia era tal, que influían en las apreciaciones de cada docente evaluador sobre todos los residentes de anestesia, emitiendo conceptos de desempeño en escenarios de práctica clínica, así como también aconsejando o previniendo a los estudiantes de alguna represalia o medidas punibles por parte de los docentes hacia un residente en particular.

En términos generales, las auxiliares aportan a la formación del residente contribuyendo como entes evaluadores, emitiendo juicios y observaciones en la práctica clínica diaria, fortaleciendo educación interprofesional pues el aprendizaje en muchas ocasiones es bidireccional y de esta manera sintiéndose de utilidad en el proceso de formación del estudiante.

V.b.7 Obstaculizando la participación del residente dentro del mundo figurado

Aunque no siempre ejercían efectos positivos debido a que en ocasiones se presentaban auxiliares con actitudes desafiantes y altivas ejerciendo funciones que estaban más allá de su mundo figurado, debido a su posicionamiento privilegiado y además poder específico

que no dudan en ejercer para entorpecer, en este caso, la participación del residente en las salas de cirugía como se describe a continuación:

“Encontré una auxiliar que parecía sentir que tenía el control absoluto de la sala y que prefería a los residentes de otras especialidades sobre los nuestros. Esto a veces generaba tensiones y dificultades en la comunicación” (A1), “Ella había estado en el servicio durante muchos años y parecía haberse convertido en la guardiana de la sala. Controlaba los uniformes y solo entregaba a los residentes de neurocirugía, ignorando a los médicos adscritos y a los residentes de anestesiología que también tenían rotaciones ocasionales en esa área. Esto creaba una sensación de exclusión y dificultaba nuestra integración en el equipo quirúrgico” (A1).

V.b.8. Conflicto entre conocimiento teórico y empírico

Por otro lado, se presentan situaciones que pueden generar algún grado de conflicto entre la auxiliar y el anestesiólogo docente, debido a la adquisición indirecta y no estructurada de habilidades técnicas por parte del residente bajo la directriz del auxiliar que en ocasiones es considerado por el docente anestesiólogo como personal no apto para impartir enseñanza en los residentes bajo su cargo: “Por otro lado, existía siempre cierto grado de resistencia por parte del cuerpo docente a que nosotros, como residentes, adoptáramos ciertas "mañas" en ciertos procedimientos, alejándonos de lo que recomendaba la evidencia científica. Por eso estaban siempre muy atentos al paso a paso en los procedimientos invasivos y al manejo en general de los pacientes. Insistían en que las auxiliares eran mecánicas y que nosotros, como residentes, teníamos la obligación de individualizar cada caso según el contexto clínico del momento” (A3). Dentro de este escenario, el discurso que se recibía por parte del cuerpo docente a los residentes era claro: “no copiar malos hábitos procedimentales de las auxiliares de enfermería pues se estaba en formación” (A3).

Sin embargo, es importante puntualizar que mientras evolucionaba ese residente a lo largo de la carrera, asumía una actitud diferente a medida que obtenía más criterio y

conocimiento científico: “la percepción del rol de las auxiliares fue cambiando de manera lógica a medida que adquiríamos más conocimientos en el área.” Y de este modo cada residente de último año podía discriminar cuales auxiliares desarrollaban más capacidades en escenarios clínicos desafiantes y complejos, además; había espacio para la reflexión del residente sobre lo que recibía de las auxiliares: “Pude notar que ciertas acciones que nos enseñaban las auxiliares inicialmente quizás ya no tenían tanta validación científica, pero se hacían por modelaje debido al contexto socioeconómico de aquel momento” (A3).

Estos ejemplos demuestran cómo las auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en la formación de los residentes de anestesiología en la sala de operaciones, proporcionando orientación, apoyo y retroalimentación valiosa para su desarrollo profesional. Las interacciones entre los residentes y las auxiliares de enfermería tienen un impacto significativo en la calidad de la educación y en el desempeño clínico de los residentes.

V.c Efectos de un posicionamiento restringido en el entrenamiento del residente

Por otro lado, cuando se encuentra en un posicionamiento con restricciones se hace más evidente la condición jerárquica excesiva que inhibe la comunicación abierta y la retroalimentación entre la auxiliar de enfermería y el residente, pueden sentirse limitadas en su autonomía y capacidad para tomar decisiones e iniciativas que promuevan o faciliten la mayor integración del residente con el equipo de trabajo y la adaptación a los diferentes procesos en salas de cirugía, la falta de guía o mentoría clara por parte del/la auxiliar puede dejar al residente sin un apoyo significativo en algunas situaciones desafiantes. Sin embargo, esta condición también puede exponer un posicionamiento menos centralizado que conlleva al empoderamiento por parte del residente para asumir más responsabilidades y tomar decisiones dando lugar a una mayor diversidad de perspectivas y enfoques en el aprendizaje.

En este contexto, donde las auxiliares de enfermería han perdido autonomía en su trabajo y han visto limitadas sus capacidades de toma de decisiones independientes, se observa que las interacciones entre residentes y auxiliares se han vuelto más mecánicas y se centran en

solicitudes específicas, con un enfoque en funciones técnicas: “solo reciben órdenes y automatizan sus labores según los protocolos para cada cirugía” y “los aportes a los procesos técnicos que realizan los residentes son muy limitados, indicaciones básicas sin significativo y continuo respaldo, incluso cuando el residente pide algún soporte” (A2).

También encontramos que algunas enfermeras prefieren mantenerse al margen de la relación personal con el residente, y mantienen una relación social de cordialidad y respeto, sin manifestar algún interés por servirle de soporte desde el punto de vista emocional o físico, lo cual pudiera ser un elemento ausente importante en escenarios donde el relacionamiento e interés mutuo de bienestar actúa como un facilitador del proceso de formación de un estudiante. Evidenciado lo anterior en las siguientes anotaciones reportadas por A2:

“No observé alguna situación donde la auxiliar de enfermería ayudara al residente a comprender su posición dentro del equipo de atención médica y a sugerir mecanismo de adaptación e integración al equipo”

“Esta relación es carente, en sentido bilateral, de alguna intención adicional que busque aportar de manera consistente bases para la formación del residente de anestesiología o para la evolución de conocimientos por la auxiliar de enfermería.”

Lo anterior derivado de políticas institucionales que limitan su agencia, posicionamiento y poder dentro del mundo figurado desde la restricción en la manipulación de medicamentos, hasta una asignación de roles distintos a la vocación asistencial (Consecución de insumos necesarios para el equipo quirúrgico y labores de gestión encaminadas más a solucionar cuestiones operativas en la sala de cirugía).

VI. DISCUSIÓN

Este estudio revela que la contribución de las auxiliares de enfermería en la formación de los residentes de anestesiología está intrínsecamente ligada a su posición en el mundo figurado, que puede variar desde una posición privilegiada hasta una restringida. Esto depende en gran medida de las políticas y directrices establecidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) donde trabajan. En una posición privilegiada, las auxiliares desempeñan un rol fundamental al compartir su experiencia y conocimiento práctico en una colaboración estrecha. Esto se traduce en la creación de ambientes de trabajo armoniosos, la promoción de la formación y adaptación de los residentes a los procedimientos en el quirófano, el fomento del trabajo en equipo, la resolución de problemas, la enseñanza de procedimientos básicos, la supervisión de la seguridad del paciente y el apoyo emocional y psicológico. Por otro lado, cuando se encuentran en una posición restringida, las auxiliares pueden verse limitadas en su autonomía y su capacidad para contribuir a la formación de los residentes debido a restricciones administrativas

impuestas por las IPS. En este escenario, su posicionamiento se reduce a seguir instrucciones básicas de sus superiores, lo que reduce significativamente su participación en la educación de los residentes.

Reconocemos que el papel de las auxiliares en la EIP con los residentes de anestesiología se da de manera no estructurada y espontánea, este estudio se alinea con hallazgos previos de Pérez., y cols (2019) y La Rosa-Salas., y cols (2018) quienes afirman que la EIP se desarrolla diariamente, aunque sin una estructuración e integración de los roles de la enfermera en el equipo de salud, y proponen una modificación de las culturas de trabajo y coordinación de poderes internos en los diferentes equipos. Sin embargo, cabe destacar que, hasta la fecha de este estudio, no se ha publicado ninguna investigación que explore o describa en detalle el rol de las auxiliares de enfermería en la EIP con residentes de anestesiología. La literatura existente se ha centrado principalmente en los profesionales de enfermería con roles de liderazgo, dejando un vacío en la comprensión de las contribuciones de los técnicos (auxiliares) en la EIP.

La educación profesional en salud inicialmente se concebía con un componente altamente intraprofesional, en donde cada estudiante era formado e instruido de forma específica en los conocimientos y habilidades propias de cada profesión (Baker, y cols., 2016). Lo anterior discrepa de lo mostrado por nuestro estudio, en donde se evidencia el impacto positivo de la EIP en la formación de los residentes de anestesia; siendo congruente con lo expuesto por Stalmeijer., y Cols (2021) que definen lo intraprofesional como una paradoja siendo una visión distorsionada del trabajo en equipo, y destacan la EIP con un perfil holístico y de trabajo colaborativo. Sin embargo, nosotros identificamos barreras para la implementación de enfoques interprofesionales en la práctica clínica, tales como jerarquías extremas que derivan en un posicionamiento restringido, falta de interés y falta de capacitación del personal en la planificación y ejecución de estrategias de EIP, lo cual concuerda con Pecukonis et al. (2008) y McCallin et al. (2003).

Es evidente que la función de las auxiliares en la formación de los residentes está estrechamente vinculada a su posición en el mundo figurado. Aquellas con un posicionamiento privilegiado desempeñan un rol significativo en la calidad de la educación y el desempeño clínico de los residentes. Estas auxiliares asumen roles de mentoría y

consulta basados en su extensa experiencia y conocimiento profundo de las salas de cirugía, lo que facilita los procesos y va de la mano con investigaciones anteriores como la de Barr y colegas (2013). En contraste, en una posición restringida, la capacidad de influencia de las auxiliares en el proceso formativo de los residentes se ve limitada. Esto coincide con hallazgos similares en el estudio de Jayasuriya.,y cols (2016), donde se observa que, las auxiliares de enfermería dependiendo de su posicionamiento (experiencia, habilidades específicas) se les asignaba responsabilidades adicionales a sus funciones iniciales, no obstante en algunos casos a pesar de la experiencia, las auxiliares y otros asistentes permanecen en un nivel jerárquico inferior en algunas instituciones, lo que restringe su empoderamiento y su agencia en la formación de los residentes de anestesia.

Es importante destacar que el empoderamiento y la autonomía de las auxiliares no siempre son beneficiosos para la formación de los residentes. En algunas situaciones, esto puede dificultar su proceso de aprendizaje y desempeño al deteriorar las relaciones con los docentes y otros profesionales, reducir las oportunidades de desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas, y disminuir la seguridad y confianza del residente en el equipo de trabajo, alineándose con investigaciones previas como las de Reeves., y cols (2016).

Este papel protagónico encontrado en nuestro estudio motiva a la realización de investigaciones con mayor rigor metodológico que incluya percepciones tanto de auxiliares como residentes de anestesia para explorar más a fondo el papel exacto de las primeras en la formación de los estudiantes.

VII. LIMITACIONES

Nuestro estudio se desarrolló bajo un enfoque constructivista basado en una autoetnografía en el mundo figurado de la sala de operaciones donde se explora el papel del/la auxiliar de enfermería en la formación del residente de anestesiología, puede proporcionar información valiosa sobre experiencias subjetivas y perspectivas personales de los investigadores, examinando críticamente las experiencias propias y cómo estas influyen en su comprensión del mundo figurado, permitiendo que se haga una exploración profunda de las experiencias personales y cómo se construyen dentro de esos contextos socioculturales específicos.

La interpretación de las experiencias personales descritas se tornó desafiante y compleja, condicionando a múltiples apreciaciones individuales, que exigieron a los investigadores el desarrollo de habilidades avanzadas de reflexión, discusión, escritura y narrativa para comunicar efectivamente las experiencias y su significado, lo cual pudo haber condicionado en la limitación para la obtención de conclusiones objetivas. Adicionalmente, debemos tener en cuenta que este proyecto se basa en el diseño de narrativas reflexivas provenientes de investigadores que pertenecen a dos instituciones distintas y que abordan la situación

desde diferentes roles y momentos, las cuales reflejan circunstancias particulares de la interacción entre el/la auxiliar de enfermería y el residente de anestesiología. De esta manera, podemos estar asumiendo muchos aspectos o componentes importantes de esta interacción que pudieran conocerse a mayor profundidad al incluir a estos actores centrales (auxiliar de enfermería y residente de anestesiología) dentro de la exploración de esta situación.

Por lo tanto, en un futuro sería muy valioso llevar a cabo un estudio que permitiera conocer de manera directa el concepto y visión individual de las auxiliares de enfermería y los residentes de anestesiología, para reforzar la integralidad de las perspectivas, fortaleciendo el entendimiento de esta interacción y el impacto en la formación del residente de anestesiología que tiene la auxiliar de enfermería según el tipo de posicionamiento que desarrolle.

VIII. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Es innegable la función central que desempeña la (EIP) en la formación de nuestros residentes de anestesia, particularmente en su relación con las auxiliares de enfermería, aunque es importante señalar que la literatura que respalde específicamente esta afirmación es escasa. No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio brindan un indicio prometedor y alentador, al revelar que los residentes que establecen relaciones sólidas y un contacto estrecho con las auxiliares de enfermería en el entorno quirúrgico experimentan mejoras significativas en su desempeño y confianza en su práctica clínica diaria, contribuyendo así a un crecimiento profesional mutuamente beneficioso.

En este sentido, consideramos que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberían promover y facilitar entornos propicios para el desarrollo natural de la EIP, dado que esta favorece una atención sanitaria más efectiva y un aprendizaje enriquecedor para los estudiantes. Debería evitarse la excesiva restricción de la autonomía de las auxiliares de enfermería en su rol como orientadoras y mentoras. Además, es imperativo que las IPS

ofrezcan una formación y concienciación más efectiva a otros profesionales de la salud, a fin de optimizar los procesos de EIP en todos los niveles de formación.

Proponemos el diseño de estrategias educativas desde la perspectiva docente para fomentar la implementación de situaciones de EIP en cada institución. En particular, sugerimos que se establezcan protocolos para asignar tareas específicas a las auxiliares de enfermería, tales como la inducción inicial en el manejo de salas de cirugía para los residentes de primer año o recién incorporados a la IPS. Asimismo, se propone delegar a las auxiliares la función de instructores en la adquisición de habilidades técnicas, como la colocación de accesos venosos periféricos, y, bajo la supervisión de un anestesiólogo experimentado, la inserción de líneas arteriales en miembros superiores. También, se sugiere que se designen auxiliares para guiar e instruir a los residentes en las indicaciones dentro del quirófano, dependiendo del anestesiólogo a cargo o de cirugías particulares que requieran un manejo farmacológico especializado (preparación de infusiones, y medicamentos para inducciones anestésicas).

En última instancia, extendemos una invitación a todos los docentes a continuar su formación en estrategias de enseñanza y aprendizaje basadas en la EIP, con el propósito de fomentar de manera más efectiva y controlada estas actividades en entornos clínicos, contribuyendo así al avance de la educación médica interprofesional.

IX. REFERENCIAS

- Alvarez, L. & Abad, F. (2015). Teorías de la educación: conceptos fundamentales. Universidad Nacional de Colombia. http://www.bdigital.unal.edu.co/52244/1/Teorias_de_la_educacion_conceptos_fundamentales.pdf.
- Aguilar, J. P. (2018). Paradigma constructivista en la Educación. *Luciernaga-Revista de Estudiantes de Filosofía*, 8(16), 20-20.
- Bada, S. O., & Olusegun, S. (2015). Constructivism learning theory: A paradigm for teaching and learning. *Journal of Research & Method in Education*, 5(6), 66-70.
- Barr, H., & Low, H. (2013). Introducción a la educación interprofesional. Pag 6.
- Becker, V., Jedlicska, N., Scheide, L. et al. Changes in medical students' and anesthesia technician trainees' attitudes towards interprofessionality – experience from an interprofessional simulation-based course. *BMC Med Educ* 22, 273 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03350-6>
- Bennett, D., Solomon, Y., Bergin, C., Horgan, M., & Dornan, T. (2017). Possibility and agency in Figured Worlds: becoming a 'good doctor'. *Medical education*, 51(3), 248-257.
- Bunniss S, Kelly DR. Research paradigms in medical education research. *Med Educ* 2010; 44:358–66
- Chang H. *Autoethnography as Method*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press 2008.
- Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through*
- Clarke V, Braun V. 2017. Thematic analysis. *J Posit Psychol*. 12(3): 297– 298 *Qualitative Anyalysis*. London, UK: SAGE Publications Ltd; 2006.
- Creswell, J. W. (2014). Chapter 9: Qualitative Methods. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*.
- DeBarr, K. A. (2004). Review of current health education theories. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(1), 74-87.

- DECLARACIÓN, D. H. (2017). Asociación Médica Mundial.
- Díaz Quiñones, J., Valdés Gómez, M., & Boullosa Torrecilla, A. (2016). El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas. *Medisur*, 14(2), 213-223.
- Farrell, L., Bourgeois-Law, G., Regehr, G., & Ajjawi, R. (2015). Autoethnography: introducing 'I' into medical education research. *Medical Education*, 49(10), 974-982.
- González Gil, T., & Cano Arana, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características.
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187 -210.
- Herrera Rodríguez, J. I., Guevara Fernández, G. E., & Munster de la Rosa, H. (2015). Los diseños y estrategias para los estudios cualitativos. Un acercamiento teórico-metodológico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2), 120-134.
- Holland, D., Lachicotte Jr, W., Skinner, D., & Cain, C. (1998). *Identity and agency in cultural worlds*. Harvard University Press.
- Jayasuriya-Illesinghe, V., Guruge, S., Gamage, B., & Espin, S. (2016). Interprofessional work in operating rooms: a qualitative study from Sri Lanka. *BMC surgery*, 16(1), 1-9.
- Jones, M. A., & Lefever, R. (2011). The theory of worlds figurative: A useful tool for cultural analysis in health care research. *Journal of Nursing Education and Practice*, 1(1), 46-55.
- Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L. (2019). When I say... sociocultural learning theory. *Medical Education*, 53(2), 117-118.
- Kurmann A, Keller S, Tschan-Semmer F, Seelandt J, Semmer NK, Candinas D, et al. Impact of team familiarity in the operating room on surgical complications. *World J Surg*. 2014;38(12):3047–52

- Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., Martínez Morell, A., & Aguilar Rodríguez, Y. (2021). El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud. *Humanidades Médicas*, 21(3), 951-966.
- Liu, C. C., & Chen, I. J. (2010). Evolution of constructivism. *Contemporary issues in education research*, 3(4), 63-66.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg*. 2009;197(5):678–85
- McCallin, A. (2003). Developing effective interdisciplinary teams. *Nursing New Zealand (Wellington)*, 9(9), 21–23.
- McPherson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001). Working and learning together: Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality and Safety in Health Care*, 10(90002), 46ii–53, 10.1136/qhc.0100046.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Niederhauser, D. S., Howard, S. K., Voogt, J., Agyei, D. D., Laferriere, T., Tondeur, J., & Cox, M. J. (2018). Sustainability and scalability in educational technology initiatives: Research-informed practice. *Technology, Knowledge and Learning*, 23, 507-523.
- Niño, A. T. L. (2017). La teoría sociocultural y la concepción del desarrollo cognitivo. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Pecukonis, E., Doyle, O., & Bliss, D. L. (2008). Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. *Journal of interprofessional care*, 22(4), 417-428.
- Pérez Álvarez, C., Acosta Giraldo, D., & Arboleda Vargas, L. F. (2015). Ley Estatutaria 1581 de 2012 derecho de habeas data.
- Pérez-Etchetto, M. (2019). Educación Interprofesional: un desafío para dar visibilidad a la contribución de Enfermería en los equipos de salud. *Enfermería universitaria*, 16(4), 335-338.

- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17.
- Reeves, S., & Freeth, D. (2002). The social construction of interprofessional learning and practice: Theoretical perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 16(2), 127-139.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2016). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
- Rodríguez Ebrard, L. (2008). Vínculo entre la investigación-acción, el constructivismo y la didáctica crítica.
- Sisson, J. H., Whittington, V., Shin, A. M., Thiel, J. J., & Comber, B. (2022). Communing to re-imagine figured worlds. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 23(1), 32-47.
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical teacher*, 36(11), 923 -939.
- Stalmeijer, R. E., & Varpio, L. (2021). The wolf you feed: challenging intraprofessional workplace-based education norms. *Medical education*, 55(8), 894-902.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, 46(1), 58-70.
- Urrieta Jr, L. (2007). Figured worlds and education: An introduction to the special issue. *The urban review*, 39(2), 107-116.
- Wall S. An autoethnography on learning about autoethnography. *Int J Qual Methods* 2006;5 (2):1–12.
- Walsh R. 2003. The methods of reflexivity. *Humanist Psychol.* 31(4):51–66
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.