



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Influencia de las dinámicas de género en las relaciones interprofesionales que experimentan las residentes mujeres del área quirúrgica

Autor

Eliana Buitrago Montañez, Elena Leonor Delgado-Nieto, Karen Fandiño Ávila

Director

Francisco Manuel Olmos-Vega, MD, MSc. PhD

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

2024

Abstract

Introducción

Las estudiantes de especializaciones quirúrgicas siguen viviendo los prejuicios implícitos relacionados con el género. Estos influyen negativamente en la colaboración profesional, sin embargo, no hay evidencia de cómo estas dinámicas de género impactan en las relaciones interprofesionales de las residentes quirúrgicas.

Métodos

Realizamos una investigación cualitativa utilizando el enfoque de la Teoría Fundamentada Constructivista informada por la teoría de los Mundos Figurados. Para la recolección de datos se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas a 17 residentes mujeres de disciplinas quirúrgicas de diferentes niveles de aprendizaje. Quiénes se encontraban rotando en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. Utilizamos la recolección y el análisis iterativo de datos, métodos de comparación constante y muestreo teórico para construir nuestros hallazgos analizándolos con la plataforma Quirkos®.

Resultados

Las residentes de especialidades quirúrgicas perciben los sesgos de género no solo de parte de los docentes y otros médicos del equipo quirúrgico, sino también de otras profesiones, específicamente de profesionales mujeres como: enfermeras e instrumentadoras.; de quienes perciben un desafío constante a su autoridad que termina afectando su trabajo y finalmente su proceso de aprendizaje, y responden de dos maneras diferentes, con un discurso más autoritario o con uno más diplomático y conciliador e incluso algunas prefieren no responder a ese reto.

Discusión

Aprender a identificar y dar solución a los retos interprofesionales a los que se enfrentan las residentes en el ambiente quirúrgico mejorará su experiencia como estudiante y posteriormente como profesional, no solo en beneficio propio, sino del resto del equipo y finalmente del paciente. Este propósito debe ser compartido por los docentes y demás profesionales.

Introducción

Las mujeres siguen enfrentando dificultades en los lugares de trabajo, y el ámbito médico quirúrgico no es la excepción (Dossett, L. A, 2020). Las cirujanas experimentan distintos tipos de discriminación y estereotipos de género, lo que repercute directamente en su progreso a nivel mundial (Hu et al., 2019 ;Woodyard et al., 2023). Estas dificultades se hacen evidentes en los conflictos que viven las mujeres al interior de equipos interdisciplinarios (Espeut, A. 2020).

Aunque la influencia del género en el ámbito médico ha sido objeto de atención en estudios anteriores, puede haber una falta de investigaciones específicas centradas en cómo estas dinámicas impactan en las interacciones diarias y las relaciones profesionales entre residentes que están en proceso de formación en disciplinas quirúrgicas. Las lagunas específicas podrían incluir: Escasez de estudios centrados en el nivel de residentes, análisis limitado de las interacciones interprofesionales, efectos en el aprendizaje y el desarrollo profesional, y perspectivas de género diversas.

Sin embargo, aprender de los actores interprofesionales constituye un puente fundamental hacia el fortalecimiento de la colaboración interprofesional, pilar integral de la atención segura de los pacientes, en los que diferentes profesionales de distintos campos buscan colaborar y aprender juntos, reconociendo que las formas de interprofesionalidad mejoran el desarrollo de los médicos en formación (Stalmeijer & Varpio, 2021).

Claramente, el equipo interprofesional, tiene un impacto en el desarrollo educativo de los estudiantes de residencias médicas, se menciona que el papel de los docentes asistenciales en médicos en formación cumple un rol importante en el proceso de aprendizaje de los residentes, quien permite el desarrollo de habilidades clínicas demostradas, moldear el comportamiento profesional, también contribuye a este proceso a través de orientación directa y mediante retroalimentación, modelando el comportamiento colaborativo y dando forma al

aprendizaje, logrando una adopción de habilidades de colaboración interprofesional. (Stalmeijer & Varpio, 2021).

El propósito de esta investigación es por tanto investigar sobre el rol de la interprofesionalidad en el aprendizaje de residentes de las disciplinas quirúrgicas, desde el punto de vista de género. El quirófano como área importante de aprendizaje interprofesional que requiere estudiar el comportamiento, de los integrantes que participan en el día a día para así analizar las dinámicas sociales producidas allí (Poling D, 2015), lo cual se refleja en el aprendizaje interprofesional, de cada uno de los miembros de ese equipo interdisciplinario, involucrados en el desarrollo educativo (Stalmeijer & Varpio, 2021).

Marco Teórico

Nuestro tema de investigación explora las dinámicas de aprendizaje interprofesional que afectan a las mujeres de residencias quirúrgicas, para explorar estas interacciones adoptamos la teoría socio cultural que sostiene que el aprendizaje es un proceso social que se da por la interacción con los demás (Kahlke et al., 2019)

Utilizaremos la Teoría de los Mundos Figurados de Holland. Esta teoría explora la identidad en la práctica. Es una teoría socio cultural, sostiene que las personas aprenden mejor en contextos que son significativos para ellas; su identidad y su capacidad de acción se forman en estos mundos (Holland, D, 2001; Hill, 2015). Haciendo alegoría a los mundos imaginarios o los mundos de juego, que sirven como precursores de la participación en la vida institucional, los mundos figurados son todos aquellos reinos culturales ocupados por personajes de imaginaciones colectivas, con actuación, actividad y discurso específico. Cada actor realiza su tarea y tiene un estilo diferente para interactuar en él. El mundo figurado es un mundo social compuesto por un grupo de personas que participan en una serie limitada de actividades, movidas por un conjunto específico de fuerzas con interpretaciones socio históricas que informan las perspectivas de los participantes. La capacidad de percibir el mundo figurado se materializa con el tiempo, a través de la participación continua, actuando según sus reglas. Las identidades se van formando por la participación en estas comunidades de práctica, a través de las acciones cotidianas emprendidas en su nombre (Holland, D,2001; Urrieta, 2007).

Los mundos figurados proporcionan el contexto en donde las personas se interpretan a sí mismas, dirigen su comportamiento y desarrollan su identidad. Las personas imaginan quienes son a través de las actividades, los tipos y relaciones sociales que interpretan en esos mundos.

Se reconocen como un tipo particular de actor, con vínculos emocionales, se valoran ciertos resultados, se atribuyen significados a algunos actos y a otros no. Se entra a estos mundos dependiendo de quien se es y de la historia personal. En algunos mundos figurados podremos entrar, en otros no, en algunos temporalmente, en algunos podremos llegar a asumir posiciones de poder o prestigio. Los elementos del mundo figurado adquieren rangos y estatus según las relaciones jerárquicas generalizadas e incluso los propios mundos se organizan en torno a posiciones de estatus e influencia (McOwen, K S, 2023; Urrieta, 2007).

La educación es otra área interesante de estudio de los mundos figurados, se centra en la producción de identidad en contextos educativos concretos, la interconexión social y las dinámicas de las personas que interactúan en estos entornos. La identidad es el punto de intersección en el que se encuentran las experiencias pasadas y la práctica actual, en la que interactúan el individuo y la sociedad (Urrieta, 2007). Las teorías socio culturales, en especial la teoría de los mundos figurados, han permitido evaluar las tensiones en educación, servicio y formación médica, generando nuevas percepciones, conocimiento y entendimiento, que sirven de base para nuestro estudio y que buscan finalmente generar cambios en la práctica (Cleland & Durning, 2019; Hill, 2014)

Utilizaremos esta teoría de los mundos figurados para conducir nuestro estudio a través de cinco de sus constructos: (McOwen, K S, 2023)

Agencia: Entendida como la capacidad que tienen las personas de actuar en ese mundo figurado, así como elegir, participar y desarrollar la identidad en un mundo que es significativo para ellas.

Improvisación: Son las acciones que se producen cuando nuestro pasado traído al presente se encuentra con una combinación de circunstancias para las que no tenemos una respuesta establecida. Es importante en los mundos figurados porque permite a las personas

adaptarse a situaciones imprevistas y tomar decisiones rápidas y novedosas adecuadas al momento y al lugar.

Discurso: Son los artefactos que se usan en el mundo figurado para comunicar pensamientos, creencias, actitudes e identidades. Sirven para mantener y desarrollar las normas que permiten que funcione el mundo figurado.

Posicionalidad: Son las características propias de un individuo que determinan los tipos de acceso social e interactivo en el mundo figurado, estas características están ligadas a su capital social y cultural, como por ejemplo el género o la raza. Esta posición es dinámica, se negocia constantemente y depende de la historia del individuo y en general de los otros actores del mundo figurado (Hill, 2015).

Poder: Influencia o privilegio derivado de la posición de un individuo en relación con los otros actores del mundo figurado. Las diferentes posiciones en el mundo figurado les dan a los actores el poder para ejercer su agencia (McOwen, K S, 2023).

Esperamos entender cómo se generan las relaciones interprofesionales de las residentes de especialidades quirúrgicas, en el mundo figurado de las salas de cirugía. En este mundo tradicionalmente dominado por hombres, las mujeres enfrentan expectativas y estereotipos de género. Esto puede influir en cómo se les percibe y se les trata, lo que a su vez afecta su participación en el aprendizaje interprofesional y las lleva a adoptar roles y comportamientos estereotipados o a desafiarlos en busca de su propia identidad (Roberts, L, W; 2020; Urrieta, 2027; McOwen, K S, 2023; Cleland & Durning, 2019).

Materiales y Métodos

Para realizar esta investigación empleamos el diseño de la Teoría Fundamentada Constructivista, permitiendo crear un constructo teórico justificado en las experiencias y percepciones de las mujeres estudiantes de posgrado de especialidades quirúrgicas aunadas a elementos empíricos, conceptuales y las propias experiencias de los investigadores (Charmaz, k.2014). Al emplear el muestreo teórico, la recolección y el análisis iterativo de datos, la comparación constante y la reflexividad, entre otros principios fundamentales de la Teoría Fundamentada Constructivista logramos acceder a un proceso social que no ha sido explorado en Colombia, enfilando este estudio bajo el paradigma de investigación construccionista, recalcando el papel de las interacciones sociales en la construcción del conocimiento, incluyendo tanto a participantes como a investigadores (Delgadillo- Sánchez, V., Aluja- Jaramillo, F., & Olmos- Vega, F. 2024) .

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR) Bogotá, Colombia, entre enero y abril de 2024. El Comité de Ética de la Investigación del HUCSR , y el Comité de aceptación de la Investigación de la Maestría para Profesionales de la Salud de La Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Rosario revisaron y aprobaron llevar a cabo esta investigación. El HUCSR es un hospital universitario, sitio de aprendizaje de prestigiosas universidades colombianas en donde semestralmente rotan alrededor de 90 residentes entre especialidades médicas clínicas y quirúrgicas, en esta oportunidad el 41% eran mujeres de varios programas académicos correspondiendo el % 19 de la totalidad a estudiantes mujeres de especialidades quirúrgicas . En Colombia, los programas de postgrado médico (o residencias) tienen una duración variable de 3 a 5 años (Delgadillo- Sánchez, V., Aluja- Jaramillo, F., & Olmos- Vega, F. 2024) .

En Colombia el camino para llegar a ser residente tiene como requisito concluir y aprobar la formación de pregrado en medicina que abarca entre 6 a 7 años según la

institución educativa, a continuación, la realización del servicio social que generalmente se lleva a cabo en una zona rural, en donde se ejerce como médico general -recibiendo remuneración económica solventada por el gobierno- (Delgadillo- Sánchez, V., Aluja-Jaramillo, F., & Olmos- Vega, F. 2024), y al finalizar dicho servicio social éste médico general puede presentarse a concursar para realizar estudios de especialización médica en una universidad. Las universidades tienen distintos convenios con centros de práctica hospitalaria, en donde se coordinará las rotaciones en las que estará el residente . A través de las rotaciones clínicas, los residentes están expuestos a múltiples y variados grupos de trabajo en el entorno quirúrgico de manera interdisciplinaria, al que deben responder de manera proactiva ,para afrontar a diario las situaciones que se presentan y así mismo aprovechar al máximo estas dinámicas de aprendizaje .

Recolección y Análisis de Datos

Para la recolección de datos se organizaron dos grupos focales y 7 entrevistas semiestructuradas para un total de 17 participantes (ver tabla 1). Empleando estos métodos logramos garantizar la credibilidad de los hallazgos(Varpio, L., Ajjawi, R., Monrouxe, L. V., O'Brien, B. C., & Rees, C. E. 2017). Seguimos una estrategia de muestreo intencional con la máxima variación para formar los grupos focales y posteriormente la ejecución de entrevistas semiestructuradas a mujeres residentes de especializaciones quirúrgicas de diferentes niveles de formación (ver tabla 2) aplicando un único cuestionario de preguntas aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del HUCSR , y el Comité de aceptación de la Investigación de la Maestría para Profesionales de la Salud de La Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Rosario (ver apéndice 1).Esta serie de preguntas se elaboraron ajustándose al objetivo de la investigación ,utilizando los principales elementos del marco conceptual y el marco teórico. Las participantes en los grupos focales fueron escuchadas sin diferencia de su especialidad o nivel de formación al mismo tiempo, explorando todos los matices sin distinción.

Programa de Especialización	número de participantes
cirugía pediátrica	1
cirugía general	2
cirugía oral y maxilofacial	8
ortopedia y traumatología	4
cirugía plástica	2

tabla 1.

Año de formación académica	número de participantes
primero	1
segundo	3
tercero	4
cuarto	5
quinto	1
egresadas	3

tabla 2.

E.L.D-N. y K.F.A. participaron alternando el papel de moderador con el de observador y

E. B.M. únicamente participó como observadora durante la realización de los grupos focales ,

evitando cualquier presión o incomodidad entre los residentes. Las observadoras tomaron notas de las reacciones e interacciones de las residentes mientras respondían. Estas notas se compartieron con el resto del grupo durante el proceso de análisis para incorporarlas en la construcción de los resultados. A través de una técnica exploratoria, el moderador generó un espacio de confianza y reciprocidad con amplia participación de los estudiantes. Siempre se aseguró que la participación fuera equilibrada para evitar dinámicas dominantes o disruptivas. Cada grupo duró una media de 3 h. Las participantes no recibieron ningún incentivo. La información se recogió mediante grabaciones de audio y notas registradas por los entrevistadores que posteriormente se transcribieron textualmente para su análisis.

Durante la realización de los grupos focales de manera permanente se realizó análisis, codificación y agrupación de los datos, y posteriormente se aplicó el mismo guión en las entrevistas semiestructuradas complementarias. Las entrevistas se realizaron de forma virtual, ya que las apretadas agendas de los residentes facilitaban la realización de estas de esta forma. También fue una forma de entrevistar a los participantes en un espacio neutral fuera del hospital. Se grabaron en audio, con una duración media de 1 h y 30 minutos.

Al realizar de manera constante comparación, redacción de notas y el análisis iterativo de los datos de las entrevistas nos ayudaron a desarrollar y construir continuamente una teoría emergente (Corbin, J., & Strauss, A. 2014). Las entrevistadoras escribimos notas individuales justo después de cada grupo de discusión y entrevista, tras una sesión de codificación y como preparación para nuestras reuniones de grupo. Cumplimos con reuniones para revisión de los resultados e informar sobre el enfoque de las entrevistas posteriores e hicimos codificación focal y axial de los datos de forma independiente analizándolos con la plataforma Quirkos®, y, por último, todos redefinimos las categorías principales. Utilizamos conceptos sensibles de la teoría de Mundos Figurados para informar la codificación y construir las categorías finales. Los grupos focales fueron dos cada uno con 5 participantes y ocho entrevistas, alcanzando la suficiencia teórica y considerando apropiado detener la recogida de datos., lo que nos permitió consolidar nuestras categorías emergentes, garantizando la fiabilidad de los resultados.

Al analizar los datos obtenidos con la plataforma Quirkos® ,encontramos 48 códigos iniciales, posteriormente al valorar dicha información bajo la mirada de la codificación focal y por último, de la codificación axial los agrupamos en tres categorías principales y definitivas : experimentando el machismo , retando el poder que perciben las residentes y reaccionando al reto del poder por parte de otras mujeres del equipo interprofesional.

Reflexividad

De manera rigurosa se realizó un proceso de permanente reflexividad cumpliendo con el objetivo de nuestra investigación y con el paradigma de la investigación constructivista seleccionado y así aclarar los intereses de los investigadores y sus posibles conflictos durante el estudio. Se inició con un ejercicio de reconocimiento de los preconceptos de los investigadores que reflejara las posiciones de cada investigador y sus propias percepciones y experiencias respondiendo el mismo cuestionario para revelar la reflexividad personal.

Reconocimos la dinámica de poder inherente debido a que dos de las investigadoras son docentes de algunas de las residentes participantes , posición que claramente puede ser influyente sobre los participantes en el estudio. Para mitigar esta influencia, las invitaciones se enviaron vía mail institucional o personal , y a través de las mismas residentes quienes extendieron la voz comunicando la existencia del estudio, asegurándose de que la inscripción fuera voluntaria e informada. Todas las participantes recibieron el formulario de consentimiento detallado en los que se describen explícitamente las funciones y los intereses de los investigadores.

Los investigadores declararon cualquier conflicto de intereses y acogieron con agrado los comentarios de los participantes con un enfoque autocrítico. Durante el análisis de los datos, aplicamos la reflexividad interpersonal, examinando críticamente nuestra relación con los participantes. Estas prácticas reflexivas deliberadas fueron fundamentales para mejorar la confirmabilidad de nuestros hallazgos.

Ética

El Comité de Ética de la Investigación del HUCSR , y el Comité de aceptación de la Investigación de la Maestría para Profesionales de la Salud de La Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Rosario otorgaron los permisos para llevar a cabo este estudio . A todas las participantes se les explicó el consentimiento informado lo leyeron por sí mismas y lo firmaron aceptando en su totalidad , bajo las condiciones estipuladas para participar, destacando la confidencialidad de los datos y la libertad de expresión de sus emociones durante la sesión. El equipo de investigación informó claramente a cada participante de que su participación no afectaría a su evaluación ni a sus interacciones en el lugar de trabajo. Sólo los miembros del equipo de investigación tuvieron siempre acceso a los datos. Además, los datos recogidos se anonimizaron para evitar cualquier información personal en las entrevistas y el proceso de transcripción.

Resultados

Las residentes de disciplinas quirúrgicas han compartido sus experiencias para esta investigación, permitiéndonos identificar desafíos y oportunidades que enfrentan en su aprendizaje específicamente de manera interprofesional, dentro del contexto cotidiano que ofrece el entorno quirúrgico. Entre los resultados encontramos que las residentes manifiestan que experimentan el machismo de múltiples maneras, además sienten que su autoridad está siendo constantemente retada y así mismo expresan como deben reaccionar a ese frecuente reto a su poder lanzado por parte de otras mujeres del equipo interprofesional, este conjunto de hallazgos plasma las barreras que obstaculizan y o fortalecen el trabajo colaborativo y efectivo de las estudiantes.

Experimentando el machismo :

Las participantes hablaron de las diferencias en el trato hacia las mujeres residentes de una especialidad quirúrgica, por parte de los demás integrantes que conforman el equipo quirúrgico, los docentes y los pacientes, en comparación con sus compañeros hombres; éstas diferencias pueden estar influenciadas por estereotipos de género arraigados en la sociedad y la formación cultural que gira en un entorno machista, lo que puede generar desafíos adicionales para las cirujanas en su interacción cotidiana.

La "invitación tácita" a que una mujer estudiante de una especialidad quirúrgica adopte comportamientos o actitudes más asociadas tradicionalmente con la masculinidad puede manifestarse de varias maneras, como esperar que las mujeres se comporten de manera más dominante o asertiva para ser tomadas en serio en un entorno dominado por hombres, o recibir críticas o comentarios negativos por no adherirse a las normas de género tradicionales, como lo encontramos en la siguiente cita:

“Por alguna razón el trato estaba enfocado en hacerme “más fuerte” a partir de una mayor exigencia y un trato más agresivo . Los comentarios del tipo: “hable como un hombre” o “las cirujanas orinan de pie”, muestran un poco lo que se esperaba de una mujer cirujana y en general de los cirujanos. Se tiene la concepción de que los cirujanos deben ser agresivos, para poder manejar el tipo de patologías y la carga laboral”. --PARTICIPANTE 9 --

El machismo puede manifestarse en diversas formas dentro de la práctica médica , incluso desde la perspectiva del paciente hacia la profesional que lo va a atender. Esto puede contener actitudes de desconfianza o menosprecio hacia las capacidades de las mujeres profesionales de la salud, comentarios con connotaciones sexistas, o incluso negarse a ser atendido por una mujer profesional basándose únicamente en su género. Las residentes perciben esta situación como el menosprecio del paciente hacia su género. Las siguientes citas ejemplifican esta idea:

“Sí pues, de las experiencias que he vivido, más que todo ha sido por parte de los pacientes que ellos consideran que pues una mujer, no tiene tanta habilidad quirúrgica, incluso también pasó con una compañera como antes de que entrara a la residencia. Ella es coreana y ella me decía, como Ale, tú quieres estudiar maxilo y le decía, sí, me decía, pero por qué si no vas a tener pacientes, porque en Corea, en nuestra cultura prefieren más a los doctores hombres que a las doctoras mujeres, porque tienen más fuerza, más habilidad, más tal cosa”, --PARTICIPANTE 3--.

“En general tanto los pacientes como el personal asistencial tienden a esperar un cirujano hombre, --PARTICIPANTE 9--.

En las respuestas registradas encontramos un trato preferencial hacia los residentes hombres y un nivel de exigencia potencialmente menor en comparación con sus compañeras femeninas, esta disparidad puede manifestarse en diversas formas, como la asignación de casos más complejos a los residentes hombres, así como una mayor tolerancia hacia errores o

deficiencias en su desempeño. A continuación, hacemos algunas citas que respaldan este hallazgo:

“mi experiencia durante la residencia me ha tocado enfrentar diferencias muy notorias en el trato que recibió durante mi formación siendo explícito y notorio muchas veces siendo mayor exigencia hacia mí en comparación a mis compañeros residentes hombres y aunque agradezco que me ha impulsado de seguirme mi información es totalmente agotador mentalmente tener que lidiar con eso además me llaman niña o joven y mis compañeros residentes hombres le llaman doctores y les dan más confianza y oportunidad quirúrgica a los residentes hombres en comparación a las mujeres además de la autoridad que ejercen los residentes hombres en el equipo quirúrgico Por el simple hecho de ser hombres que muchas veces no es respetado es menospreciado cuando está una residente mujer liderando el equipo quirúrgico el desafío que Debemos enfrentar la reciente mujeres sobre respeto y la lucha de equidad de nuestra formación en la residencia hasta hoy he tenido experiencias positivas y negativas por ella como incapaces de hacer con éxito nuestros deberes a veces somos maltratadas”,--PARTICIPANTE 14--.

Generalmente hay una tendencia a aceptar la cultura, la edad del docente y otros pretextos como excusas para justificar el machismo, racionalizando comportamientos discriminatorios hacia las mujeres en el campo de la salud, perpetuando así actitudes sexistas arraigadas. Esta cita avala este hallazgo:

“Pues yo considero que sí, que sí es algo que se puede observar en diferentes, digamos como edades, puede ver como algunos profes tienen un concepto muy diferente en cuanto a lo que es la mujer en la parte quirúrgica por los conceptos en los cuales se han criado como la época en la cual ellos vivieron, entonces sí considero que a veces hay cierta limitación en ese aspecto, más que todo, pues en cómo es algo quirúrgico, ellos consideran que los hombres tienen un poco más de fuerza. Y a veces lo relacionan como mal con la parte quirúrgica de que deben tener ciertas habilidades diferentes a las que una mujer puede

desarrollar en cuanto a culturalmente. Sí, cuando rotamos en diferentes ciudades la cultura es muy diferente, digamos en la costa, que aquí en Bogotá, en la costa tienden a ser un poco más machistas, aunque pues digamos, de parte de mis profesores no lo sentí, pero de parte de digamos, de los instrumentadores sí uno puede observar, digamos, allá había un baño que decía como vestier para médicos”, --PARTICIPANTE 3--.

Las residentes mujeres observan que las responsabilidades administrativas o logísticas recaen principalmente sobre ellas, mientras que sus compañeros hombres parecen ser asignados con menor frecuencia a estas tareas. Por otro lado, existe una percepción entre las residentes mujeres de que las cirugías complejas son más frecuentemente asignadas a sus colegas masculinos. Esta disparidad en la distribución de responsabilidades genera una percepción de inequidad de género dentro del entorno médico, plantea preocupaciones sobre las cargas de trabajo y el reconocimiento del valor del trabajo realizado por las residentes mujeres, alimentando preocupaciones acerca del acceso a experiencias clínicas y el desarrollo profesional en el campo de la cirugía; en las siguientes citas se avala este hallazgo:

“sí siento que a veces, eh cuando a la hora de distribuir labores o tareas. Mmm. Lo que para ellos consideran complejo. Va asignado a un hombre. Lo que consideran que es algo, por ejemplo, más logístico, más confirma que la cirugía esté, mira que los materiales estén, ve y habla con tal persona, es más mujer. Como esas relaciones. Si lo que es logístico es más mujer y lo que ellos consideran que es algo difícil se lo asignan a un hombre...” ,-- PARTICIPANTE 2 --.

“ Por ejemplo, a mí me pasó la semana pasada, yo soy la única mujer en mi rotación .

Entonces mira Valentina, como tú eres la única mujer tienes que ir a organizar la caja del instrumental. Sí como el tipo de tareas”,--PARTICIPANTE 1 --.

“Pues digamos que en términos de cirugía yo si noto que realmente a los hombres les dan mucha más oportunidad de practicar, de hacer solos la cirugía, en cambio con uno es no, no, espere, espere yo lo hago, yo he entrado con profesores míos que he entrado a cirugía del

inicio hasta el final y no me han dejado ni poner un solo punto y en mí mismo año de residencia he tenido compañeros de residencia a los que entran y los dejan hacer todo. Entonces yo siento que va más allá, como de que sientan que uno es capacitado o no, porque igual todos estamos en el mismo nivel y digamos, se ha visto que en otras ocasiones nos dan mayor oportunidad quirúrgica, y a veces si siento que es algo como de machismo o no espérate que tú no puedes hacer eso, yo lo hago ,¿será que usted sí puede hacer eso?, no mejor venga, yo lo hago acá y usted cierre piel, sí, como que le delegan a uno como las áreas más, que ellos consideran como más sencillas o que consideran que uno solamente puede hacer eso y no la parte como de la reducción y la fuerza. Eso básicamente, y pues estoy de acuerdo con Paula que a nivel interpersonal ellos tienden a tener más relaciones cercanas con otros hombres y entonces, por ejemplo, ellos hacen que sus chistes, que su vaina, que su chiste interno, que todo con doble sentido. Hacen esos chistes de doble sentido delante de una mujer en lo personal, a mí esas cosas ni me generan risa ni me siento cómoda, entonces obviamente no se sienten igual de cómodos, entonces me imagino que dirán: entrar con Diana y no poder hacer mis chistes"--. PARTICIPANTE 6 --.

Las residentes mujeres observan un trato más favorable y respetuoso hacia los hombres por parte de todos los integrantes del equipo quirúrgico. Además, notan una mayor confianza depositada en las decisiones tomadas por los hombres, así como una mayor fluidez en la ejecución de las tareas asignadas cuando estas provienen de un hombre: como se evidencia en las siguientes citas:

“las diferencias en el trato en cuanto a médicos hombres versus mujeres, siento que, si hay mayor desigualdad al trato de la mujer desde el saludo que es algo básico no sólo en el ámbito quirúrgico sino en el ámbito médico en general en el ámbito hospitalario, el saludo hacia una mujer residente, o una mujer pues en cualquier área de la salud es totalmente diferente, en donde omiten darnos nuestro título como decimos doctora y utilizar palabras como niña,

señorita, reina, amor, incluso podemos estar en la misma área, en el mismo consultorio, con la misma bata blanca, vemos mayor que el médico que está al lado, y el trato, el título que se nos da es totalmente diferente; en cuanto al ámbito quirúrgico en mi especialidad hay una tendencia social muy ligada a los cirujanos hombres donde asumen que tienden a tener mejores resultados estéticos generalmente. Anteriormente el mayor número de cirujanos plásticos eran hombre y son los que mayor se ven en redes sociales en actividades pues por el mayor número de hombres que se graduaban , esto ha ido cambiando sin embargo la aceptación a nivel social de la población en general, todavía tienden a cuestionar el rol Quirúrgico plástico de la mujer”,--PARTICIPANTE 16--

“Durante mi formación en la residencia hasta hoy he tenido experiencias positivas y negativas por parte de doctoras, instrumentadoras, anestesiólogas, en algunos momentos las residentes mujeres somos como percibidas por ellas como incapaces de hacer con éxito nuestros deberes a veces somos maltratadas o tratadas duramente pero otras veces he podido notar que se presenta apoyo y respeto sin importar nuestro género puede influir mucho durante las relaciones interprofesionales debemos esforzarnos más para obtener respeto por parte de las otras profesionales mujeres que se encuentran en el ámbito hospitalario”,--PARTICIPANTE 14--.

Las mujeres médicas estudiantes de una especialidad quirúrgica experimentan el temor de ser juzgadas por su género, lo que les dificulta expresarse libremente por miedo a ser malinterpretadas. Esta situación contrasta notablemente con la percepción de los cirujanos hombres, a quienes se les atribuye su exigencia y disciplina sin temor a ser estigmatizados por su género, como lo vemos en las siguientes citas :

“Yo creo que es el ejemplo que uno siente que no se puede expresar libremente y tener un mal día y estar cansado o dolerle algo, no sé uno dice como me duele la rodilla

porque tal, estuve en una cirugía todo el tiempo de pie y tengo como hiperpresión patelar acá, entonces como que estuve en una cirugía 5 horas como medio flexionando la rodilla y me duele, entonces siempre usted quedándose y pues no oiga no, o sea, me duele en realidad, o sea, si uno dice cualquier cosa como: no esta semana tuve una semana super pesada, salí el sábado a las 10 de la noche, estuve el domingo acá todo el día como hasta las 7, hoy me siento cansada ... Ay no usted siempre, siempre quejándose, ay no, si un día uno llegó de mal genio porque le pasó algo, se peleó con el novio, o se peleó con la mamá, cualquier cosa que sea, qué le pasó ahí ya, ¿Está veintiochuda? No sé qué ..., o sea todavía uno siente todavía esos comentarios que la gente los hace como entre chiste y chanza como ja,ja ¿estas veintiochuda? Pero que en verdad es como nooo o sea, no, yo también tengo una vida, también tengo problemas, también me duelen algunas partes de mi cuerpo como a cualquier persona normal, probablemente pues no sé, ellos lo hacen en otro ámbito o si lo hacen con uno si uno jamás les va a decir, se vino acá a quejar?, no porque uno es como más empático respecto a eso, pero siempre si la mujer dice algo se está quejando, si le duele algo, si está de mal genio es veintiochuda, sí, sí se expresa un día mal ahí no que loca fastidiosa, en cambio el hombre, ay, no si, él es muy estricto, él es de mal genio, no sé qué, mejor no le haremos, pero si uno dice algo que sí es como que lo encasillan ya” --PARTICIPANTE 8--.

“Por ejemplo, un cirujano grita estresado durante un procedimiento quirúrgico complejo y su actitud se justifica por ser hombre. Una mujer no debe permitirse gritar estresada, se va a interpretar siempre como histeria. De manera similar las instrumentadoras y las enfermeras entienden como normal que una mujer cirujana ayude en algunas labores, labores que normalmente no le piden a un cirujano”,--PARTICIPANTE 9--.

“En comparación con colegas hombres en el ámbito quirúrgico y en el hospital general pienso que esto ha venido cambiando, pero sin embargo es muy notorio que algunos docentes o incluso otros trabajadores del hospital tienen mejor trato hacia los hombres y no hacia las mujeres en cuanto a toma de decisiones a dar soluciones algún problema o alguna cosa

siempre tienen como más en cuenta lo que opina un hombre así sea de menor Rango que uno antes de lo que uno pueda opinar al respecto que enfrentan las recientes mujeres en el área quirúrgica. En comparación con los colegas masculinos tenemos muchos desafíos en cuanto al desarrollo de nuestra especialidad quirúrgica en la toma de decisiones siempre nos cuestionan siento que siempre nos cuestionan un poco más nuestros profesores o incluso los mismos pacientes en procedimientos o algo pues todavía siento que nuestra sociedad importante como el hacer que nuestra voz valga y que nuestras cosas como quirúrgicas y nuestras decisiones tengan igual peso a la de los hombres”,--PARTICIPANTE 13--.

Retando el poder que perciben las residentes

Las residentes de especialidades quirúrgicas perciben que su posicionamiento en el equipo quirúrgico se equipara al del líder en el mundo figurado de la sala de cirugía. Consideran que su poder es retado por las mujeres de otras profesiones (enfermería e instrumentación principalmente), no el personal administrativo, ni especialistas mujeres o residentes mujeres de otras especialidades que intervienen en este mundo figurado. Las residentes creen que estas otras profesionales retan su poder por tres razones principales: por considerarlas con menos capacidades, incluso que sus compañeros residentes hombres del mismo nivel, por considerarlas más jóvenes y con menos experiencia y por machismo, ya que en este mundo figurado liderado tradicionalmente por hombres parece difícil aceptar el posicionamiento de líder en una mujer.

Estas participantes consideran que este reto a su poder se asocia a la percepción de capacidad y seguridad que transmiten en su discurso, si las perciben como capaces en este mundo figurado, reciben más respeto. Notan que este respeto es algo natural hacia los residentes hombres, con ellas se debe ganar.

“.. en particular no he tenido mayor problema con el personal tanto de enfermería como de instrumentación. Creo que a las mujeres nos ha tocado tener una actitud segura, que no

vean que de pronto estamos flaqueando en algo, que estemos como dudando en algo, porque si hay cierta como idea de debilidad en cuanto a la mujer, a un hombre, casi no se le cuestiona como sus decisiones, o la acción que está llevando a cabo en cuanto a cirugía, de pronto, al dar una orden específica, a la mujer le ha tocado como a lo largo del tiempo tomar esa posición como de fortaleza, de seguridad, para que el resto del equipo no empiece como a dudar... a veces entre nosotras mismas nos tiramos más duro, entonces, en vez de hacernos como las cosas más fáciles pues antes, es como buscando la caída de la otra mujer, no hay tanta solidaridad entre género en muchas ocasiones. Cosa que no pasa con el hombre, se supone que el sí es apto.--PARTICIPANTE 15--

“Si nos perciben como residente mujeres competentes, pueden tener un trato más amable, de respeto y colaboración con nosotras, pero de lo contrario pueden ser poco colaboradoras o cordiales con su trato, si no nos perciben como mujeres residentes competentes. Durante mi formación en la residencia hasta hoy he tenido experiencias positivas y negativas por parte de doctoras, instrumentadoras, anesthesiólogas. En algunos momentos las residentes mujeres somos percibidas por ellas como incapaces de hacer con éxito nuestros deberes, a veces somos maltratadas o tratadas duramente, pero otras veces he podido notar que se presta apoyo y respeto sin importar nuestro género, puede influir mucho, durante las relaciones interpersonales debemos esforzarnos más para obtener respeto por parte de las otras profesionales mujeres que se encuentran en el ámbito hospitalario. Siento que los residentes hombres son más respetados en el entorno quirúrgico”.--PARTICIPANTE 14--

Las instrumentadoras, las auxiliares, el trato es como un poco más de respeto al género masculino que hacía el género femenino... consideran que los residentes hombres tienen mayor capacidad de realizar ciertas cosas...y en cuanto al equipo quirúrgico como tal podemos observar cómo diferencias a veces en las instrumentadoras, quienes deciden, no sé, como preguntar o tener más contacto con los residentes hombres que con las residentes

mujeres, a veces con las mujeres no tienen el mismo respeto...el personal de enfermería, pues a veces creo que el trato puede llegar a ser más tenso porque pues ellas quieren imponer sus cosas y pues no son tan amables, es más duro como el trato a veces entre mujeres, no lo entiendo, pero pues considero que a veces se presenta un poco. Con instrumentación quirúrgica igualmente pues a veces las instrumentadoras también tienen como ese concepto de que el doctor es el cirujano, es un hombre, no una mujer. Las barreras considero más que todo como por la competencia a nivel profesional, el sentirse que están en un mismo nivel que los otros profesionales.--PARTICIPANTE 17—

Estas participantes expresan como la edad y la experiencia afectan su posicionamiento de liderazgo, en este mundo figurado, lo que se traduce en un reto a su poder por parte de enfermeras e instrumentadoras.

“Siento que de pronto las otras mujeres sobre todo en el ambiente quirúrgico se pueden sentir un poco incapaces de entender que de pronto una persona joven puede tener un rango un poco más alto y que pueda generar acciones sobre ellas, que deben cumplir, entonces siento que eso le afecta a otra mujer, que una mujer, de pronto, un poco más joven con menos experiencia pueda llegar a dirigirlas a ellas, creo que es esa la principal causa de que haya pues ese comportamiento negativo entre el personal quirúrgico”--PARTICIPANTE 13—

“Yo siento más las diferencias de parte del personal femenino de instrumentación y enfermería, quizá por el hecho de ser mujer y representar un rango más alto, muchas de estas personas ejercen presión y rechazo por las residentes mujeres y dificulta el actuar en el entorno quirúrgico... Es difícil la relación porque hay una falsa concepción en la sociedad de que las mujeres en lugar de tomar la posición de apoyarse entre sí dificultan el actuar de la otra, a diferencia de lo que ocurre con los hombres... Las enfermeras con las residentes mujeres son hostiles, cortantes y muchas veces poco colaboradoras y más exigentes. Incluso hay ocasiones en que sobrepasan los límites al exigir que sus

conductas sean tomadas, pese a que en el rango de jerarquía las residentes son médicas, ya formadas y que están en un proceso de especialización. Las instrumentadoras en muchas ocasiones toman la posición de jefes de la sala, menospreciando y en algunas ocasiones no siguiendo las indicaciones de la médico residente. Quizá es una lucha más de poderes y egos, además de edad y contexto social. Dado que muchas mujeres en especial enfermeras pese a que deben realizar acciones ordenadas por mujeres de edades menores sienten que su experiencia es mayor y que esas indicaciones no son las más correctas”--PARTICIPANTE 12—.

Para estas participantes el reto al poder se da por el hecho de ser mujeres. Enfermeras e instrumentadoras ejercen su agencia de forma diferente si los residentes son hombres o mujeres, lo que interpretamos como una forma de experimentar el machismo en este mundo figurado.

“Pues yo creo que uno de los más grandes desafíos nos los ponemos nosotras mismas entre mujeres, o sea a veces digamos uno se da cuenta y es notorio que, en los servicios, digamos, en el grupo de enfermería, el grupo de instrumentación tiende a ser mucho más exigente, tiende a tener comentarios más hartos. Eh yo creo que de pronto empezar como desde abajo, por lo que yo les decía al principio, que a veces somos las mismas mujeres entre nosotras las que nos tiramos más duro. Porque, si ustedes se dan, cuentan en todas las preguntas, nosotras decimos, sí, las mismas mujeres, no la instrumentadora, no las enfermeras, la auxiliar. Entonces es como de pronto algo cultural también. Yo creo que es difícil, pero sería como crear esa conciencia porque de pronto lo hacen de forma inconsciente, pues por lo que es algo que está súper arraigado en nuestra cultura.--PARTICIPANTE 2 --.

“No, pues, como les decía, de pronto con las profes o sea como las docentes como tal, no, o sea, no se me ocurre en este momento. Pero sí sobre todo con el resto del personal, lo

que les decía de las instrumentadoras, las auxiliares, las jefes de enfermería, pues el trato hacia las mujeres es, pero marcadamente diferente al trato que les dan a los hombres, con los hombres es más de respeto, y uno pide un favor y es como que no, no se lo puedo hacer".--

PARTICIPANTE 1—

"...la autoridad que ejercen los residentes hombres en el equipo quirúrgico por el simple hecho de ser hombres, que muchas veces no es respetado, ... es menospreciado cuando está una residente mujer liderando el equipo quirúrgico"--PARTICIPANTE 14—

Reaccionando al reto del poder por parte de otras mujeres del equipo interprofesional

Como ya lo habíamos mencionado, las residentes en el mundo figurado de salas de cirugía creen tener un posicionamiento de liderazgo. Al reto de su poder por el equipo interprofesional (enfermeras e instrumentadoras principalmente), las residentes responden de tienen formas diferentes: 1. Asumiendo un discurso más dominante. 2. Respondiendo de forma más diplomática y 3. Ignorando el reto.

1. Asumir un discurso más dominante, más autoritario, más masculino, para lograr colaboración efectiva de enfermeras e instrumentadoras durante las actividades que desarrollan en conjunto.

" Con las otras profesionales de la salud, en la mayoría de las ocasiones hay que asumir una posición de mayor severidad, elevar un poco más el tono de voz para poder transmitir un mensaje con mayor aceptación, claramente depende mucho del momento, de la situación, pero en la mayoría de las ocasiones se saca obteniendo una o dando una personalidad más ruda, más masculina a la que normalmente uno es, otras veces toca definitivamente recordar que uno es médico residente y si está dando alguna indicación y si es lógica, objetiva y cumple con todo el profesionalismo pues hay que recordarle a la otra persona estas consideraciones.".—

PARTICIPANTE 16—

2. Las residentes también pueden responder al reto de su posición de liderazgo con un discurso más diplomático, amable y conciliador:

“...bueno entonces en cuanto a esto tiendo a ser muy calmada muy tranquila a aceptar diferentes puntos de vista y pues no como tener comportamiento grosero sino ser muy diplomática al expresarme” PARTICIPANTE 17—

“Trato de tener un trato amable y de respeto con todos los profesionales sin discriminar el género y así mismo espero ser tratada, cuando se presentan dificultades trato de dialogar y aclarar las diferencias y no tomarme nada personal”. --PARTICIPANTE 14—

“En mi corta trayectoria lo que he intentado, o mi estrategia ha sido, como conciliar los errores, las faltas que he cometido con las personas con las que he tenido inconvenientes, he intentado ser un poquito más asertiva en la comunicación en el sentido de decir las cosas de buena manera, de pedir perdón cuando lo tengo que hacer, también de pronto defender mi posición cuando lo he tenido que hacer”. --PARTICIPANTE 8—

3. Existe una tercera respuesta al reto de la posición de poder que consiste en ignorar esas actitudes para evitar el conflicto, las residentes consideran que no hacerlo puede afectar su relación con otros actores de este mundo figurado, específicamente con sus docentes.

“... con el personal de enfermería a veces con las instrumentadoras si es conflictivo, se siente que tienes que entrar como una sedita, como decirle todo super bien ...porque si viniste de afán, entonces... “ya llegó con mala cara”, “siempre esta con mala actitud”...si algo les molesto a las instrumentadoras, si se sintieron ofendidas, entonces de ahí en adelante te clavan, le dicen al profe: “ella lo está haciendo mal”, uno no se atreve a decir nada por el temor a represalias”--PARTICIPANTE 6--

“...Yo muchas veces opto por ignorar esas situaciones y evitar conflictos con el fin de no generar mayor tensión en el ambiente. Debemos cambiar la concepción que tiene cada mujer sobre su rol en el quirófano dejando a un lado la lucha de poderes, además de la promoción del

trabajo en equipo, a través de charlas, capacitaciones e incluso talleres en grupo en el que se involucren y comenten situaciones del diario vivir”. --PARTICIPANTE 12 –

Discusión

Las mujeres que eligen especialidades quirúrgicas se siguen enfrentando a prejuicios implícitos asociados al género con colegas y pacientes (Bennett et al., 2020; Hill et al., 2015; Schizas et al., 2022). A esto se suman los conflictos interprofesionales con mujeres del mismo género, pero, con estatus inferior en la jerarquía institucional, en el equipo quirúrgico específicamente con enfermeras e instrumentadoras, no así, con otras profesionales con similar nivel jerárquico como anesthesiólogas u otras cirujanas (Gjerberg & Kj, 2001; Sheppard & Aquino, 2013).

Se ha abordado el estudio de la educación interprofesional desde varios frentes, encontrando como barreras la autonomía profesional, los límites de roles, poder y jerarquía y problemas de credibilidad mutua. (Stalmeijer & Varpio, 2021). Se sugiere que una colaboración interprofesional eficaz requiere que se salven las diferencias profesionales, sociales y comunitarias, sin embargo, los sistemas sanitarios y las interacciones interprofesionales están conformados por estructuras de poder. La literatura sobre educación interprofesional informa sobre sus múltiples bondades, pero aborda de forma tangencial las cuestiones de poder y aún más el conflicto interprofesional entre mujeres médicas y mujeres de otras profesiones sanitarias (Paradis & Whitehead, 2015).

Nuestros hallazgos son similares a los que reportan Cardador M, Hill P.: La colaboración interprofesional es fundamental en el ambiente quirúrgico, pero no ha tenido en cuenta el conflicto que se presenta en los grupos de profesionales femeninas con diferencia de estatus, las profesionales del grupo de estatus inferior exige que el otro grupo (residentes mujeres) se ajuste a los estereotipos femeninos en su interacción con ellas (es decir no comportamiento masculino de liderazgo), esperan que se asimilen a la cultura femenina de esa profesión (realizar labores de enfermería) y se congraden con ellas para evitar sanciones. Esto

lo llaman Cardador y Hill: -la nivelación de estatus- (Cardador et al., 2022a; Sheppard & Aquino, 2013)

Para las residentes estos conflictos son un reto a su jerarquía que consideran superior, al igual que otros médicos y que es explicada por la responsabilidad que tienen de definir a las personas como pacientes, de tener responsabilidad legal sobre ellas y a su obligación con el diagnóstico y tratamiento. Mientras las médicas esperan ser tratadas como sus colegas masculinos, las enfermeras cuestionan la subordinación de su puesto de trabajo en función del género, este hallazgo se alinea con la investigación de Gjerberg (Gjerberg & Kj, 2001). Este reto a su jerarquía por parte de enfermeras e instrumentadoras lo asocian las residentes a tres causas: 1. Capacidad: enfermeras e instrumentadoras las consideran menos capaces que sus compañeros hombres del mismo nivel. 2. Edad y experiencia: por ser mujeres más jóvenes y con menos experiencia que ellas y 3. Machismo, en este caso la literatura lo menciona como “violación a los estereotipos de género” y es común a mujeres en profesiones de predominio masculino que tienen relación de superioridad con mujeres en profesiones de predominio femenino (médicas en general, abogadas)(Cardador et al., 2022a).

Las residentes de nuestro estudio afrontaron este reto a su autoridad por enfermeras e instrumentadoras de tres formas: 1. Con un discurso más autoritario, hablando más fuerte, mostrando el comportamiento de liderazgo de un hombre para tener éxito. 2. Discurso más diplomático, más amable de lo usual, este comportamiento constituye una carga adicional para las residentes: “carga de nivelación de estatus”. Y 3. Ignorando el reto a la autoridad para evitar conflictos.

Los estudios sobre competitividad entre mujeres en el lugar de trabajo identifican la desigualdad de género como la fuente de estas tensiones. Las diferencias de estatus entre personas de este género, hace que los miembros de grupo de estatus inferior tengan

dificultades para mantener identidades de grupo positivas, esto hace que las interacciones dentro del grupo se vuelvan tensas. (Sheppard & Aquino, 2013)

En la facultad de medicina se construyen las expectativas y la autoconcepción como médicos. Se espera que el papel de médico implique tanto obligaciones como recompensas, dentro de esas recompensas está la autoridad para tomar decisiones médicas, y para ejercer como líder del grupo asistencial y recibir respeto del personal. Al no cumplirse estas expectativas surge un sentimiento de pérdida de estatus, que además obliga a tener un trato diferente con este grupo. Las residentes de especialidades quirúrgicas se enfrentan a dos retos adicionales a los retos académico y técnico que implica su especialidad, se deben ajustar a los retos masculinos de su propia profesión y a los retos femeninos de la profesión colaboradora. Para lograr un trabajo en armonía las residentes deben adicionar a su inventario respuestas a estos dos tipos de retos.

Al experimentar un ambiente machista y al ser objeto de tensiones por parte del grupo interdisciplinario, las residentes de especialidades quirúrgicas pierden oportunidades de participación en los quirófanos, disminuyendo su oportunidad de práctica respecto a sus compañeros hombres, en detrimento de su proceso de aprendizaje.

Implicaciones para la práctica

Las dinámicas de género en las relaciones interprofesionales que experimentan las residentes mujeres en el área quirúrgica tienen implicaciones significativas para la práctica clínica. Es fundamental reconocer y abordar las barreras que enfrentan las residentes y cirujanas, como el sesgo de género y la discriminación, que pueden afectar tanto su desarrollo profesional como su bienestar personal. La creación de un entorno de trabajo inclusivo y equitativo es esencial para garantizar que todos los residentes, independientemente de su género, tengan las mismas oportunidades de aprendizaje y crecimiento profesional. Además, la

implementación de programas de mentoría y apoyo específicos para mujeres puede ayudar a contrarrestar las disparidades existentes, fomentar la colaboración efectiva entre colegas y mejorar la calidad del cuidado a los pacientes. Al promover una cultura de respeto y equidad en la cirugía, se puede no solo mejorar la experiencia de las residentes mujeres, sino también contribuir a un entorno quirúrgico más justo y eficiente.

Todas las médicas y odontólogas que empiezan residencias quirúrgicas deben conocer otros de los desafíos a los que se enfrentan, específicamente a - la carga de nivelación de estatus-, ya que genera un reto adicional en su residencia y en su trabajo futuro como cirujana. Las universidades deben buscar estrategias para que esta carga sea reconocida por todas las profesiones implicadas y se busque disminuirla. Los docentes de cirugía y los compañeros de las residentes deben identificar si estas situaciones se presentan en el equipo quirúrgico y corregirlas, no deben tolerarse en los programas de formación comportamientos hostiles, descorteses, sarcásticos o intimidatorios, de donde procedan. Asociado a esto las residentes notan pérdida de oportunidad quirúrgica y aprendizaje asociado al concepto de menor capacidad, menor fuerza, que en algunas ocasiones es reforzado a los docentes por las enfermeras e instrumentadoras. El personal asistencial debe ser consciente de sus propios prejuicios de género. La creación de equipos, la jerarquía plana o convergencia de estatus entre médicos y enfermeras parecen mejorar la comunicación en el quirófano (Cardador et al., 2022b). Existe en la literatura informes de estrés físico y emocional asociado a estos conflictos, además de generar la sensación de insatisfacción con la profesión y agotamiento asociada al aumento en la carga laboral(Dossett et al., 2020).

Es importante que los líderes de estos grupos interpreten de una forma más justa los conflictos que se presentan entre residentes de cirugía y otras profesiones, es evidente que muchas veces se juzga de forma injusta y esto puede afectar las oportunidades de aprendizaje y promoción de las residentes(Sheppard & Aquino, 2013)

Limitaciones

Creemos que nuestra principal limitación y que debe ser objeto de próximos estudios es la necesidad de conocer el concepto de enfermeras e instrumentadoras, esto facilitaría nuestra concepción sobre esta relación y las propuestas para mejorarla idealmente desde la base de la formación en el pregrado. De la misma manera consideramos que el concepto de cirujanas con diferente antigüedad sobre la forma como han enfrentado estos retos ayudaría a las nuevas generaciones a manejarlo de forma más asertiva. También sería interesante conocer el concepto de los residentes de cirugía, conocer si se enfrentan a este conflicto y al tener una mirada cercana escuchar su opinión de los conflictos de sus compañeras.

Conclusiones

Las residentes de especialidades quirúrgicas enfrentan desafíos significativos en su aprendizaje interprofesional, debido a la cultura machista que conlleva a constantes retos a su autoridad. Estos desafíos se manifiestan a través de diferencias en el trato por parte de colegas, docentes y pacientes, influenciadas por estereotipos de género. Las residentes perciben que su posición de liderazgo es desafiada principalmente por enfermeras e instrumentadoras, basándose en percepciones de menor capacidad, juventud y machismo. Para manejar estos retos las residentes deben adoptar estrategias adicionales, ya sea a través de un discurso autoritario o diplomático, lo que añade una "carga de nivelación de estatus" a sus responsabilidades.

Para mitigar estos desafíos, es crucial crear un entorno de trabajo inclusivo y equitativo en el ámbito quirúrgico, promover programas de mentoría y apoyo específicos para mujeres, y fomentar una cultura de respeto y equidad. La colaboración efectiva y la jerarquía plana pueden mejorar la comunicación y reducir las tensiones interprofesionales, recalcando la cultura de trabajo en equipo, entendiendo que cada integrante de este es fundamental.

Las universidades y los programas de formación deben reconocer estos desafíos y buscar estrategias para disminuirlos. Es vital que los líderes y docentes identifiquen y corrijan comportamientos hostiles o prejuicios de género en el equipo quirúrgico para garantizar que todas las residentes tengan las mismas oportunidades de desarrollo profesional.

Bibliografía

- Bennett, C. L., Baker, O., Rangel, E. L., & Marsh, R. H. (2020). The Gender Gap in Surgical Residencies. *JAMA Surgery*, 155(9), 893–894. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.2171>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*.
- Cardador, M. T., Hill, P. L., & Salles, A. (2022a). Unpacking the Status-Leveling Burden for Women in Male-Dominated Occupations. *Administrative Science Quarterly*, 67(1), 237–284. <https://doi.org/10.1177/00018392211038505>
- Cardador, M. T., Hill, P. L., & Salles, A. (2022b). Unpacking the Status-Leveling Burden for Women in Male-Dominated Occupations. *Administrative Science Quarterly*, 67(1), 237–284. <https://doi.org/10.1177/00018392211038505>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage publications.
- Cleland, J., & Durning, S. J. (2019). Education and service: how theories can help in understanding tensiones. *Medical Education*, 53(1), 42–55. <https://doi.org/10.1111/medu.13738>
- Delgadillo- Sánchez, V., Aluja- Jaramillo, F., & Olmos- Vega, F. (2024). Navigating between two figured worlds: A constructivist grounded theory study on residents' workplace experiences with health care management tasks. *Medical Education*. <https://doi: 10.1111/medu.15302>
- Dossett, L. A., Vitous, C. A., Lindquist, K., Jaggi, R., & Telem, D. A. (2020). Women Surgeons' Experiences of Interprofessional Workplace Conflict. *JAMA Network Open*, 3(10), 1–11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19843>
- Espeut, A., Ross, S., Spence, J., Lubrice, K., Millen, J. C., Sucandy, I., & Rosemurgy, A. (2021). Nurses' perceptions of women surgeons: Is there gender discrimination in the surgeon-nurse relationship?. *The American Journal of Surgery*, 222(1), 53-55. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.12.011>.
- Gjerberg, E., & Kj, L. (2001). The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-

operating with a female nurse? In *Social Science and Medicine* (Vol. 52).

Holland, D. (2001). *Identity and agency in cultural worlds*. Harvard University Press.

Hill, E., Solomon, Y., Dornan, T., & Stalmeijer, R. (2015). “You become a man in a man’s world”: Is there discursive space for women in surgery? *Medical Education*, 49(12), 1207–1218.

<https://doi.org/10.1111/medu.12818>

Hu, Y.-Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Potts, J. R., Buyske, J., Hoyt, D. B., Nasca, T. J., & Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1741–1752. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1903759>

Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L. (2019). When I say... sociocultural learning theory. *Medical Education*, 53(2). <https://doi.org/doi:10.1111/medu.13626>

McOwen, K. S., Varpio, L., & Konopasky, A. W. (2023). How to... use theory as method in HPE research. *The Clinical Teacher*, e13615. <https://doi.org/10.1111/tct.13615>

Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: Power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Medical Education*, 49(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111/medu.12668>

Roberts, Laura Weiss MD, MA. Women and Academic Medicine, 2020. *Academic Medicine* 95(10):p 1459-1464, October 2020. <https://doi:10.1097/ACM.0000000000003617>

Stalmeijer, R. E., & Varpio, L. (2021). The wolf you feed: Challenging intraprofessional workplace-based education norms. *Medical Education*, 55(8), 894–902.

<https://doi.org/10.1111/medu.14520>

- Schizas, D., Papapanou, M., Routsis, E., Mastoraki, A., Lidoriki, I., Zavras, N., Avgerinos, D. V., Lazaris, A. M., & Tsaroucha, A. (2022). Career barriers for women in surgery. *Surgeon*, 20(5), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.11.008>
- Sheppard, L. D., & Aquino, K. (2013). ARTICLES MUCH ADO ABOUT NOTHING? OBSERVERS' PROBLEMATIZATION OF WOMEN'S SAME-SEX CONFLICT AT WORK. In *Academy of Management Perspectives* (Vol. 27, Issue 1). <http://dx.doi.OiB/10-5465/amp.2012.0005>
- Urrieta Jr, L. (2007). Figured worlds and education: An introduction to the special issue. *The urban review*, 39(2), 107-116. <https://doi.org/10.1007/s11256-007-0051-0>
- Varpio, L., Ajjawi, R., Monrouxe, L. V., O'Brien, B. C., & Rees, C. E. (2017). Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Medical education*, 51(1), 40–50. <https://doi.org/10.1111/medu.13124>
- Woodyard, K. C., Lee, E., Ferguson, R., Dembinski, D., Effendi, M., Janowak, C. F., & Gobble, R. M. (2023). Surgical Fellowships Demonstrate Variable Improvement in Gender Representation Despite Greater Female Enrollment in General Surgery Residencies. *Journal of Surgical Education*. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.05.004>